

Câncer de Próstata em Anel de Sinete: Relato de Caso

Ivon Teixeira de Souza*, Lucas Antonio Amaral Holanda e Silva, Luana Alencar Cavalcante Fernandes de Sousa, Caio Martins Diniz Leite, Gabriela Carneiro Teixeira.

Universidade de Fortaleza.

Correspondência*: Av. Dom Luis, 1233
Sala 2004 - Bairro Meireles
Fortaleza, CE
CEP: 60160-230
E-mail: invonteixeira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer primário da próstata em anel de sinete é raro, sendo caracterizado microscopicamente por núcleos que possuem a forma de crescente deslocados por vacúolo intracitoplasmático.¹ Seu diagnóstico, em geral, é feito com a doença já avançada, com 25% ou mais das células tumorais com estrutura em anel de sinete² e confirmado com imunohistoquímica (IH), com essas células positivas para o antígeno prostático específico (PSA) e para a fosfatase ácido prostática (PAP)³. Em geral, tumores com células em anel de sinete são encontrados primariamente em neoplasias do trato gastrintestinal (TGI), como cólon e estômago.⁴

Estes tumores apresentam padrão de crescimento infiltrativo difuso e estágio, muitas vezes, avançado no momento do diagnóstico e mal prognóstico.⁴ Relatamos, nesse caso, um tumor diagnosticado com localização prostática, permitindo tratamento cirúrgico radical.

RELATO DO CASO

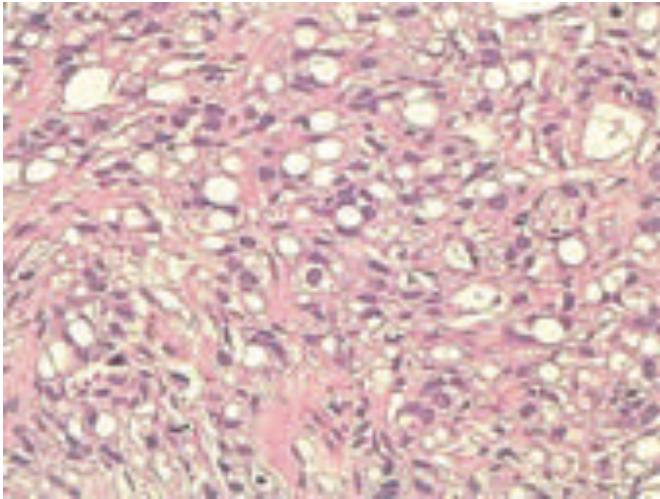
Paciente de 72 anos veio à consulta para exame anual da próstata. Não referia sintomas do trato urinário baixo. O toque

retal revelou próstata aumentada de tamanho, consistência fibroelástica, indolor, móvel, de limites precisos. No retorno a consulta o paciente apresentou PSA de 8,5ng/ml sendo encaminhado para realização de biópsia transretal da próstata. Foram retirados 12 fragmentos dos quais 4 apresentavam carcinoma da próstata em anel de sinete e com escore Gleason 10 (5+5) (Figura 1). Também foi feito IH (Figuras 3 e 4). Estabelecido o diagnóstico, realizou-se cintilografia óssea, a qual não mostrou implantes no esqueleto, além de tomografia computadorizada (TC) pélvica que não evidenciou linfonodomegalias, nem comprometimento de órgãos vizinhos.

Realizou-se TC abdominal, endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia que não detectaram a presença de tumores em outros sítios. O paciente submeteu-se à prostatectomia radical com linfadenectomia estendida. O estudo da peça cirúrgica revelou a existência de áreas com adenocarcinoma prostático com escore Gleason 8 (4+4) em permeio a células em anel de sinete. Não havia infiltração das vesículas seminais. Margens cirúrgicas livres e ausência de comprometimento linfonodal. Na primeira avaliação pós-operatória após 40 dias o PSA estava indetectável (<0,001ng/ml).

FIGURA 1

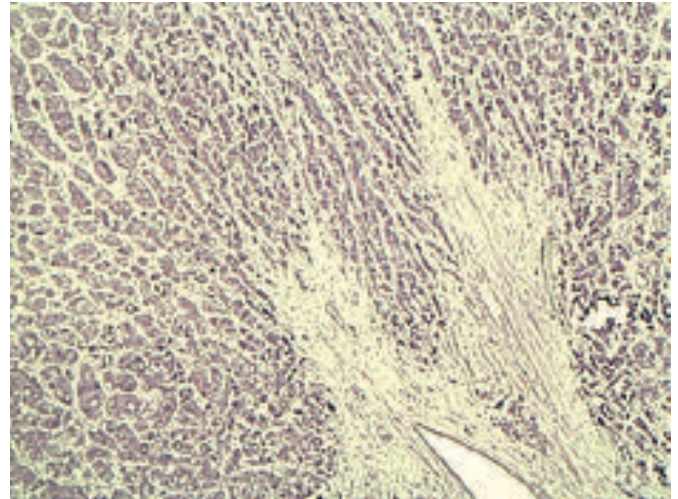
Células em anel de sinete



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

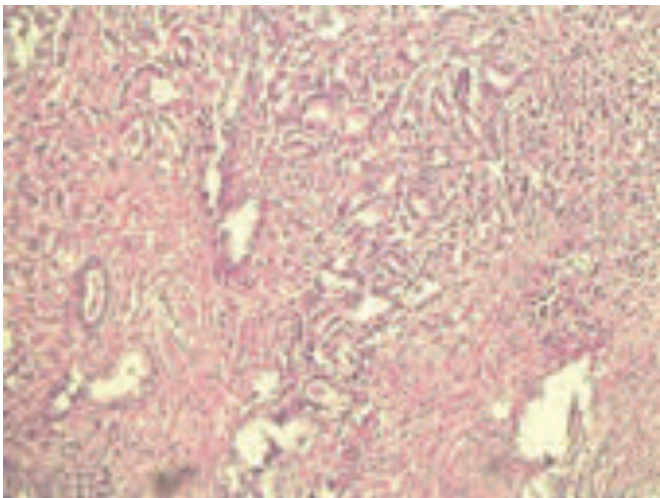
IH da peça cirúrgica PSA(+)



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

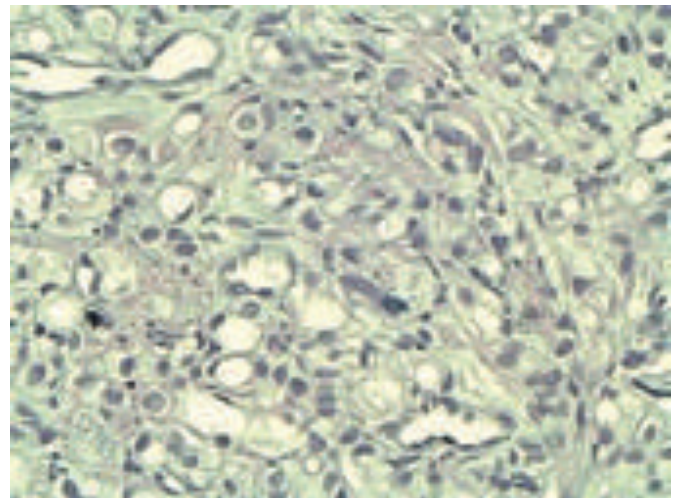
Adenocarcinoma da Próstata



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

IH ALCIAN BLUE negativo



Fonte: Arquivo Pessoal.

DISCUSSÃO

Mais de 95% dos casos das neoplasias de próstata são classificadas como adenocarcinoma acinar. Recentemente, diferentes variantes ou subtipos têm sido identificados. O comportamento biológico de algumas destas variantes pode

diferir do adenocarcinoma acinar, e o apropriado manuseio clínico depende de um acurado diagnóstico.⁵

Tumores em anel de sinete comumente acometem o estômago e o cólon, mas também órgãos como pâncreas, mama, tireoide e bexiga.⁴ Esta variante do carcinoma da próstata é

rara, com apenas 60 casos descritos na literatura. A verdadeira incidência não é conhecida, mas estima-se ocorrer em 2,5% dos casos e os critérios para caracterizar o tumor como primário não estão bem estabelecidos, sendo sugerido que 5 a 50% do tumor seja envolvido por células em anel de sinete.⁶

Deve-se avaliar a possibilidade de tumor em outros sítios, principalmente o TGI e bexiga, que apresentou metástase prostática, sendo necessária a realização de exames como TC abdominal, EDA e colonoscopia. A presença de foco de adenocarcinoma prostático típico, adjacente à lesão, fortemente sugere origem primária da próstata.⁷

O tumor em anel de sinete primário da próstata, na avaliação IH, deve ter reação negativa para antígeno leucocitário comum, antígeno carcinoembrionário e alfa actina de músculo liso e reação positiva para PSA, PAP e queratina.⁷

Por definição, esses tumores são adenocarcinomas pouco diferenciados com crescimento infiltrativo difuso, associando-os a estágio avançado ao diagnóstico e mal prognóstico⁸. Clinicamente, os pacientes se apresentam na 7ª década de vida, frequentemente com PSA acima de 15ng/ml e em avançado estágio clínico, relatos indicam que mais de 75% dos casos se apresentam com doença localmente avançada ou metastática no momento do diagnóstico. Este tumor se dissemina semelhante ao carcinoma usual da próstata com metástases para linfonodos e para ossos.

O tratamento dos tumores prostáticos em anel de sinete tem sido similar ao aplicado ao adenocarcinoma prostático tradicional, envolvendo combinação variável de cirurgia, radioterapia e hormonioterapia¹. Em geral acredita-se que estes tumores raramente respondem a hormonioterapia, mas há relato de um caso de antígeno prostático específico indetectável 20 meses após iniciar bloqueio hormonal completo.⁹

Fujita et al, em revisão de 42 casos, observou média de idade de 68,2 anos. De 34 pacientes cujo os dados puderam ser avaliados, 14 (41,2%) tinham estágio 4 da doença no momento do diagnóstico. A estratégia de tratamento foi a combinação de cirurgia, radioterapia e hormonioterapia semelhante à adotada no tratamento do adenocarcinoma acinar. A sobrevida dos pacientes em 1 ano foi 82,3% e em 5 anos 11,7%. Warner et al, avaliou 51 casos cuja a média de idade foi 68 anos e 33% dos pacientes com estágio 4 da doença ao diagnóstico. Terapia combinada foi aplicada em 41% dos pacientes e a sobrevida média foi de 29 meses.

O carcinoma prostático em anel de sinete é um raro e agressivo subtipo de adenocarcinoma da próstata, que necessita de

cuidadosa avaliação através de exames de histopatologia e de IH. O tratamento é, frequentemente, similar ao tradicionalmente aplicado ao adenocarcinoma prostático acinar, com ênfase na agressiva abordagem multimodal.

REFERÊNCIAS

1. Kwon WA, Oh TH, Ahn SH, Lee JW, Park SC. Primary signet ring cell carcinoma of the prostate. *Can Urol Assoc J.* 2013;7: 11-2.
2. Jue W, Fen WW, George PH III. 3 Younger Age Is an Independent Predictor for Poor Survival in Patients with Signet Ring Prostate Carcinoma. *Prostate Cancer.* 2011, Article ID 216169, 8 pages.
3. Siichsaito, Hiroyuki I. Mucin-Producing Carcinoma Of The Prostate Review Of 88 Cases. *Urology.* 1999 Jul; 59(1): 141-4.
4. Warner J N, Nakamura L Y, Pacelli A, et al. Primary signet ring cell carcinoma of the prostate. *Mayo Clin Proc.* 2010 Dec; 85(12) : 1130-6.
5. Montironi R, Mazzuchelli R, Scarpelli M. Prostate carcinoma I: prognostic factors in radical prostatectomy specimens and pelvic lymph nodes. *BJU Int.* 2005 ; 97: 485-91.
6. Humphrey PA. Histological variants of prostatic carcinoma and their significance. *Histopathology.* 2012 ; 60: 59-74.
7. Fujita K, Sugao H, Gotoh t, Yokimizo S, Itoh Y. Primary signet ring cell carcinoma of the prostate: report and review of the 42 cases. *Int J Urol.* 2004; 11(3): 178-81.
8. Lilleby W, Axcróna K, Alfensen G.C, et al. Diagnosis and treatment of primary signet –ring cell carcinoma of the prostate. *Acta Oncologica.* 2007; 46: 1195-7.
9. Akagashi K, Tanda H, Kato S, Ohnishi S, Nakajima H, Nanbu A, et al. Signet-ring cell carcinoma of the prostate effectively treated with maximal androgen blockade. *Int J Urol.* 2003;10(8):456-8.