

Galería Fotográfica – Photographical Gallery

Adenocarcinoma de Próstata

M. Fernández ¹, S. Dickson-González ^{1,2}.

¹Grupo Colaborativo de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Caracas, Venezuela; ²Cátedra de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina Luís Razetti, Instituto Anatomopatológico José A. O`Daly, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon 2007; 38(2):59-61.

El adenocarcinoma de próstata es de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la neoplasia maligna más frecuente en el hombre. Los datos epidemiológicos indican un ascenso en el número de casos, probablemente asociado al incremento de la expectativa de vida y a la implementación de técnicas de despistaje.

Los pacientes de raza negra son más susceptibles a padecerlo que aquellos de raza blanca. En los EEUU, Australia y Escandinavia la incidencia es elevada, mientras que en Asia es raro. En Venezuela las cifras de carcinoma de próstata han ido en ascenso, con tasas de 10,8 x 100. 000 habitantes para 1999.

Suele afectar el grupo etario comprendido entre 50 y 60 años. La mayoría son asintomáticos y son detectados por examen rectal, elevación del antígeno prostático específico (APE) o ultrasonido transuretral. De acuerdo a Mc Neal la próstata se divide en 5 zonas; la periférica, en la cual se originan el 70% de los adenocarcinomas prostáticos, la de transición en la que tienen asiento el 20%, la central en la cual se identifica el 10% de estas neoplasias. La zona de las glándulas periuretrales, origen anatómico de las hiperplasias prostáticas benignas y la zona fibromuscular anterior.

El riesgo de un varón de desarrollar cáncer de próstata, clínicamente aparente a lo largo de la vida es de 3%. Se trata de un carcinoma indolente, señalado por algunos autores como una enfermedad crónica; ya que el paciente afecto puede vivir décadas con la neoplasia, debido a que su velocidad de crecimiento es muy lenta y su potencial metastásico es bajo.

La superficie de corte de la próstata en general muestra nódulos subcapsulares amarillentos y de consistencia aumentada. Al estudio microscópico está representado por glándulas uniformes de tamaño mediano o pequeño, revestidas por una capa única de células epiteliales, cúbicas, con núcleos grandes y nucleolos prominentes, cuya desdiferenciación progresiva se caracteriza por variabilidad creciente en el tamaño y configuración, mostrando patrones de fusión glandular con aspecto cribiforme hasta células indiferenciadas, pequeñas aisladas.

En Venezuela y otras partes del mundo se aplica al adenocarcinoma de próstata, el sistema de grados de Gleason, una medida escalar que se fundamenta en el grado de diferenciación arquitectural, en el cual la heterogeneidad tumoral se estima, al asignar un patrón primario o dominante y un patrón secundario para el no dominante con un total de 9 grupos. La sumatoria de estos patrones da como resultado el grado histológico.

La importancia clínica de ésta herramienta radica en su gran capacidad para predecir el comportamiento biológico del tumor, incluyendo su poder invasivo y su potencial metastásico. Debe ser utilizado en conjunto con otros datos clínicos tales como la edad, el APE y estadio clínico.

Se recomienda utilizar este sistema aún cuando el foco de carcinoma sea muy pequeño. El patrón reportado con mayor frecuencia es el 3.

Actualmente la OMS menciona un tercer patrón (menos del 5% del tumor); en virtud de que la presencia de un patrón terciario de alto

grado en especímenes de prostatectomía radical afecta en forma adversa el pronóstico; sin embargo este patrón no es contemplado en el sistema original.

Figura 1. Espécimen de prostatectomía radical.



Figura 2. Glándulas neoplásicas con nucleolos prominentes y pérdida de las células basales. H-E 400X.

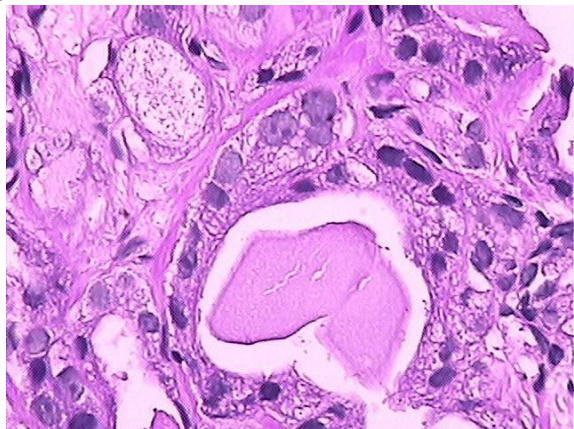


Figura 3. Adenocarcinoma prostático Gleason 3+3. H-E 40X.

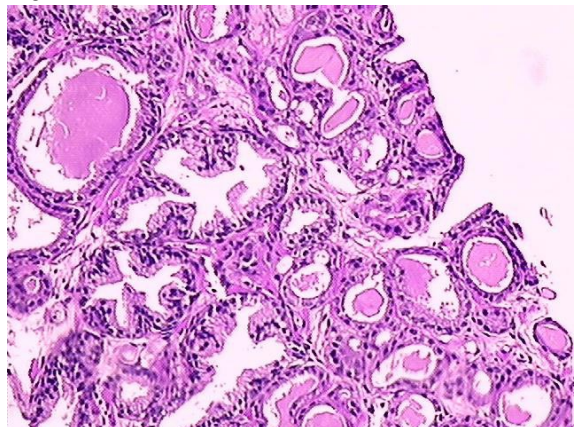


Figura 4. Gleason 4. Masas infiltrativas, de glándulas fusionadas de bordes irregulares con escaso estroma entre ellas. H-E 200X.

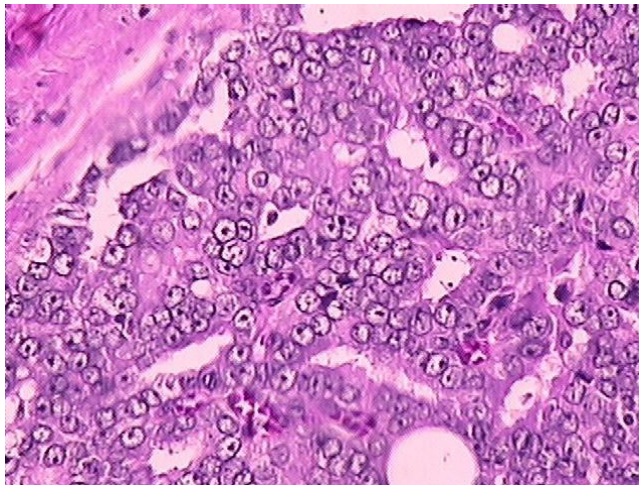


Figura 5. Adenocarcinoma prostático 4+3 cerca del margen quirúrgico.

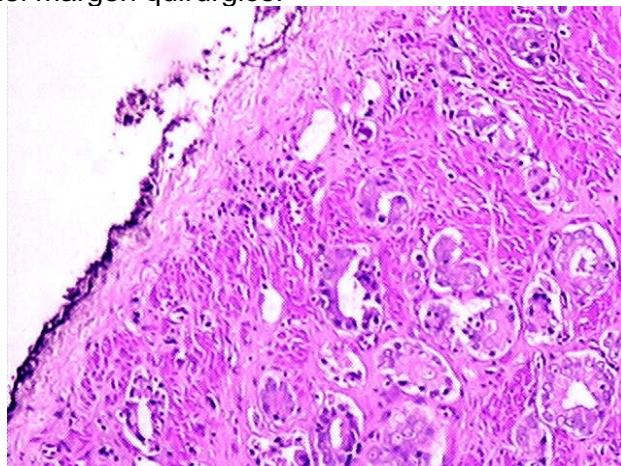


Figura 6. Invasión perineural. El nervio está rodeado por las glándulas neoplásicas. H-E 200X.

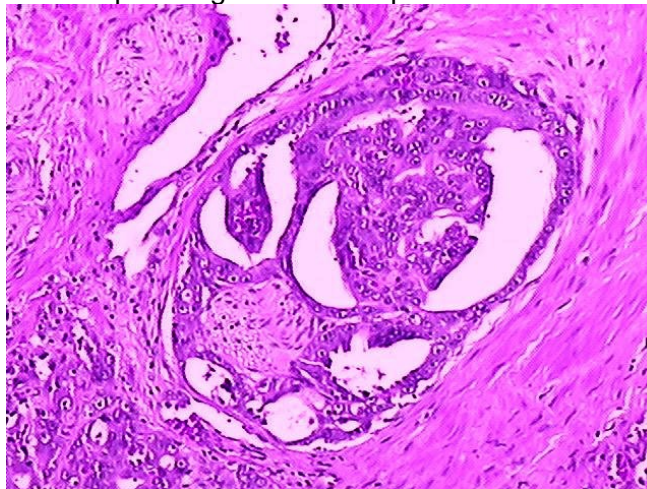


Figura 7. Carcinoma mucinoso de la próstata. H-E 200X.

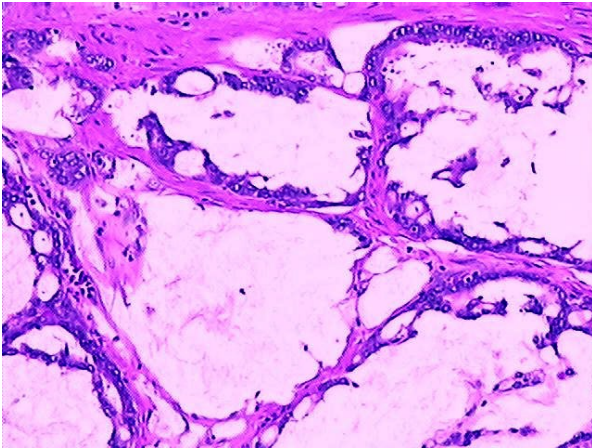


Figura 9. Adenocarcinoma prostático irradiado. H-E 200X.

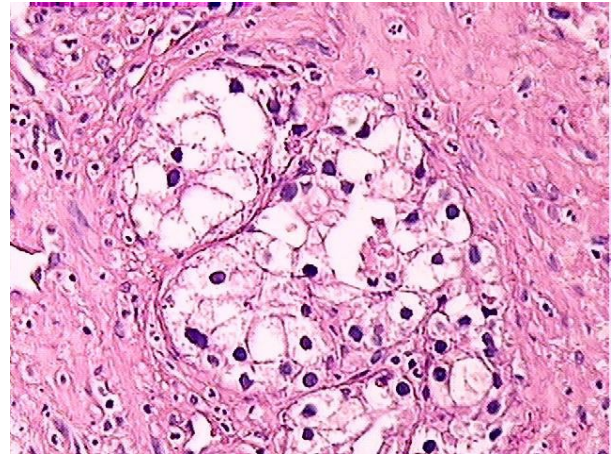
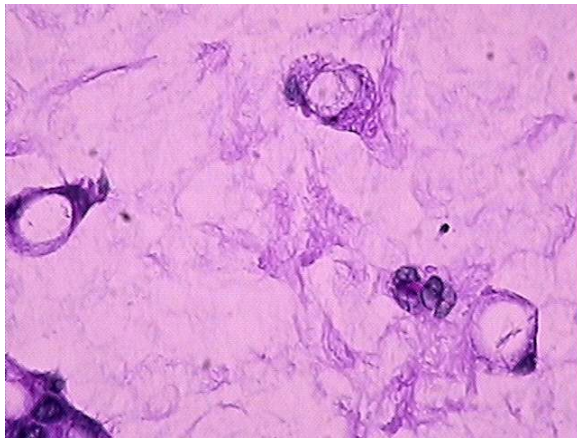


Figura 8. Células en anillo de sello en carcinoma mucinoso. H-E 400 X.



Autor Corresponsal: Sonia M. Dickson González,
email: soniad15@yahoo.es.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.