

SARCOMA PURO DE PRÓSTATA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**SARCOMA OF THE PROSTATE: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Artículo de revisión

Revision article

Dres. Mosso, F.⁽¹⁾; Calomite, A.⁽¹⁾; Vilchez Acosta, R. D.⁽¹⁾; Alberti, D. (h)⁽¹⁾; Baldarena, C.⁽¹⁾, Oliveri, A.⁽¹⁾; Palladino, H.⁽¹⁾; Chiarello, E.⁽²⁾; Fernández Alonso, G.⁽³⁾; SanMartino, J.⁽²⁾⁽³⁾

RESUMEN: *Los sarcomas de la próstata son raros; corresponden a menos de 0,1% de las neoplasias primitivas de la próstata. A diferencia de los adenocarcinomas acinares se presentan en pacientes jóvenes (50 a 75 % antes de los 40 años). En los pacientes pediátricos el rhabdomyosarcoma es el más común y en el 50% de los casos, se diagnostica antes de los 5 años. El leiomyosarcoma es más común en pacientes de más edad. Los sarcomas estromales prostáticos pueden presentarse mezclados con componente glandular o puros. Los puros son aún mucho menos frecuentes. Se reporta el caso de un sarcoma puro de próstata en un paciente de 42 años, con estudio histológico y de inmunofenotipo, y se efectúa, además, revisión de la literatura mundial referida a esta infrecuente neoplasia.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, N° 2, Pág. 95, 2002)

Palabras Clave: Sarcoma puro prostático; Frecuencia.

SUMMARY: *The sarcomas of the prostate are strange; they correspond to less than 0,1% of the primitive neoplasias of the prostate. Contrary to the adenocarcinomas acinares it is presented in young patients (50 to 75% before the 40 years). In the pediatric patients the rhabdomyosarcoma is the most common and in 50% of the cases, it is diagnosed before the 5 years. The leiomyosarcoma is more common in patients of more age. The prostatic stromal sarcomas can be presented blended with glands component or pure. The pure are even much less frequent. The case of a pure sarcoma of prostate is reported in a 42 year-old patient, with study of histology and of immunophenotype, revision of the world literature referred to this uncommon neoplasia being also made.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, N° 2, Pág. 95, 2002)

Key Words: Pure sarcoma prostate; Frequency.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer en el hombre y responsable de aproximadamente del 3% de todas las muertes en hombres de más de 50 años. El adenocarcinoma acinar común constitu-

Hospital Dr. Diego E. Thompson: ⁽¹⁾ Servicio de Urología,
⁽²⁾ Servicio de Patología; Avellaneda 33, San Martín,
Prov. de Buenos Aires, Tel.: 4754-0301,
e-mail: drvilchezacosta@anatomiahumana.zzn.com;
Diagnóstico Maipú: ⁽³⁾ Laboratorio de Patología

ye el 95% de los cánceres de próstata. Los sarcomas de próstata, en cambio, son raros, la frecuencia de aparición oscila entre el 1 y el 2 por mil de las neoplasias malignas de la próstata. Las primeras descripciones de la literatura corresponden a *Stafford* en 1839, siendo las mayores series⁽¹⁾: la de *Melicow* en 1943 con 200 casos, la de *Fitzpatrick y Stump* en 1960 con 70 casos y la de *Lange* en 1972 en alrededor de 350 casos. Según varios autores (Tabla 1) como: *Schmidt y Welch* (1976)⁽²⁾, *Narayana y cols.* (1978)⁽³⁾, *d' Udekem y cols.* (1980), *Colombeau y Marcou* (1984)⁽⁴⁾, *Ríos y cols.* (1985), *Ahlering TE, Weintraub P y col.* (1988)⁽⁵⁾, *Russo P. Brady MS y cols.* (1992)⁽⁶⁾, *Cheville JC, Dundore PA y cols.* (1995)⁽⁷⁾, los sarcomas en la próstata ocupan menos del 5% de los tumores malignos, siendo el 50 % de los sarcomas prostáticos: rhabdomyosarcomas, el 28% son leiomyosarcomas (según otros autores representan menos del 0,1% de los tumores malignos de la próstata⁽⁸⁾),

15% son inclasificables, y el resto incluye tumores de la vaina de nervios periféricos, el histiocitoma fibroso maligno (MFH), el condrosarcoma, osteosarcoma y sinoviosarcoma⁽¹²⁾. Con el advenimiento de la inmunohistoquímica⁽⁹⁾ muchos de estos tumores prostáticos han sido reclasificados. *Gaudin y Rosai* (1998)⁽¹⁰⁾ como también *Cohen* (1998)⁽¹¹⁾ los diferencian en: *Proliferaciones Estromales Prostáticas de Potencial Maligno Incierto (PSPUMP)* que por lo general tienen una conducta benigna y los *Sarcomas Estromales Prostáticos (PSS)* que tendrían potencial maligno; basados en el grado de celularidad del estroma y la presencia de figuras de mitosis, necrosis y crecimiento excesivo del estroma, esto es: por sus apariencias distintivas histológicas y sus perfiles inmunohistoquímicos.

Los Sarcomas Estromales Prostáticos (PSS)^(10,11) se subdividen en dos tipos o modelos:

- a) uno con *cualquiera de los elementos del estroma maligno, pero con glándulas benignas* (parecidos a los tumores *Phyllodes* malignos de la glándula mamaria), y
- b) otro de *elementos puros de la próstata o Sarcoma puro prostático.*

En general, los PSS muestran mayor celularidad, mitosis, necrosis y crecimiento excesivo estromal.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 42 años con antecedentes de polaquiuria, disuria y piohematuria de 72 horas de evolución, tratado con ácido pipemídico + fenazopiridina; se indica control a los 15 días y se solicita urograma excretor. El paciente con aparente mejoría, se presenta a la consulta a los 2 meses. La pielografía informa riñón derecho con doble sistema incompleto hasta el tercio medio y riñón izquierdo mal rotado. Se sugiere control a los 2 meses, pero el paciente regresa a los 2 años con signos de: tenesmo vesical y rectal, disquesia y alteración de la micción con posterior R.A.O., colocándose sonda Foley N° 16. Al tacto rectal presenta formación fibroelástica de 6 x 6 cm aproximadamente, dependiente de la próstata y a predominio del lóbulo derecho.

Se realizaron los siguientes estudios:

Ecoografía renal bilateral: Ambos riñones de forma, dimensiones y ecoestructura conservada sin dilatación pielocalicial.

Ecoografía transrectal vesical y prostática: Vejiga sin relleno, piso vesical elevado con impronta a expensas de glándula prostática. Glándula aumentada de tamaño, de 75 x 73 x 60, volumen estimado 170 cc., ecoestructura glandular alterada, heterogénea.

PSA: 2,5 ng /ml

1839	Stafford	1 caso
1943	Melicow	200 casos
1960	Fitzpatrick y Stump	70 casos
1963	Siegel	4 casos
1967	Mackenzie y cols	11 casos
1972	Lange	350 casos
1975	Leger	1 caso
1976	Schmidt y Welch	12 casos
1977	King y Finney	1 caso
1978	Narayana y cols	30 casos
1979	Monfort y cols.	2 casos
1980	d'Udekem y cols.	3 casos
1982	Garcia Novio y cols.	1 caso
1984	Colombeau y Marcou	3 casos
1985	Ríos y cols.	11 casos
1986	Tungekar y Al Adnanis	2 casos
1986	Smith y cols	2 casos
1988	Ahlering y cols.	11 casos
1992	Russo, Brady y cols	12 casos
1997	Coimbra, Holst y Ghirlanda	1 caso
1995	Cheville, Dundore y cols	23 casos
1998	Gaudin, Rosei y cols.	22 casos
2000	Tazi, Moudoni y cols.	2 casos
2000	Cuesta Alcalá, Pascual Piedrola y cols.	1 caso

Tabla 1. Frecuencia de sarcoma prostático por series de autores

Se decidió intervención quirúrgica (06/7/99): Adenomectomía a cielo abierto. Durante el acto operatorio, al incidir la cápsula se constata la aparición de tejido de aspecto cerebroide, moderadamente sangrante que se enuclea en bloque dejando cavidad; se solicita inmediato estudio histopatológico por congelación (protocolo: 62047) cuyo resultado fue: tumor mesenquimático compatible con sarcoma. Se limpia lecho tumoral, realizándose síntesis quirúrgica de la cápsula, tutorizamos la uretra con sonda Foley N° 22.

Evolución posoperatoria inmediata satisfactoria, se explora con TAC *abdominopelviana* hallándolo: sin alteraciones evidentes; *RX de tórax*: Dentro de parámetros normales; se externa 72 horas después y se solicita:

Centellografía ósea total: No se observan zonas con concentración anormal del trazador relacionadas con su enfermedad.

El 19/8/99 se realiza *uretrocistofibroscopia*: Ambas paredes de uretra prostática presentan tejido de fácil efacelación y sangrado; se toma biopsia y el *diagnóstico histopatológico* informa (protocolo: 62543): sarcoma fusocelular, sin componente epitelial, con necrosis y hemorragia. Se realiza *nueva TAC abdominopelviana* hallando proceso infiltrante que invade uretra, piso vesical y que protruye en cavidad, con respeto de la fascia de Denonvilliers (Foto 1). Se indicó sesión de radioterapia con acelerador lineal. El paciente permanece con sonda vesical que se obstruye frecuentemente con tejido o coágulos. Se procedió a la cistoprostatectomía radical con uretrectomía y abocamiento ureteral cutáneo. Iniciando a continuación en Oncología 2 sesiones de poliquimioterapia con dacarbazina (DTIC) y dactinomicina en tres ciclos la primera, para finalizar con ifosfamida y doxorubicina (adriblastina) la segunda. El paciente evoluciona regularmente hasta el día 8/05/2000 cuando reingresa al Servicio con cuadro de ictericia, dolor abdomi-



Foto 1. TAC *abdominopelviana* con proceso infiltrante que invade piso y protruye en cavidad vesical, con respeto de la fascia de Denonvilliers

nal generalizado, diagnosticándose insuficiencia hepatorrenal por secundarismo. Involucionó rápidamente y su deceso se produjo 20 días después.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se realizó biopsia intraoperatoria y diferida de lóbulo izquierdo y tejido periprostático y biopsia extemporánea de lóbulo derecho (Foto 2). Las muestras fueron fijadas en formol 4%, incluidas en parafina en forma rutinaria y teñidas con hematoxilina y eosina (HyE). En las secciones histológicas se reconoció una proliferación fusocelular atípica con disposición fascicular y vorticilar, con moderado pleomorfismo celular, alto índice mitótico, necrosis y hemorragia focal, sin componente epitelial (Foto 3).

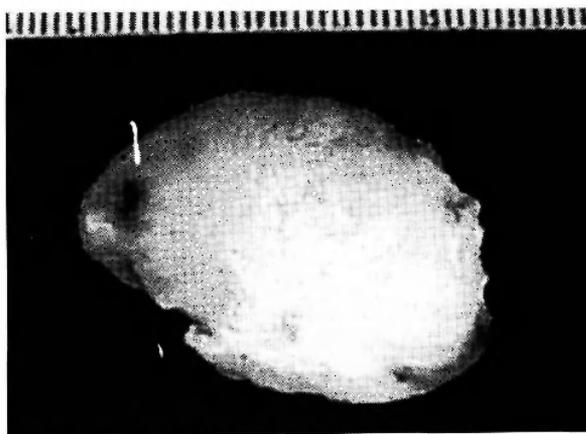


Foto 2. Corte sagital de pieza operatoria, borramiento de arquitectura normal, tejido blanquecino

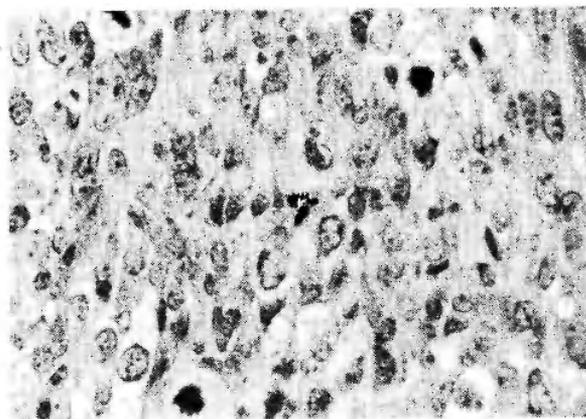


Foto 3. Proliferación fusocelular atípica con alto índice mitótico (3 mitosis en 1 campo de alta resolución)

Para determinar inmunofenotipo se investigó expresión de vimentina, citoqueratina (AEI/AE3), actina muscular específica, actina muscular lisa, CD 68, CD 34, p 53, receptores de andrógenos (RA), CK7, CK20, CK19, EMA y proteína S-100. Las células tumorales expresaron vimentina intensamente; citoqueratinas, EMA y antígenos vasculares y musculares negativos. Se observaron abundantes células CD68 positivas entremezcladas. Receptores androgénicos y p53 negativos.

El diagnóstico definitivo fue: *Sarcoma puro de próstata*.

En la pieza de prostatectomía radical se encontró sarcoma puro afectando ambos lóbulos con borramiento total de la estructura acinar y extensión a tejidos blandos periprostáticos.

DISCUSIÓN

El caso presentado muestra un patrón clinicohistopatológico característico, poco frecuente respecto de los casos presentados en la casuística internacional. Por su rareza, en general, son tumores poco estudiados, carentes de pautas de tratamiento estandarizados. Es relativa la edad de presentación de los sarcomas prostáticos, pudiendo aparecer desde que se nace hasta los noventa años, según *Melicow* (1943) existen 2 picos de incidencia máxima: los primeros 10 años de vida y entre los 50 y 60 años. De manera general, el 85% de los rhabdomyosarcomas se descubren antes de los 20 años, mientras que el 85% de los leiomyosarcomas se detectan pasados los 20 años. La estadificación de los sarcomas urológicos está reglada por aquella realizada en el *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (MSKCC) de New York por *Russo y col.* en 1992⁽⁴⁾, cuya aplicación se basa en el grado histológico, tamaño, profundidad de la invasión y la existencia o no de la metástasis, siendo útil para predecir la supervivencia, demostrada estadísticamente por sus autores.

- Estadio 1: Bajo grado, menor de 5 cm.
- Estadio 2: Bajo grado, mayor de 5 cm. o alto grado menor de 5 cm.
- Estadio 3: Alto grado, mayor de 5 cm.
- Estadio 4: MTS a distancia.

Encontramos que en el *TNM Project* no existe ninguna clasificación TNM para los sarcomas prostáticos específicamente. Nos ayuda a resolver nuestras dudas el sistema de información al indicarnos que en el *TNM Supplement* la estadificación se basa en el concepto de local, regional y distante (Estadificación según las reglas del programa SEER), ordenada de la siguiente manera:

- *In situ* (no invasivo, intracitopitelial)
- Localizado (confinado al órgano de origen)

- Regional, de extensión directa
- Regional, en nódulos linfáticos
- Regional, de extensión directa + nódulos linfáticos
- Distante, de extensión directa o en nódulos linfáticos
- Distante, metástasis.

El correcto estadiaje tumoral exige la práctica de rutina de: la Rx de toráx, centellografía ósea, TAC abdominopelvicana, ecografía prostatovesical transrectal y si es posible RNM.

La clínica de los sarcomas de próstata es diferente según se trate de un niño o de un adulto. En el niño se imponen los signos de compresión uretral, como polaquiuria y disuria con compresión de órganos pelvianos ocasionando estreñimiento precoz, siendo rara la infiltración del recto porque la fascia de *Denonvilliers* se presenta como una barrera anatómica infranqueable. Es constante la palpación de una tumoración hipogástrica que no desaparece tras el vaciado vesical, al tacto rectal se presenta una tumoración que abomba la cara anterior rectal y que ocluye su luz, con consistencia similar al adenoma e indoloro. La compresión pelviana venoso-linfática puede ocasionar hemorroides, edemas en miembros inferiores o linfedema escrotal. En el adulto la polaquiuria más la disuria son los signos tempranos, la hematuria es rara y sólo se produce si hay invasión de la base vesical. El estreñimiento es frecuente por lo compresivo, a veces acompañado por proctorragia. La retención urinaria no es tan precoz como en el niño. Son frecuentes dolores en los miembros inferiores. El tacto rectal no es fiel diagnóstico de sospecha mostrando una hipertrofia prostática, regular, homogénea exenta de señal maligna. A veces por su consistencia blanda, fluctuante, semeja a un absceso prostático. Son raros los signos generales como astenia y adelgazamiento debido al desarrollo rápido de estos tumores. Metástasis no se hallan en el momento del diagnóstico a excepción de los rhabdomyosarcomas que dan metástasis con más frecuencia. La diseminación se efectúa por vía linfática y venosa a linfáticos pelvianos, pulmón, pleura, hígado, páncreas, riñón, aparato digestivo y hueso⁽⁴⁾. A pesar de no existir una estandarización del tratamiento, todos los autores coinciden en que la resección quirúrgica completa es la única alternativa de llegar a una mejor evolución, pero incluso el probable éxito de este procedimiento depende de la aparición temprana de la sintomatología, diagnóstico histopatológico certero y adecuada terapéutica complementaria.

Desde el punto de vista histopatológico es fundamental descartar varias patologías que pueden simular esta lesión: el carcinoma fusocelular pseudosarcomatoso (se descarta por citoqueratinas negativas), rhabdomyosarcoma y leiomyosarcoma fusocelulares (antígenos musculares negativos), angiosarcoma fusocelular (antígenos vasculares y citoqueratina negativa), sarcoma

sinovial (citoqueratina negativa); deben tenerse en cuenta además proliferaciones estromales reactivas (seudosarcomas), las que se descartaron por la atipia y el alto índice proliferativo. Siguiendo entonces la nueva clasificación^(10,11), las lesiones proliferativas relacionadas del estroma prostático especializado y los sarcomas abarcan un espectro de rasgos histológicos que pueden agruparse en dos categorías clinicopatológicas como: Proliferaciones Estromales Prostáticas de Potencial Maligno Incierto (PSPUMP) y Sarcomas Estromales Prostáticos (PSS). Las PSPUMP presentan menor celularidad, menos índice mitótico y menor atipia y se identificaron cuatro modelos histológicos. Los PSS muestran mayor celularidad, mitosis, necrosis y crecimiento excesivo estromal y se identificaron dos modelos histológicos. Dentro de los Sarcomas Estromales Prostáticos (PSS), el *estromal puro* es el menos frecuente.

COMENTARIO

Los sarcomas prostáticos ocurren en un grupo etario joven, dependiendo el pronóstico^(4,12) de: la edad (peor pronóstico en niños), tamaño, grado y márgenes de resección negativos. Parecería aumentar el porcentaje de sobrevida la terapia combinada de radio y quimio, siempre sumadas a la quirúrgica. El uso de quimioterapia antes de radioterapia o cirugía no mejoró la proporción de supervivencia en un grupo de sarcomas de la vejiga y la próstata. Se han investigado e implicado etiologías inductoras en la patogénesis⁽¹²⁻¹⁴⁾ de los sarcomas como el alcohol etílico, agentes alquilantes, irradiación y terapia inmunosupresiva, incluso se documentó la asociación entre virosis y sarcomas de tejidos blandos en animales, no encontrándose ninguna asociación como tal en sarcomas humanos. Ciertos síndromes familiares^(12,13,16) incrementarían la aparición de los sarcomas, así se incluyen: la neurofibromatosis⁽¹⁶⁾, el síndrome névico de la célula basal, la poliposis adenomatosa familiar y el síndrome de *Li-Fraumeni*. Los Sarcomas Puros de próstata dentro de los Sarcomas Estromales Prostáticos son muy raros, *Gaudin* y *Rosei* en su casuística encontraron sólo un caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero Pérez, P.; Mira Linares, A.; Sarcomas Prostáticos. Presentación de un caso y revisión de conjunto; *Oncología*; 2 (3): 108-109;1992.
2. Schmidt, J. D.; Welch, M. J.; Sarcoma of the prostate; *Cancer*; 37 (4): 1908-1912; 1976.
3. Narayana, A. S.; Loening, S.; Weimar, G. W.; Culp D. A.; Sarcoma of the Bladder and prostate; *J. Urology*; 119 (1): 72-76; 1978.
4. Colombeau, P.; Marcou, A. P.; Dumas, J. P.; Fabre, M. C.; Soret, J. Y.; Vesicoprostatic Sarcomas; *Ann Urol*; 18 (3):

200-203; 1984.

5. Ahlering, T. E.; Weintraub, P. y Skinner, D. G.; Management of adult sarcomas of the bladder and prostate; *J. Urology*; 140 (6): 1397-1399; 1988.
6. Russo, P.; Brady, M. S. y cols; Adult urological sarcoma; *J. Urology*; 147: 1032-1037; 1992.
7. Cheville, J. C.; Dundore, P. A.; Nascimento, A. G.; Meneses, M.; Kleer, E.; Farrow, G. M.; Bostwick, D. G.; Leiomyosarcoma of the prostate. Report of 23 cases; *Cancer*; 76 (8): 1422-1427; 1995.
8. Coimbra Ferrari, F.; Holst, P.; Ghirlanda, J. M.; Leiomyosarcoma de Próstata; *Rev. Arg. de Urol.*; 62 (3): 117-120; 1997.
9. Tungekar, M.F.; Al Adnani, M.S.; Sarcomas of the bladder and prostate: the role of immuno-histochemistry and ultrastructure in diagnosis; *Eur. Urol.*; 12 (3): 180-183; 1986.
10. Gaudin, P. B.; Rosai, J., Epstein, J.I.; Sarcomas and related proliferative lesions of specialized prostatic stroma: a clinicopathologic study of 22 cases; *Am. J. Surg. Pathol*; 22 (2): 48-62; 1998.
11. Cohen, M. B.; Atypical prostatic stromal lesions; *Adv. Anat. Pathol.*; 5 (6): 359-366; 1998.
12. Leader, M.; Kay, E. y Walsh, C. B.; Soft tissue neoplasms and other unusual tumors of prostate including uncommon carcinomas in : Pathology of the prostate of Foster Cristoper and David Bosstwick: series Books Major Problems in Pathology; Ed. Saunders Company, Philadelphia; 34 (Chap. 21): 364-383, 1998.
13. Shaju, L.; Varghese y Gary, D. Grossfeld; The prostatic gland: Malignancies other than adenocarcinomas in: The Prostate Gland: A clinically relevant approach to imaging of Hedvig Hricak and Peter R. Carroll: series Books The Radiologic Clinics of North America; Ed. Saunders Company, Philadelphia; 38 (cap 85): 191-195; 2000.
14. Terris, M. K. ; Transrectal ultrasound appearance of radiation-induced prostatic sarcoma; *Prostate*; 37 (3): 182-186; 1998.
15. McKenzie, M.; MacLennan, I.; Kostashuk, E.; Bainbridge, T.; Postirradiation sarcoma after external beam radiation therapy for localized adenocarcinoma of the prostate: report of three cases; *Urology*; 53 (6):1228; 1999
16. Hartley, A. L.; Birch, J. M.; Kelsey, A. M.; Harris, M.; Jones, P. H.; Sarcomas in three generations of a family with neurofibromatosis; *Cancer Genet Cyto-genet.*; 45 (2): 245-248; 1990.

Agradecimiento: Al Dr. Sobin, L. H., Chairman del TNM Project por su colaboración desinteresada y su respuesta inmediata a las dudas planteadas en este trabajo. Con su autorización su e-mail es SOBIN@afip.osd.mil.

COMENTARIO EDITORIAL

El leiomiomasarcoma de próstata suele diagnosticarse de manera incidental, generalmente por síndrome prostático. La sintomatología obstructiva baja por lo general es más precoz en estos tumores que en el adenocarcinoma, a raíz de su tendencia al crecimiento centrípeto⁽¹⁾. El examen clínico permite, a veces, observar el hipogastrio distendido por el globo vesical e incluso por la masa tumoral si ésta es muy voluminosa.

El tacto rectal suele dar la señal de alarma al revelar una próstata agrandada, indurada, irregular y caliente, que lleva a la confusión con un absceso prostático crónico. La resección transuretral de la próstata realizada para corregir la obstrucción del tracto de salida vesical puede revelar la neoplasia. La progresión local es rápida, con fijación del marco óseo y congelamiento de la pelvis. En el diagnóstico diferencial deben considerarse el adenoma de próstata, el carcinoma prostático, la prostatitis, la espermatoquistitis abscedada o no, la tuberculosis prostática y los quistes hidatídicos retrovesicales. El diagnóstico de sarcoma prostático suele realizarse mediante biopsia transrectal ecodirigida. Los nódulos prostáticos benignos de células fusiformes, que pueden desarrollarse a partir de procedimientos invasivos como la biopsia con aguja o la resección transuretral, pueden confundirse con sarcomas de bajo grado.⁽²⁾

El PSA casi siempre es normal, debido al origen no epitelial del tumor. La estadificación clínica se realiza mediante tomografía computarizada o resonancia magnética; ésta resulta muy útil y ofrece información valiosa para planear la cirugía.⁽³⁾

La rareza de estas neoplasias (0,1%)⁽⁴⁾ hace que a veces no se implementen los procedimientos diagnósticos que harían falta para tratarlas, sobre todo considerando recientes publicaciones que destacan su posible curación con tratamiento combinado y seguimiento estricto. En su reciente publicación de la serie del *M. D. Anderson Cancer Center*, *Sexton y col.*⁽⁵⁾ ofrecen una evaluación actualizada de pacientes con sarcoma prostático de diversos subtipos histológicos: leiomiomas, rhabdomyosarcomas, sarcomas no clasificados y un histiocitoma fibroso maligno. En la década del '90 se habían publicado otras dos series, una de 23 casos (*Chevillat y col.*⁽⁶⁾) y otra de 43 (*Russo y col.*⁽⁷⁾). Los casos de *Chevillat y col.* correspondían a leiomiomas diagnosticados a lo largo de 65 años, lo que implicaba imprevisiones de estadificación por el uso de diferentes técnicas de diagnóstico. Los casos de *Russo y col.*, del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*, correspondían a sarcomas genitourinarios, de modo que englobaban a pacientes con tumores de origen prostático, renal, vesical, paratesticular y de vesículas seminales. Otras publicaciones comprenden un puñado de casos o casos aislados, por lo que no permiten comparaciones adecuadas ni inferir estrategias de tratamiento.

La tasa de supervivencia de los adultos con sarcoma de próstata es escasa. La supervivencia registrada en la serie de *Sexton y col.* fue de 38% a los 5 años, pero en otras osciló entre 0 y 60%. *Sexton y col.* no observaron diferencias en la supervivencia de largo plazo según el subtipo histológico, el grado o tamaño del tumor ni entre los estadios I, II y III del AJCC (la única excepción fue el estadio IV), lo cual contrasta con los datos presentados antes por *Russo y col.*, que indicaban que el grado bajo, el tamaño ≤ 5 cm y el estadio tem-

prano, se relacionaban con mayor supervivencia. *Sexton y col.* atribuyen estas diferencias a la heterogeneidad de los tumores de la serie de *Russo*, ya que los sarcomas vesicales o paratesticulares tienen mayor sobrevida que los sarcomas prostáticos o renales.

En la serie de *Sexton y col.*, el factor predictivo más importante fue el margen quirúrgico, ya que los pacientes con margen histológicamente negativo presentaron mayor sobrevida. Para la curación es, por ende, imprescindible la resección quirúrgica completa. En su serie, *Sexton y col.* recurrieron a la cistoprostatectomía radical o incluso a la exenteración pelviana, precedidas por quimioterapia (doxorubicina, dacarbazina, ciclofosfamida, alcaloides de la vinca) y radioterapia neoadyuvante, ya que el pronóstico es malo en pacientes tratados con cirugía sola. Sólo en dos de los 21 pacientes realizaron prostatectomía radical, pues el tumor era pequeño y de bajo grado. Estos autores destacan que los pacientes requieren un estrecho seguimiento con estudios por imágenes de tórax, abdomen y pelvis para detectar recurrencias. Uno de sus pacientes sobrevivió a recurrencias tardías que exigieron reintervenciones locales de rescate y se hallaba libre de enfermedad a los 16 años del diagnóstico inicial de un sarcoma de alto grado de 10,5 cm en estadio III.

Los trabajos que analizan casos clínicos son útiles porque nos permiten deducir conclusiones prácticas. El caso aquí informado, de un paciente de 42 años que consultó por prostatismo y, en una segunda oportunidad, por retención aguda de orina, y en el que el tacto rectal reveló una próstata agrandada (6 x 6 cm) corroborada por ecografía transrectal (170 cm³), concuerda con algunas de las características de los sarcomas de próstata: 1) la edad de presentación; 2) los síntomas obstructivos y 3) la elevada agresividad. También sirve como ejemplo de la confusión diagnóstica a que pueden dar lugar estos tumores, dada su reducida incidencia. Como el paciente tenía 42 años, edad algo temprana para una hipertrofia prostática benigna, quizá debieron haberse realizado otros estudios (por ejemplo, una uretroscopia, ya que estos tumores son de crecimiento endoluminal y presentan fácil esfacelación y sangrado) antes de indicar la adenomectomía.

Dr. Franz Coimbra Ferrari

Docente Autorizado, Cátedra de Urología,
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morelli, A.; Coimbra Ferrari, F.; Scorticati, H.C.: Neoplasias malignas de próstata poco frecuentes. *Rev. Arg. Urol.*, 55: 150, 1990.
2. Huang, W.L.; Ro, J.Y.; Grignon, D.J. y col.: Postoperative

- spindle cell nodule of the prostate and bladder. *J. Urol.*, *143*: 924, 1990.
3. Hanna, S.L.; Fletcher, B.D.: MR Imaging of malignant soft-tissue tumors. *Magn. Reson. Imaging Clin. North Am.*, *3*: 629, 1995.
 4. Tetu, B.; Srigley, J.R.; Bostwick, D.G.: Soft-tissue tumors. En: Bostwick, D.G. (ed.): *Pathology of the Prostate*. Churchill-Livingstone, New York, 1990, p 117.
 5. Sexton, W. J.; Lance, R. E.; Reyes, A. O.; Pisters, P. W. T.; Tu, S. M.; Pisters, L. L.: Adult prostate sarcoma: the M. D. Anderson Cancer Center experience. *J. Urol.*, *166*: 521, 2001.
 6. Cheville, J. C.; Dundore, P. A.; Nascimento, A. G. y col.: Leiomyosarcoma of the prostate: report of 23 cases. *Cancer*, *76*: 1422, 1995.
 7. Russo, P.; Brady, M.S.; Conlon K. y col.: Adult urological sarcoma. *J. Urol.*, *147*: 1032, 1992.