

CARCINOMA ENDOMETROIDE DE PROSTATA

Dr. Coimbra, Franz - Dra. Bellotti, Marta - Dr. Mazza, Osvaldo N.
Dr. Elsner, Boris - Dr. Ghirlanda, Juan M.

Resumen

Presentamos un caso de carcinoma endometroide de utrículo prostático con metástasis óseas y de evolución letal.

Introducción

El carcinoma endometroide del utrículo prostático es un término acuñado por Melicow y Pachter, quienes describieron un tumor papilar originado en el verumontanum y que a causa de su similitud histológica con el carcinoma de endometrio femenino, recibió tal denominación. El primer caso descrito por los mencionados autores fue publicado en 1967. Hasta la fecha el análisis de la literatura anglosajona y latina sólo registra nueve casos.

Descripción del caso

Varón de 75 años de edad, fenotípicamente masculino, viudo con 3 hijos y de procedencia rural. Antecedentes de síndrome prostático de larga evolución con retenciones de orina y hematuria total.

El motivo de la consulta fue una retención aguda de orina. Al examen físico, se destacaba la existencia de una masa tumoral, de 4 x 5 cm que emergía debajo de la rama horizontal izquierda del maxilar inferior, haciendo cuerpo con él.

Al tacto rectal se palpaba una glándula prostática de 4 x 4 cm, duro-leñosa, sin bordes ni surcos palpables con vesículas seminales libres.

El urograma excretor evidenciaba una elevación irregular del piso vesical, siendo el resto normal (fig. 1).

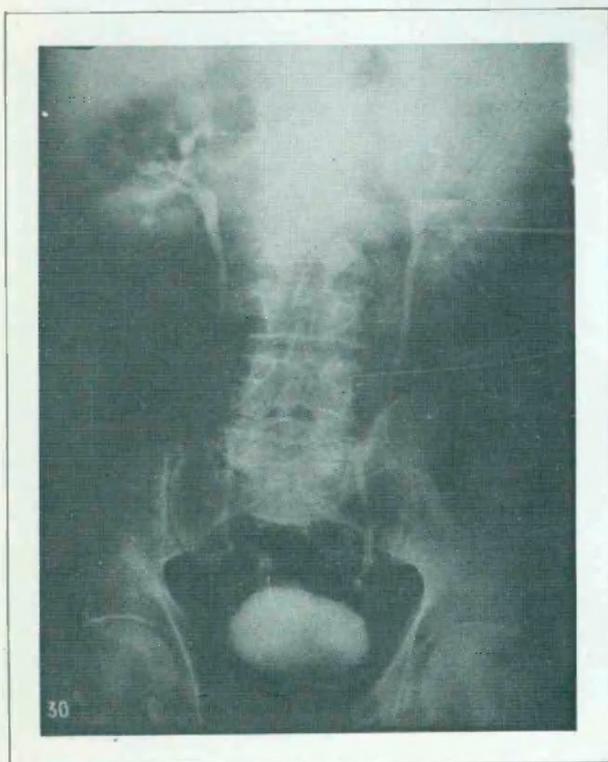


Figura 1

La uretrografía retrógrada mostraba una uretra posterior corta, lateralizada hacia la izquierda (fig. 2).

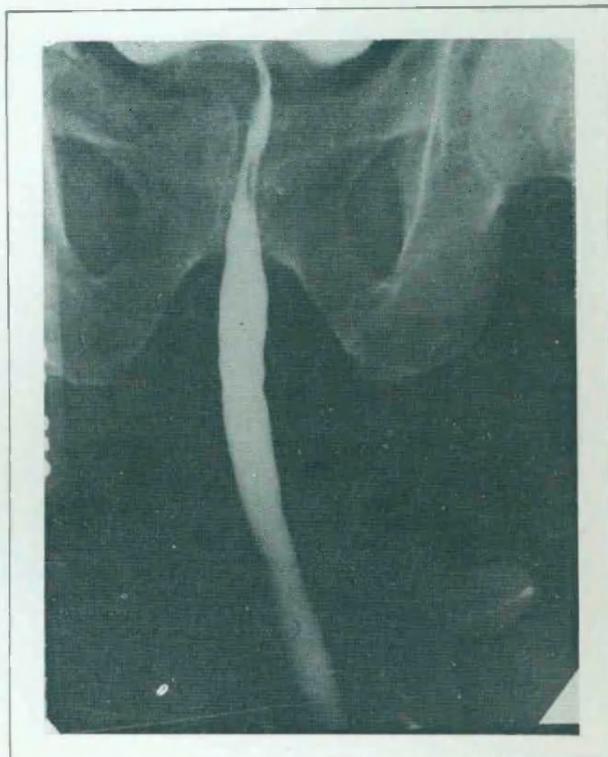


Figura 2

Se efectuó una uretrocistoscopia que mostró, en la uretra prostática, una formación mamelonada, sangrante, que emergía del piso de la misma y borraba los límites del verumontanum, adoptando apariencia papilar en su límite superior y ocluyendo la luz uretral al invadir el lóbulo posterior. La mucosa de los lóbulos laterales era sumamente sangrante, la vejiga presentaba características de lucha sin otras particularidades.

Se realizó un centellograma óseo total en cámara gamma con tecnecio 99 que demostró la existencia de múltiples zonas de fijación patológica en maxilar inferior, calota craneana, columna vertebral, pelvis ósea y huesos largos (figs. 3 y 4).

Los exámenes de laboratorio destacaban la existencia de fosfatasas ácidas normales, fosfatasa alcalina aumentada 75 UI/l (V.N. hasta 48 UI/l Bessey-Lowry), hidroxiprolina total urinaria de 40,60 mg/24 hs. y colonias elevadas de *Klebsiellas pneumoniae* en los urocultivos.

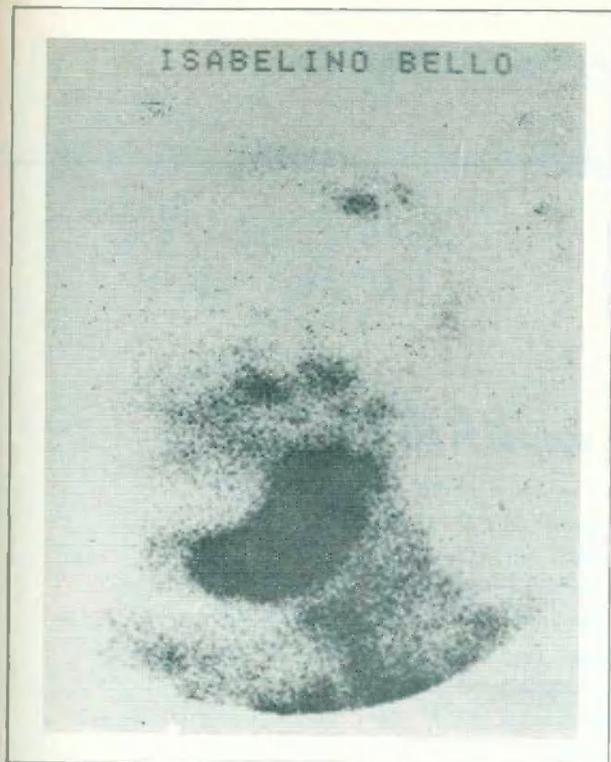


Figura 3

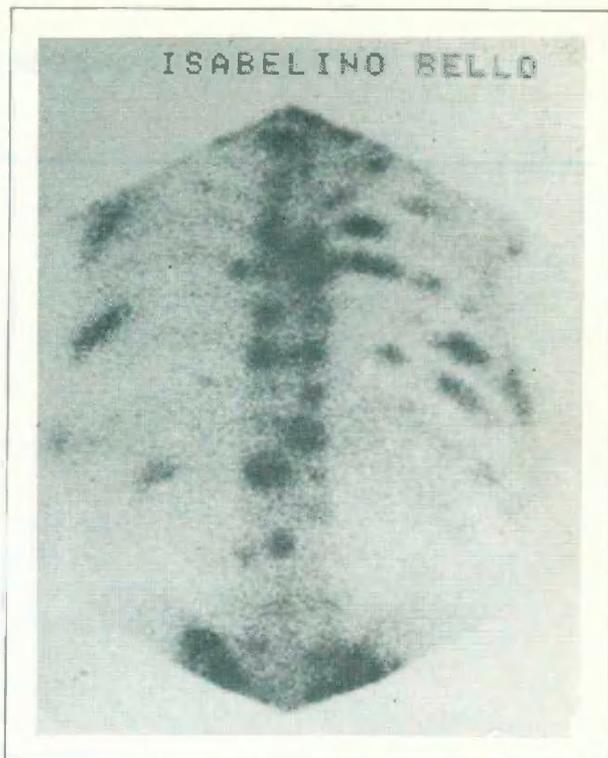


Figura 4

Biopsias

El material recibido para el estudio histopatológico está constituido por numerosos fragmentos rojizos de entre 5 y 1,4 cm de consistencia friable.

El examen microscópico mostró la presencia de células cilíndricas de aspecto neoplásico, con núcleos basales, dispuestos en hileras con tendencia a la formación de pseudopapilas. El cuadro histológico remeda en su estructura al adenocarcinoma de endometrio.

Los cortes fueron tratados mediante la técnica de PAP (peroxidasa y antiperoxidasa) utilizando como suero primario fosfatasa ácida.

La reacción fue altamente positiva tanto en el citoplasma celular como en las luces glandulares.

El material de la biopsia efectuada sobre la zona radio y centellográficamente sospechosa del maxilar inferior estaba constituida por un tumor histológicamente similar al prostático, siendo por lo tanto una metástasis del mismo.

Tratamientos efectuados

Orquiectomía bilateral a los 3 meses del diagnóstico por discontinuidad en la consulta. Telecobaltoterapia, 6.450 rads en su metástasis maxilar posorquiectomía y quimioterapia con ciclofosfamida, 5-fluorouracilo y metotrexate.

Todos los intentos terapéuticos fueron inútiles, progresando sus metástasis y falleciendo a los 8 meses de su consulta inicial.

Discusión

La glándula prostática es un órgano masculino wolffiano andrógeno-dependiente, sin embargo existe un importante re-

manente mulieriano denominado utrículo prostático o útero masculino. Este responde a los estrógenos en el feto y neonatos del sexo masculino, convirtiéndolo en ellos, el epitelio de la región del verumontanum, a menudo, en hiperplásico y escamoso por acción de los estrógenos maternos.

El carcinoma endometroide tiene, para la mayoría de los autores, un origen utricular, presentando características disímiles al adenocarcinoma prostático común normalmente originado en la próstata inframontanal; para otros, a la luz de los estudios histoquímicos con la demostración de la fosfatasa ácida tisular y respuesta en casos aislados a la castración, es una variedad de carcinoma intraductal prostático. El conocimiento de este tipo histológico hará más frecuente su hallazgo, lo que permitirá esclarecer más su controvertido origen y la conducta terapéutica más adecuada.

Los 8 casos previamente publicados tuvieron una evolución favorable generalmente con tratamiento local (prostatectomía o resección endoscópica) sin recurrir a la estrogenterapia ni a la orquiectomía, estando ambas desaconsejadas, salvo por Young, quien relata una evolución favorable con resección endoscópica y orquiectomía. En nuestro caso la evolución fue letal, pese a todos los tratamientos instituidos, no obstante se trataba del estadio más avanzado de los casos publicados, sólo comparable con uno de la serie de Melicow, en el cual tenía metástasis en la columna lumbar, que respondieron satisfactoriamente a la telecobaltoterapia.

Ninguno de los casos publicados registraron niveles séricos aumentados de fosfatasa ácida total o prostática.

Bibliografía

1. Melicow, M. M., y Pachter, M. R.: Cancer, 20:1715, 1967.
2. Melicow, M. M., y Tannenbaum, M.: J. Urol., 106:892, 1971.
3. Young, B. W., y Lagios, M. D.: Cancer, 32:1293, 1973.

4. Zaludek, C.; Willams, J. W., y Kempson, R. L.: Cancer, 37:2255, 1976.
5. Melicow, M. M., y Uson, A. C.: J. Urol., 11:696, 1976.