

# Carcinoma de células en anillo de sello primario de la próstata

## Primary Signet Ring Cell Carcinoma of the Prostate

José Alberto Hermida Pérez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9694-5268>

Abdel Buduen Nuñez<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7164-7325>

José Samuel Hernandez Guerra<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002--8031-6769>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Palma. Santa Cruz de Tenerife, España.

<sup>2</sup>Departamento de Medicina de Familia. Helsinki, Finlandia.

<sup>3</sup>Centro de Salud de Los Sauces. Santa Cruz de Tenerife, España.

\*Autor para la correspondencia: [hermidana@yahoo.es](mailto:hermidana@yahoo.es)

Recibido: 12/01/2023, Aceptado: 07/02/2023

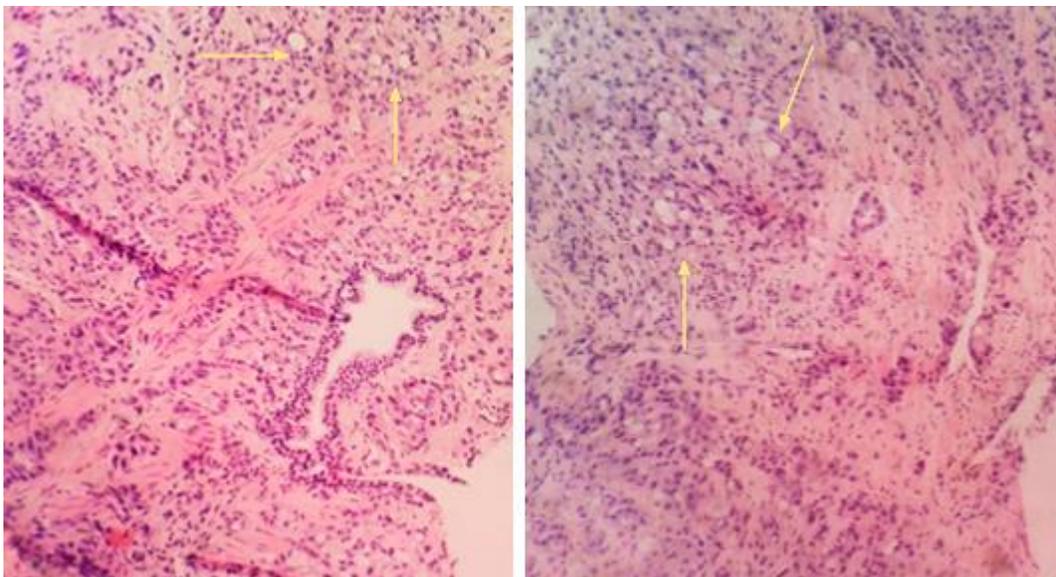
### Exposición del caso

Paciente masculino de 78 años en tratamiento con dutasteride 0,5 mg y tamsulosina 0,4 mg/oral cada 24 horas. Seguimiento por elevación del antígeno específico prostático (PSA), con cifras que han oscilado entre los 16,24 ng/mL a 18,99 ng/ml; cociente PSA libre/total 0,07 %. El tacto rectal mostró una próstata adenomatosa, bien delimitada, grado II, sin nódulos. Las 2 biopsias de próstata transrectales ecodirigidas (BPTe) resultaron negativas para carcinoma, una resonancia magnética multiparamétrica de próstata en la que se informa un PI-RADS (*Prostate Imaging and Reporting and Data System*) 2 en la glándula periférica y un PI-RADS 5 en la glándula central.

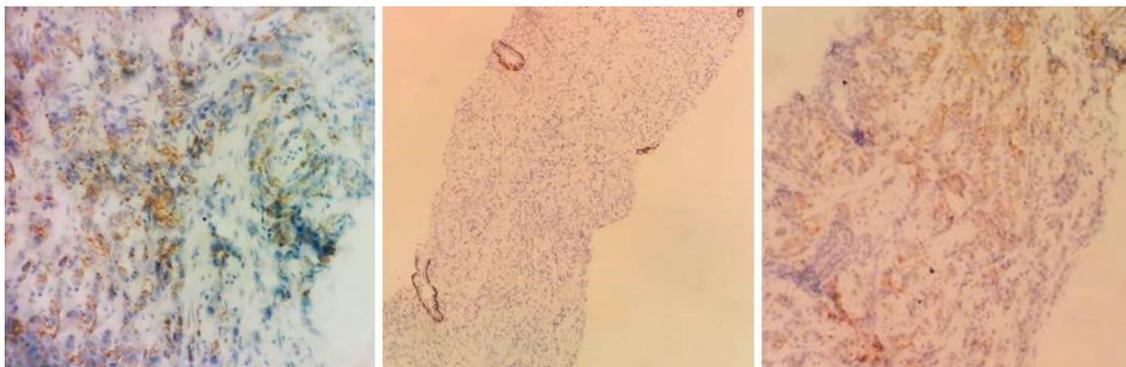
Dado este hallazgo se realizó una nueva BPTe ([Fig. 1a](#)), en cuyo informe anatomopatológico se informó: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de próstata con patrón de células en anillo de sello, grado combinado de Gleason 4 + 4 que afecta tres de los cilindros correspondientes al lóbulo derecho y a dos del lóbulo izquierdo. La inmunohistoquímica ([Fig. 1b](#)) mostró expresión de PSA, fue racemasa positiva en células tumorales (75 % de positividad nuclear), 34βE12: ausencia de positividad en células

tumorales. El tumor ocupa aproximadamente un 25 % del material estudiado. Las cifras del antígeno carcinoembrionario fueron normales (CEA).

En el estudio de extensión con gammagrafía ósea de todo el cuerpo y la tomografía computarizada tóraco-abdomino-pélvica no se objetivan metástasis óseas, ganglionares ni viscerales. Se remite a Oncología Radioterápica para valorar tratamiento con radioterapia radical (RT); tras finalizar dicho tratamiento, más terapia de deprivación androgénica con análogo triptorelina 11,25 mg trimestral; en unos 20 meses de evolución se aprecia una buena respuesta terapéutica con cifras de PSA en 0,05 ng/ml (ya suspendido el dutasteride con tamsulosina), no presenta síntomas urinarios, leve aumento del número de las deposiciones fecales. Tampoco se aprecia hematuria ni sangrado rectal.



**Figura. 1 a.** Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de próstata con patrón de células en anillo de sello (flechas amarillas), Gleason (4+4), score 8/10.



**Figura 1 b.** Inmunohistoquímica: Racemasa positiva en células tumorales. 75 % de positividad nuclear. El 34 beta E 12: ausencia de positividad en células tumorales.

## Comentario

El carcinoma de células en anillo de sello primario de la próstata (CCASP) es un tumor poco frecuente. La tasa de incidencia es de 0,08 casos por millón por año. Está formado por células que son similares a los tumores de las células del anillo de sello del tracto gastrointestinal. El pronóstico del CCASP es peor que el adenocarcinoma de la próstata (ADCp) clásico. A pesar de que los carcinomas con células en anillo de sello se originan habitualmente en el estómago y el colon, también se pueden localizar en el páncreas, mama, tiroides, vejiga urinaria y próstata. El diagnóstico requiere inmunohistopatología y descartar la presencia de este adenocarcinoma (ADC) de otros órganos, sobre todo los del tracto gastrointestinal. El primer caso CCASP lo describió Giltman en 1981.<sup>(1,2)</sup>

El CCASP es una entidad poco frecuente, caracterizada por su carácter agresivo y su pronóstico pésimo.<sup>(1,2)</sup> Hasta la fecha actual, se han publicado unos 157 casos de CCASP en la literatura médica.

Con respecto a las características clínicopatológicas, diagnósticas y terapéuticas de esta patología, se ha constatado que la mediana de PSA es de 18 ng/ml, la suma de Gleason más común fue 8, 60 % de pacientes tienen enfermedad localizada, un 40 % se presentan con enfermedad a distancia en el momento del diagnóstico. La mediana de supervivencia ha sido de 23 - 29 meses. El CCASP es una variante histológica rara y agresiva de los ADCp. El diagnóstico requiere histopatología y también el descartar la presencia de estos ADC en otros órganos, fundamentalmente del tracto gastrointestinal. El tratamiento es el mismo que el ADCp clásico con énfasis en el tratamiento multimodal agresivo.<sup>(2)</sup>

La presencia de un CCASP se confirma mejor mediante hallazgos negativos en el estudio gastrointestinal, una tinción positiva para la fosfatasa ácida específica de la próstata y resultados negativos de la prueba del CEA.<sup>(1,2)</sup>

Está publicado un caso que se presenta como una gran masa pélvica, uropatía obstructiva y afectación rectal. Fue tratado con terapia de deprivación androgénica completa. A los 24 meses de seguimiento, el paciente no tiene evidencia de progresión o metástasis. En esta publicación se hace énfasis en que el manejo agresivo con un enfoque multimodal que combina cirugía, radiación y ablación hormonal puede resultar en una supervivencia prolongada sin enfermedad en algunos pacientes, a pesar de la naturaleza agresiva de esta enfermedad.<sup>(2)</sup>

Se ha constatado que la terapia hormonal combinada con radioterapia en el CCASP ha dado buenos resultados.<sup>(2)</sup>

Las técnicas inmunohistopatológicas son de vital importancia para afianzar el diagnóstico del CCASP, la identificación de inmunoreactividad para los marcadores de células basales, tales como la citoqueratinas (CK) de alto peso molecular 903 (34βE12), la CK 5/6, y el p63, subrayan la presencia de células basales en las glándulas benignas. Esas células se hayan ausentes en los carcinomas de próstata.<sup>(2)</sup>

Los carcinomas de células en anillo de sello son tumores constituidos por células redondeadas, de núcleo desplazado por una gran vacuola intracitoplasmática, ópticamente vacía, se puede observar en tumores

de distinta localización, tanto benignos como malignos, y no necesariamente implica la presencia de mucina citoplasmática. En la mayoría de los casos, se observa negatividad para tinciones de PAS, PAS-Diastasa y positividad para CK 7 y 20. La intensa inmunotinción de estas células para PSA deben hacer pensar en un origen prostático primario y ayudan a excluir un origen metastásico del tracto gastrointestinal.<sup>(1, 2)</sup>

Estos carcinomas se acompañan típicamente de ADC de alto grado, todos fueron negativos para citoqueratina 34 beta E12, similar a nuestro paciente. Se ha demostrado que la alfa-metilacil-CoA racemasa (AMACR) es un marcador muy sensible para el diagnóstico de cáncer de próstata, cuya expresión está constantemente regulada al alza en el cáncer de próstata; este marcador fue positivo en nuestro paciente.<sup>(2)</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Valverde Martínez S, Grinard de León EA, Polo López CA, Rodríguez Cruz I, Prieto Nogal SB, Martín Hernández M. Carcinoma de próstata gigante con células en anillo de sello. Arch Esp Urol. 2020;73(4):320-1.
2. Giltman LI. Signet ring adenocarcinoma of the prostate. J Urol. 1981;126(1):134-5. DOI: [10.1016/s0022-5347\(17\)54414-6](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)54414-6)

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.