

Adenopatía cervical como presentación de adenocarcinoma de próstata

Chang F*, Dávila S**, Ovalles V**, Mejías E**, Rodríguez O**, Rodríguez R**.

*Servicio de Urología, Hospital José María Vargas de Caracas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, San José, Caracas Venezuela. **Servicio de Medicina Interna, Hospital Central Miguel Pérez Carreño, Instituto Venezolano del Seguro Social, esquina El Pescozón El Paraíso, Caracas. Venezuela.

Actas Urol Esp. 2007;31(10):1193-1195

RESUMEN

ADENOPATÍA CERVICAL COMO PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

Los reportes de metástasis de cáncer de próstata demuestran la diseminación linfática regional, siendo la metástasis a linfáticos cervicales infrecuentes y poco reportados en la literatura. En el presente trabajo aportamos una particular observación de esta entidad. Presentando un caso clínico donde se evidencia masa latero cervical izquierda, dolor abdominal y diarrea. Al realizar la biopsia de adenopatía cervical y de la lesión anal que reportaron adenocarcinoma prostático poco diferenciado. Se realizó colonoscopia en vista de lesión anal al examen físico, con biopsia cuyos resultados fueron carcinoma poco diferenciado de próstata en foco necrótico infiltrante a recto. Los estudios complementarios demostraron adenopatías para aórticas abdominales bilaterales. Las adenopatías cervicales en cuello en hombres adultos debe contemplar dentro de sus diagnósticos diferenciales el carcinoma de próstata, debido a que el adecuado tratamiento puede prolongar la sobrevida en estos pacientes.

Palabras clave: Cáncer de próstata. Adenomegalia. Metástasis.

ABSTRACT

CERVICAL ADENOPATHY PRESENTATION OF ADENOCARCINOMA OF PROSTATE

The metastases of prostate cancer shows the regional lymphatic dissemination, being the cervical lymphatic metastases to infrequent and little reported in Literature. In the present work we contributed a new observation of this organization. We displayed a clinical case with lateral mass cervical left, abdominal pain and diarrheic. When making biopsy of cervical adenopathy reported adenocarcinoma prostate metastases. Colonoscopy with biopsy was made whose results were carcinoma little differentiated infiltrated necrotic center to rectum. The complementary studies demonstrated bilateral aortic adenopathys without injuries in thorax. Within the diagnosis differential of the cervical adenopathys in neck in adult men it must consider the prostate carcinoma, because in an early diagnosis and adapting treatment it can prolong the survive.

Keywords: Prostatic carcinoma. Adenomegaly. Metastasis.

En Venezuela, el cáncer de próstata ocupa el segundo lugar en casos informados de cáncer y el primero en número de muertes por la enfermedad¹ lo cual representa un problema de salud pública debido a los costos de tratamiento y de soporte; así como, la edad de aparición que aumenta su frecuencia entre 55 y 65 años, grupo

etario con actividad laboral¹. En la actualidad se busca diagnosticar de manera precoz, ya que las pesquisas permiten un mayor alcance a la población en general, con lo cual se logra tratamiento oportuno. Aun así los reportes de metástasis de cáncer de próstata concuerdan en demostrar que el diagnóstico en nuestro medio es tardío².

La diseminación a través de linfáticos regionales a las cadenas pélvicas adyacentes y a cuerpos vertebrales es uno de los mecanismos de metástasis descritos para esta entidad^{3,4}. La metástasis a linfáticos cervicales es infrecuente³⁻⁹ y los pacientes que se presentan de esta manera tienen peor sobrevida¹⁰.

CASO CLÍNICO

Presentamos a un paciente de 53 años, quien consultó por presentar masa latero cervical izquierda, dolor abdominal y diarrea; al realizar examen físico se encontró mucosa rectal mameilonada, irregular, y próstata de 3 x 2 cm aprox. sin nódulos, indurada en ambos lóbulos con surco medio borrado; masa cervical lateral izquierda de consistencia pétreas, adherida a planos, no dolorosa. Se realizó biopsia de adenopatía cervical reportándose *adenocarcinoma prostático metastásico*, con positividad de células tumorales en el estudio de inmunohistoquímica para el antígeno prostático específico, citoqueratina AE1/AE3 y PCNA (100%). El antígeno prostático específico sérico reportó 738,4 ng/ml y PSA libre 92,8 ng/ml. Se realizó colonoscopia que muestra hasta 25 cm del margen anal, pliegues gruesos edematizados, eritematosos, friables, de superficie irregular, se tomó biopsia cuyos resultados mostraron carcinoma poco diferenciado en foco necrótico infiltrante a recto. La biopsia prostática reportó adenocarcinoma de próstata poco diferenciado Gleason 6 (3+3). Se realizó gamma-gramma óseo que resultó positivo con lesiones osteoblasticas a nivel de columna dorsal y lumbar. El resto de los estudios complementarios incluyeron, ecografía abdominal, tomografía cuello, tórax, abdomen y pelvis con doble contraste demostró adenopatías pre y para aorticas abdominales bilaterales, sin evidencia de lesiones en tórax. En vista de los hallazgos clínicos y paraclínicos que el paciente presenta un adenocarcinoma de próstata estadio T4 N2 M. Consecuentemente se indica tratamiento para un cáncer de próstata avanzado realizándose bloqueo androgénico de tipo quirúrgico con orquirectomía bilateral considerando la condición socioeconómica del paciente.

CONCLUSIÓN

Las metástasis linfáticas supradiafragmáticas son raras en el adenocarcinoma de próstata³⁻⁹. Esto quedó demostrado en un estudio retrospectivo de 250 ganglios supraclaviculares, 11 resultaron metástasis de cáncer de próstata lo cual representaron el 11% de todos los carcinomas metastásicos en el cuello y el 20% de éstos se localizaban del lado izquierdo⁴. Las adenopatías cervicales y supraclaviculares han sido reportadas en 0,4% al 1% de todos los casos de cáncer prostático metastásico⁴. Es por ello que el hallazgo de un adenopatía supraclavicular debe incitarnos siempre sospechar la posibilidad de cáncer de próstata³⁻⁹, como fue el caso de nuestro paciente.

La extensión supradiafragmática del cáncer de la próstata ha sido postulada por algunos autores, como una consecuencia de la diseminación hematogena a través del sistema venoso vertebral, o el plexo de Baxter, vía accesible a la extensión directa del sitio primario del cáncer^{11,12}. En nuestro paciente se logró objetivizar adenopatías pre y para aorticas sin ninguna otra lesión en tórax y con múltiples lesiones en columnadorsal y lumbar, sugiriendo de esta manera la posibilidad de diseminación hematogena.

En los últimos 40 años, varios aspectos sobre cáncer de próstata y su diagnóstico han cambiado, siendo el antígeno específico prostático en suero, el ultrasonido transrectal, la biopsia doble sextante, y la inmunohistoquímica las técnicas que más han avanzado para el diagnóstico¹³. Herramientas éstas, que tienen su utilidad cuando se sospecha de esta patología, pero en el caso de la detección del tumor oculto de la próstata las técnicas inmuno-histoquímicas usando la inmunoperoxidasa del antígeno prostático específico en el ganglio y en la próstata son las que se han descrito con alta sensibilidad y especificidad para llegar al diagnóstico¹⁴⁻¹⁶. Furuya et al revisaron 14 ganglios metastásicos siendo positivos en inmunohistoquímica de antígeno prostático sérico y de antígeno prostático específico en todos los casos¹⁶.

Los pacientes con carcinoma de próstata que tienen metástasis regionales múltiples linfáticas han aumentado su riesgo de muerte por enfermedad, mientras que los pacientes sin

afectación linfática tienen un pronóstico más favorable después de un tratamiento específico y oportuno¹⁰. El control de la enfermedad fue alcanzado usando cirugía ablación androgénica y terapia hormonal ayuvante en pacientes con linfadenopatía^{17,18}. Es por ello que en los casos como el nuestro el manejo se debe realizar con el mismo protocolo usado en pacientes que inicialmente se presentan con metástasis óseas y viscerales⁴.

Otros investigadores han demostrado previamente que el pronóstico después de la presencia de un ganglio cervical en el cáncer de próstata es generalmente poco favorable³⁻⁹. En el reporte de Jones et al. registraron un promedio de 29,7 meses de sobrevida en estos pacientes⁴. En nuestro caso bajo el tratamiento adjudicado el paciente presentó una sobrevida de hasta la fecha de 1 año.

REFERENCIAS

1. Anales de epidemiología. Ministerio Salud y Desarrollo Social. Venezuela. 2000.
2. <http://www.soveuro.org.ve/svunuevo/magazines/mag5.html>.
3. Chang Gung, Wang HJ, Chiang PH, Peng JP, Yu TJ. Presentation of prostate carcinoma with cervical lymphadenopathy: report of three cases. Med J. 2004;27(11): 840-844.
4. Jones H, Anthony PP. Metastatic prostatic carcinoma presenting as left-sided cervical lymphadenopathy: a series of 11 cases. Histopathology. 1992;21(2):149-154.
5. Avila Padilla J, Capell Gonzalez M, Centelles Ruiz M, Ardiaca Bosch MC, Badia Torroella F, Abos Fanlo P. Adenopatía supraclavicular izquierda. Metástasis por carcinoma de próstata. Arch Esp Urol. 1993;46(4):289-293.
6. Gaur S, Aish LS, Oo TH. Presentation of Prostate Cancer With Cervical Adenopathy Journal of Clinical Oncology. Vol 22-number 5-march 2004.
7. Fernandez Borrell A, Peinado Ibarra F, Gomez Sancha F, Teba del Pino F, Minguez Martinez R, Morato Robert P et al. Adenopatía supraclavicular izquierda con patrón neuroendocrino de causa desconocida: metástasis por carcinoma de próstata. Actas Urol Esp. 1999;23(7):603-608.
8. Hunt JL, Tomaszewski JE, Montone KT. Prostatic adenocarcinoma metastatic to the head and neck and the workup of an unknown epithelioid neoplasm. Head Neck. 2004;26(2): 171-178.
9. Copeland B, Clark JM, Sura A, Kilpatrick SE, Shockley W, Meredith S. Prostate carcinoma metastatic to the cervical lymph nodes: report of two cases and review of the literature. Am J Otolaryngol. 2001;22(6):420-423.
10. Cheng L, Zincke H, Blute ML, Bergstrahl EJ, Scherer B, Bostwick DG. Risk of prostate carcinoma death in patients with lymph node metastasis. Cancer. 2001;91(1):66-73.
11. Oyan B, Engin H, Yalcin S. Generalized lymphadenopathy: a rare presentation of disseminated prostate cancer. Med Oncol. 2002;19(3):177-179.
12. Llarena Ibarguren R, Zabala Egurrola JA, Arruza Echevarria A, Arregui Erbina P, Pertusa Pena C. Afectación linfática predominante y reveladora en el carcinoma prostático Arch Esp Urol. 1992;45(5):469-471.
13. Rosenberg J, Small EJ. Prostate cancer update. Curr Opin Oncol. 2003;15(3):217-221.
14. Masuda H, Yamada T, Nagahama K, Nagamatsu H, Negishi T. Prostatic cancer presenting as palpable lymph node metastasis-report of three cases Hinyokika Kiyo. 1992;38(11):1269-1272.
15. De Diego Rodriguez E, del Valle Schaan JI, Gutierrez Banos JL, Martin Garcia B, Hernandez Rodriguez R, Portillo Martin JA et al. Macroafectación linfática secundaria a adenocarcinoma de próstata.. Actas Urol Esp. 2000;24(10):836-839.
16. Furuya Y, Akimoto S, Akakura K, Ito H. Carcinoma of the prostate presenting as non-regional superficial lymph node metastasis Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. 1998;89(1):29-32.
17. Kim BS, Lashkari A, Vongtama R, Lee SP, Parker RG. Effect of pelvic lymph node irradiation in salvage therapy for patients with prostate cancer with a biochemical relapse following radical prostatectomy. Clin Prostate Cancer. 2004;3(2):93-97.
18. Epstein JI, Allsbrook WC Jr, Amin MB, Egevad LL. Update on the Gleason grading system for prostate cancer: results of an international consensus conference of urologic pathologists. Adv Anat Pathol. 2006;13(1):57-59.

Correspondencia autora: Dra. V. Ovalles
Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Miguel Pérez Carreño, Instituto Venezolano del Seguro Social
Esquina El Pescozón El Paraíso. Caracas (Venezuela)
Información artículo: Nota clínica
Trabajo recibido: julio 2007
Trabajo aceptado: julio 2007