

# Relato de caso: carcinoma basaloide da próstata, um achado incomum

## *Case report: basaloid carcinoma of the prostate, an uncommon finding*

Cláudia Hosana Silva Marques<sup>1</sup>, José Pedro Ferreira de Bastos Vieira<sup>2</sup>, Nonato Mendonça Lott Monteiro<sup>3</sup>, Pedro Paulo Lopes de Oliveira Júnior<sup>2</sup>, Thayles Vinícius Moraes<sup>3</sup>

### RESUMO

Relata-se caso de paciente com 56 anos de idade, com disúria, estrangúria, um episódio de hematúria macroscópica e dosagem de antígeno prostático específico (PSA) total de 1,35 ng/mL. A propedêutica para doença oncológica da próstata diagnosticou carcinoma basaloide, um tumor com rara histologia e poucas vezes descrito na literatura.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Próstata; Antígeno Prostático Específico; Adenocarcinoma; Diagnóstico.

<sup>1</sup> Médica, Center Clínica, Sorriso, MT – Brasil.  
<sup>2</sup> Médico Radioterapeuta do Centro de Oncologia e Radioisótopos de Ipatinga. Ipatinga, MG – Brasil.  
<sup>3</sup> Médico, Centro de Oncologia e Radioisótopos de Ipatinga. Ipatinga, MG – Brasil.

### ABSTRACT

*Report of a 56 years old patient with dysuria, stranguria, an episode of gross hematuria and serum prostate specific antigen (PSA) total of 1.35 ng / mL. Workup for prostate cancer disease diagnosed basaloid carcinoma, a tumor with rare histology and scarcely described in the literature.*

*Key words: Prostatic Neoplasms; Prostate-Specific Antigen; Adenocarcinoma; Diagnosis.*

### INTRODUÇÃO

O câncer da próstata é a segunda causa de óbitos devidos a neoplasias em homens, sendo superado apenas pelo de pulmão. Esse tumor, na maioria dos casos, apresenta crescimento lento, levando 15 anos para atingir 1 cm<sup>3</sup>.<sup>1</sup> O tipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma da próstata (AC), ocorrendo em 95% dos casos. O carcinoma com característica basaloide (CBP) é variante rara e agressiva do tipo espinocelular.<sup>2,3</sup> Foi descrito pela primeira vez por Frankel<sup>3</sup>. O CBP apresenta-se, macroscopicamente, com aspecto branco e bem definido; e, histologicamente, com membrana basal eosinofílica, crivosa e com produção de muco. Consiste, ocasionalmente, de áreas trabeculares, sólidas e com ninhos de pequenas células com citoplasma escasso e figuras mitóticas abundantes. A necrose é comum e quando é de localização central, acompanhada de grandes ninhos sólidos e com ausência de marcadores basocelulares, caracteriza-se por comportamento mais agressivo de tumor, que apresenta frequentemente recorrências locais e metástases à distância, conforme documentações publicadas. Infiltra tipicamente os planos subjacentes e profundos e em mais da metade dos casos apresenta linfonodos inguinais acometidos, ao diagnóstico inicial.<sup>4-10</sup>

Recebido em: 08/01/2009  
Aprovado em: 17/06/2010

*Instituição*  
Centro de Oncologia e Radioisótopos de Ipatinga (COR).  
Ipatinga, MG – Brasil.

*Endereço para correspondência:*  
Nonato Mendonça Lott Monteiro  
Rua: Nilo Peçanha, nº 270  
Bairro: Areal  
Ipatinga, MG – Brasil  
CEP: 35.160-271  
E-mail: nonatomlm@yahoo.com.br

Os poucos relatos desse tipo de tumor na literatura referem-se a pacientes com média de idade na sétima década de vida, como relata um estudo americano, no qual a idade dos 29 pacientes variou de 42 a 89 anos (média de 69 anos), embora haja descrições isoladas, como em um artigo inglês, cujo paciente acometido tinha apenas 28 anos de idade.<sup>8,11,12</sup>

Considerado um dos melhores marcadores tumorais conhecidos, o PSA é uma glicoproteína produzida pela próstata e que compõe o líquido seminal. Sua utilização está indicada para fins de diagnóstico, prognóstico e acompanhamento terapêutico.<sup>13</sup> Aceita-se como limite normal o PSA total cujo valor é até 4,0 ng/mL.<sup>14,15</sup>

O CBP pode se manifestar, clinicamente, com poucos sintomas do ponto de vista urológico, como obstrução urinária aguda ou desenvolvida ao longo de poucos anos, e, segundo o Instituto Europeu de Oncologia, tem apresentação e resultado clínico adversos.<sup>2,12</sup>

## RELATO DO CASO

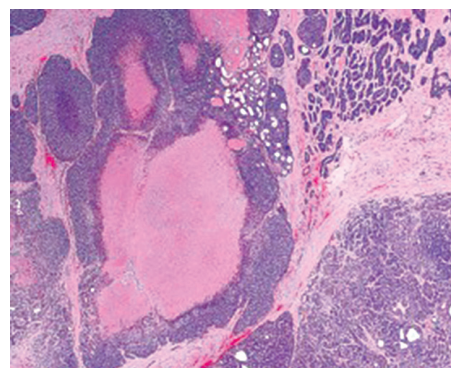
Em dezembro de 2005, o paciente ACA, 56 anos de idade, aposentado, procedente de Coronel Fabriciano-MG, sem história de câncer na família, oligossintomático do ponto de vista urológico, apresentou disúria terminal e sinais de estrangúria leve, mais intensas à noite (*sic*). Queixou-se, ainda, de único episódio de hematúria macroscópica, acompanhado de dor moderada, em cólica, no hipogástrio. A dosagem do PSA total, na ocasião, foi de 1,35 ng/mL e, como apresentava sintomatologia urinária, foi submetido ao toque retal, que mostrou próstata aumentada de volume, endurecida e multinodular.

Após propedêutica adequada, em início de janeiro de 2006, foi submetido à prostatectomia radical e evoluiu com disúria terminal e hematúria macroscópica no pós-operatório imediato.

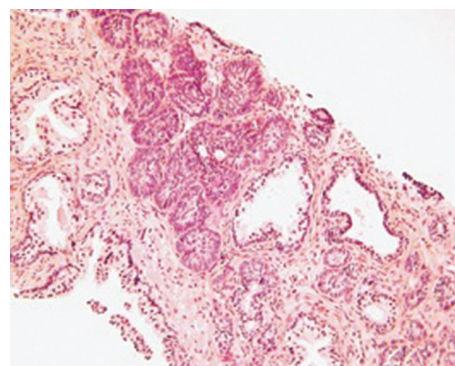
O laudo histopatológico da peça cirúrgica revelou carcinoma basaloide da próstata (CBP), invasor, multifocal, acometendo ambos os lobos, com margens comprometidas e infiltração de vesículas seminais (Figuras 1 e 2) - os linfonodos dissecados estavam livres de metástase (pT3 pN0).

O paciente foi avaliado para tratamento radioterápico adjuvante dois meses após o procedimento cirúrgico e foi programado para receber dose total de 72 Gy em 40 frações, mediante quatro campos ân-

tero-posteriores e látero-laterais, restritos à loja prostática, utilizando-se a energia do acelerador linear de 6 MeV, com técnica conformacional, com blocos de colimação individuais. A dose diária foi de 180 cGy e ao final das 40 frações, em abril de 2006, o paciente apresentava-se em bom estado geral e queixava-se apenas de leve ardência ao urinar, que foi aliviada com o uso de cloridrato de fenazopiridina.



**Figura 1** - CBP – Grandes ninhos basaloides com necrose central.



**Figura 2** - CBP. Biópsia por agulha fina com pequenos centros do CBP infiltrando entre as glândulas benignas da próstata.

Na consulta de controle em setembro de 2006 o paciente encontrava-se assintomático, com PSA total inferior a 0,04 ng/mL.

Em janeiro de 2007, não referiu queixas e o PSA manteve o mesmo valor (<0,04 ng/mL). Os demais exames, como hemograma, ureia, creatinina, **transaminases**, fosfatases alcalina e ácida prostática, estavam todos normais.

Em abril de 2007, um ano após a radioterapia e 14 meses após a cirurgia, o paciente mantinha-se em seguimento clínico, apresentando bom estado geral e

PSA total < 0,09 ng/mL. A dosagem de ureia e creatinina encontraram-se elevadas e foi solicitado parecer da nefrologia que, após propedêutica especializada, descartou doença renal. Agendado retorno trimestral.

Em início de agosto de 2007, retornou para acompanhamento com PSA total inferior a 0,04 ng/mL, porém o EAS e a urocultura com antibiograma mostravam infecção urinária por *Klebsiella spp.*, sensível à sulfametoxazol + trimetoprim, tendo sido medicado com essa associação por 10 dias. Ao final do tratamento apresentou melhora do padrão urinário e nova urocultura mostrou-se negativa, sem crescimento de germes patógenos.

Nas consultas seguintes, dezembro de 2007 e de maio de 2008, permaneceu assintomático e apresentava dosagens de PSA total sempre inferiores a 0,04 ng/mL.

Já em controle semestral, em novembro de 2008, retornou ao seguimento em bom estado geral, sem queixas urinárias e mantendo PSA total < 0,04 ng/mL.

Seguido em controle oncológico semestral, em maio e novembro de 2009, compareceu às consulta com bom estado geral, mantendo-se assintomático, sendo que em novembro de 2009 mantinha valor de PSA total < 0,04 ng/mL.

Paciente encontra-se em controle oncológico anual e tem retorno agendado para novembro de 2010.

## DISCUSSÃO

O presente caso tornou-se particular, pois, além de tratar-se de tipo histológico raro, o exame de PSA do paciente encontrava-se dentro da faixa de normalidade (1,35 ng/mL ao diagnóstico), levando o médico a descartar, erroneamente, a possibilidade de neoplasia.

As queixas urinárias e, posteriormente, o toque retal foram efetivamente importantes para a suspeita diagnóstica de doença neoplásica, que nesse tipo histológico apresentou-se com poucas manifestações clínicas sugestivas de neoplasia e baixa relevância do PSA para o diagnóstico, o que difere dos relatos de comportamento agressivo e manifestação clínica adversa encontrados na literatura.<sup>10,16</sup>

Esse paciente apresentou, à diferença de outros relatos, boa evolução clínica, encontrando-se em controle anual no quarto ano após o diagnóstico dessa neoplasia e até a sua última consulta de controle, realizada em novembro de 2009, não apresentava sinais de acometimento linfático.<sup>8-10</sup>

## CONCLUSÃO

Apesar do CBP ser subtipo raro de câncer da próstata, considerado de comportamento agressivo e manifestação adversa, esse paciente tem apresentado boa evolução clínica.

Neste caso, nota-se que para o correto e rápido diagnóstico de CBP, não se deve descartar a hipótese diagnóstica de neoplasia se o valor do PSA estiver dentro da faixa de normalidade e o paciente persistir com sintomatologia urinária.

A dosagem de PSA aliada ao toque retal é indispensável para o correto diagnóstico de CP, uma vez que, neste relato, o diagnóstico só foi possível devido às alterações encontradas ao toque retal.<sup>15</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. 2009. [Acesso em 2009 jan. 02]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=339](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=339).
2. Mastropasqua MG, Pruneri G, Renne G, De Cobelli O, Viale G. Basaloid cell carcinoma of the prostate. *Virchows Arch.* 2003 Dec; 443(6):787-91.
3. Frankel K, Craig JR. Adenoid cystic carcinoma of the prostate: report of case. *Am J Clin Pathol.* 1974; 62: 639-45.
4. Young RH, Srigley JR, Amin MB, Ulbright TM, Cubilla AL. Atlas of tumor pathology. 3<sup>rd</sup> series. fascicle 28. Tumor of the prostate gland, seminal vesicles, male urethra and penis. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 2000.
5. MacLennan G, Resnik MI, Bostwick DG. Pathology for Urologists. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 167-81.
6. Pompeo ACL, Billis A. Carcinoma Epidermóide do Pênis. *Int Braz J Urol.* 2003; 29 (Supl.1): 44-50.
7. Ali TZ, Epstein JI. Basal cell carcinoma of the prostate: a clinicopathologic study of 29 cases. *Am J Surg Pathol.* 2007 May; 31(5): 697-705.
8. Denhoim SW, Webb JN, Howard GC, Chisholm GD. Basaloid carcinoma of the prostate gland: histogenesis and review of the literature. *Histopathology.* 1992 Feb; 20(2):151-5.
9. Hudson E, Rashid M, Carter AC, Lester JF. Basaloid carcinoma of the prostate: a case report and review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2008 sep; 17(5):509-11.
10. Tonini G, Rosini R, Teppa A, Aulenti V, Kalantary F, Tosana M, Bianchi D, Zorzi F. Carcinoma basaloide della prostata. *Urologia.* 2008; 75(5):248-54.
11. Segawa N, Tsuji M, Nishida T, Takahara K, Azuma H, Katsuoka Y. Basal cell carcinoma of the prostate: report of a case and review of the published reports. *Int J Urol.* 2008 Jun; 15(6): 557-9.
12. Parada DD, López CA, Moreira O. Basaloid carcinoma of the prostate gland. An unusual finding. *Arch Esp Urol.* 2004 June; 57(5):573-8.

13. Alves LS, Assis BPS. Câncer de próstata com PSA normal. Rev Med Minas Gerais. 2007; 17 (3/4):169-71.
  14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
  15. Brasil. Ministério da Saúde. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes: Câncer de Próstata: Marcadores Tumorais. São Paulo: AMB; 2006.
  16. Komura K, Inamoto T, Tsuji M, Ibuki N, Koyama K, Ubai T, Azuma H, Katsuoka Y. Basal cell carcinoma of the prostate: unusual subtype of prostatic carcinoma. Int J Clin Oncol. 2010 Apr 27. Epub ahead of print PubMed PMID: 20422244.
-