

Metaplasia mucinosa de la próstata.

E. REDONDO Y A. REY.

Hospital Nuestra Señora del Pino. Las Palmas de Gran Canaria.

Si excluimos la llamada inicialmente metaplasia de células tipo Paneth, que hoy en día se considera como una forma de diferenciación neuroendocrina del epitelio

prostático normal y neoplásico (1), en la próstata se describen 4 tipos de metaplasia: a) la transicional, común en los grandes conductos periuretrales; b) la escamosa, habitualmente ligada a tratamiento hormonal, radioterapia, yatrogenia o infarto (2); c) la nefrogénica, que raras veces puede afectar a la glándula a partir del urotelio de la uretra prostática (3); d) por último, la metaplasia mucinosa, de descripción reciente,

Correspondencia: E. Redondo. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Ntra. Sra. del Pino. c/ Angel Guimerá 93. 35004 Las Palmas de Gran Canaria.

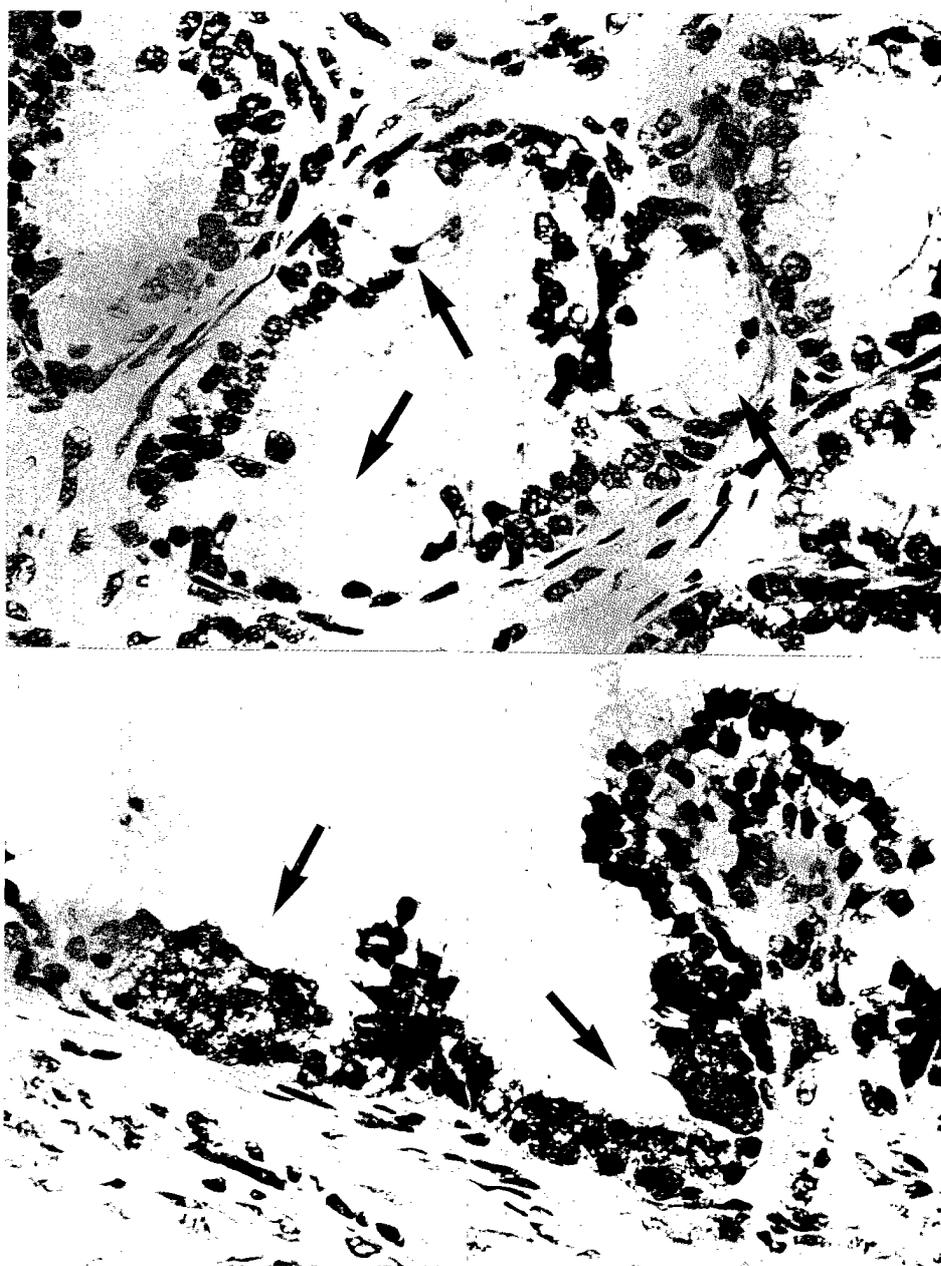


Figura 1.- Arriba: Células mucosas (flechas) intercaladas en el epitelio prostático normal. Obsérvense los pequeños núcleos basales y la presencia de células basales subyacentes (H&E. X400). Abajo: Hileras de células mucosas que aparecen más oscuras por la tinción de mucicarmín (Mucicarmín. X400).

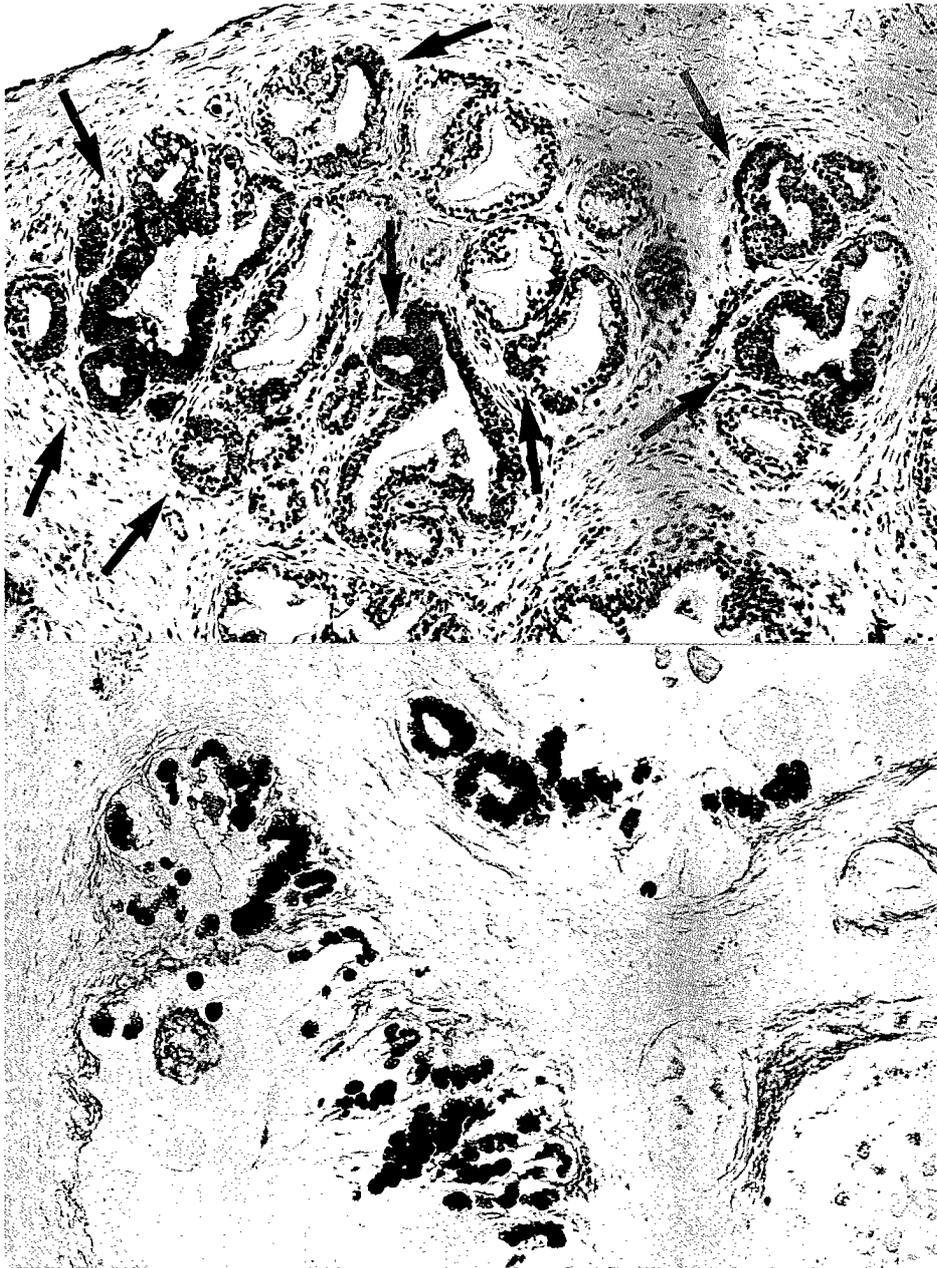


Figura 2.- Arriba: Múltiples células metaplásicas PAS-positivas en un lobulillo prostático, aisladas o en hileras (PAS, X100). Abajo: Fuerte contraste de las células metaplásicas alcianófilas con el epitelio ductal y acinar adyacente (Azul alciano, X100).

con alrededor de 25 casos publicados (2,4,5). Sin embargo, la metaplasia mucinosa no parece ser un hallazgo tan raro como podría suponerse. En apoyo de su relativa frecuencia presentamos 2 casos, observados durante el año 1995, en biopsia de aguja y en resección transuretral, respectivamente, de sendos pacientes con hiperplasia nodular prostática.

Se trata de un pequeño foco, de 0,5 mm² en un caso, y de tres focos de 0,1 a 5 mm² en el otro, donde las células mucosecretoras de tipo caliciforme, PAS positivas, con núcleos basales, pequeños y regulares, se intercalan con las células ductales o se agrupan en hileras de hasta un máximo de 15 elementos (figs. 1 y 2). Estas células, como las de las glándulas de Cowper, son

positivas con mucicarmín y azul alcian (4) (figs. 1 y 2) y negativas para el antígeno prostático específico y la fosfatasa ácida prostática (2,4).

La metaplasia mucinosa puede aparecer en cualquier zona prostática (2) y en glándulas con gran variedad de cambios, desde hiperplasia post-atrónica, metaplasia transicional o hiperplasia de células basales hasta atrofia con esclerosis, o, como en nuestros casos, hiperplasia nodular (4,5); también se describe en cualquier tipo de muestra: tanto en biopsia transrectal como en resección transuretral o en piezas de prostatectomía, con una frecuencia algo mayor en estudios de autopsia que incluyen seriación completa de la próstata. De todas formas, se encuentra siempre en menos del 1% de los

casos y rara vez supera una superficie de 1 mm². El foco de 2,5x2 mm en uno de nuestros casos es inusualmente grande.

El diagnóstico diferencial incluye las verdaderas glándulas bulbouretrales, cuya aparición es excepcional en resecciones transuretrales (6). Se ha descrito el hallazgo incidental de grupos acinares "parecidos" a glándulas de Cowper en 6 de 155 próstatas de autopsia (7), los cuales posiblemente representen también casos de metaplasia mucinosa y los primeros reseñados en la literatura. No obstante, las glándulas de Cowper se distinguen por su estructura organoide, con acinos en disposición radiada alrededor de un conducto excretor que presenta epitelio pseudoestratificado, por la presencia de músculo estriado esfinteriano en relación con ellas, por la localización específica y por el diferente perfil de marcaje con lectinas (2).

La metaplasia mucinosa también debe diferenciarse del carcinoma prostático de bajo grado, especialmente en biopsias transrectales. La metaplasia mucinosa conserva la capa de células basales y los núcleos son pequeños y basales, sin alteraciones. Los hallazgos histoquímicos e inmunohistoquímicos antes referidos podrán resolver las dudas diagnósticas en algún caso concreto (2,4). En general, la imagen histológica con H & E es característica e inequívoca.

Por último, cabe plantear la posibilidad de confusión, como describen Shiraisi y cols (2) y hemos podido experimentar nosotros, entre metaplasia mucinosa y las vacuolas secretorias citoplásmicas presentes ocasionalmente en glándulas normales, que exhiben entonces aspecto espumoso. En esta situación basta recurrir a una técnica de PAS para aclarar el diagnóstico.

Como origen de la metaplasia mucinosa, parece desechada la hipótesis de la inclusión embrionaria de nidos cowperianos durante el desarrollo de la próstata primitiva, dada la ausencia de relación embriológica de ambas glándulas y la distribución al azar de las células mucinosas metaplásicas (2). Tampoco parece existir asociación con inflamación o carcinoma (8). La teoría más plausible es la del proceso metaplásico, en base a la íntima relación de las células mucosecretoras con el epitelio prostático normal (2,4).

BIBLIOGRAFIA

1. Adlakha H, Bostwick DG.. Paneth cell like change in prostatic adenocarcinoma represents neuroendocrine differentiation: report of 30 cases. *Human Pathol* 1994; 25: 135-9.
2. Shiraishi T, Kusano I, Watanabe M et al. Mucous gland metaplasia of the prostate. *Am J Surg Pathol* 1993; 17: 618-22.
3. Malpica A, Ro JY, Troncoso P et al. Nephrogenic adenoma of the prostatic urethra involving the prostate gland: a clinicopathologic and immunohistochemical study of eight cases. *Hum Pathol* 1994; 25: 390.
4. Grignon DJ, O'Malley FP. Mucinous metaplasia in the prostate gland. *Am J Surg Pathol* 1993; 17: 287-90.
5. Cheville JC, Bostwick DG. Postatrophic hyperplasia of the prostate. A histologic mimic of prostatic adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 1068-76.
6. Epstein JI. *Urologic disorders*. Igaku-Shoin. New York. 1ª ed 1992; pp 92.
7. Franks LM, O'Shea JD, Thompson AER. Mucin in the prostate: a histochemical study in normal glands, latent, clinical and colloid cancers. *Cancer* 1964; 17: 983-91.
8. Epstein JI. *Prostate biopsy interpretation*. Lippincott-Raven, Philadelphia. 2ª ed 1995; pp 185-6.

