

## Adenopatías mediastínicas en la evolución de un cáncer de próstata metastásico

Roca Edreira A, Aguilera Tubet C, Villanueva Peña A, Ballesteros Diego R, Zubillaga Guerrero S.

*Servicio de Urología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.*

Actas Urol Esp. 2007;31(6):693-695

### RESUMEN

#### ADENOPATIAS MEDIASTINICAS EN LA EVOLUCION DE UN CANCER DE PROSTATA METASTASICO

El cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentes. Un número importante de pacientes presentarán adenopatías regionales y metástasis óseas en el curso de la enfermedad. Sin embargo, las adenopatías mediastínicas y las metástasis cutáneas son infrecuentes y significan enfermedad avanzada. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de cáncer de próstata que desarrolla adenopatías mediastínicas, nódulos pulmonares y metástasis cutáneas, 8 años después del diagnóstico.

Palabras clave: Cáncer de próstata. Metástasis óseas. Adenopatías.

### ABSTRACT

#### MEDIASTINAL LYMPH NODES DURING THE COURSE OF A METASTATIC PROSTATE CANCER

Prostate carcinoma is one of the most frequent cancers in men. Significant numbers of patients have regional lymph node and bone metastases during the course of the disease. Mediastinal lymphadenopathy and cutaneous metastases are uncommon and signify well-advanced disease. We report the case of a patient with prostate cancer who develops mediastinal lymphadenopathy, pulmonary nodules and cutaneous metastases 8 years after the diagnosis.

Keywords: Prostate cancer. Bone metastases. Lymphadenopathy.

El cáncer de próstata tiene una prevalencia muy alta, siendo el cuarto en orden de frecuencia a nivel mundial. En la evolución de la enfermedad, la mayor parte de los pacientes desarrollan adenopatías regionales, pélvicas, y metástasis óseas, y en casos avanzados pueden llegar a presentar metástasis pulmonares. Sin embargo, es excepcional el desarrollo de adenopatías mediastínicas y cutáneas, como en el caso que comunicamos.

### MATERIAL Y METODOS

El caso que nos ocupa es el de un paciente remitido a nuestra consulta a raíz de un episodio de infección urinaria, con un PSA de 380. Previamente al episodio refiere un síndrome prostático

discreto y la próstata a la exploración, era grande y aumentada de consistencia en ambos lóbulos. Como antecedentes personales sólo destaca hipertensión arterial e hiperuricemia. Ante los datos clínicos se realiza una biopsia de próstata guiada por ecografía transrectal y una gammagrafía ósea.

La biopsia confirma un adenocarcinoma prostático acinar grado III de MDA (4+4 de Gleason) en todos los cilindros recibidos de los dos lóbulos. La gammagrafía ósea informa de un foco hipercaptador sugestivo de metástasis en isquion derecho.

Ante el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata metastásico, se comienza tratamiento con flutamida y triptorelina trimestral. El PSA disminuye hasta 0,17 a los 8 meses, pero es necesario

cambiar la flutamida por ciproterona debido a un aumento de las enzimas hepáticas, con lo que estas vuelven a normalizarse. El paciente permanece con un PSA estable en torno a 0,10 durante dos años, periodo tras el cual comienza a elevarse pese a la suspensión del antiandrógeno, y posteriormente de la triptorelina, comenzando tratamiento con estramustina.

Tras cuatro años desde el diagnóstico y con un PSA de 387, la fosfatasa alcalina ósea comienza a elevarse, y en la radiografía simple de pelvis se ven metástasis osteoblásticas, comenzando el paciente a tener dolores óseos diseminados y a estar icterico. En este momento se inicia tratamiento con zoledronato cálcico y vitamina D, suspendiéndose la estramustina. Durante los siguientes 3 años, el PSA va subiendo hasta situarse en 7385. El tratamiento fue variando con antiandrógeno, análogo de LHRH, estramustina y por último ketoconazol. El paciente recibió varios ciclos de tratamiento con zoledronato, cuando refería dolor óseo, que cedía con antiinflamatorios no esteroideos.

A los 8 años del diagnóstico, el paciente presenta edema sin fovea hasta las caderas y en la ingle derecha, presenta unos nódulos duros en la piel, muy sugestivos de metástasis cutáneas de adenocarcinoma de próstata. Al mes, se realiza un TAC de tórax por sospecha de tumor de Pancoast. En él se describen adenopatías a nivel mediastínico y en localización hiliar derecha, así como lesiones nodulares múltiples a nivel del parénquima pulmonar sugestivas de metástasis y derrame pleural derecho (Figs. 1, 2 y 3).

**FIGURA 1. Adenopatía hiliar derecha.**

**FIGURA 2. Adenopatías mediastínicas e hiliar derecha.**

**FIGURA 3. Nódulos pulmonares.**

A los tres meses, el paciente acude al servicio de urgencias con dolor lumbar que se irradia por la extremidad inferior derecha de difícil control con la analgesia pautada, junto con disnea. Al ingreso, el paciente estaba anémico, precisando la transfusión de dos concentrados de hematíes, y tenía un PSA de 26.840. A las horas desarrolla un cuadro de dificultad respiratoria falleciendo.

## DISCUSION

El cáncer de próstata es la cuarta neoplasia en orden de frecuencia a nivel mundial. Con el desarrollo del PSA como método de screening, aumenta la incidencia de enfermedad locorregional en el momento del diagnóstico, mientras que disminuye la de enfermedad metastásica<sup>1</sup>.

El caso que nos ocupa se trata de enfermedad metastásica ya desde el momento del diagnóstico, con una metástasis ósea. Tras dos años de bloqueo

hormonal máximo, el tumor se vuelve hormono-resistente, y dos años después comienza a elevarse la fosfatasa alcalina ósea, presentando entonces metástasis óseas diseminadas.

Hasta este momento, la evolución que sigue nuestro paciente es la normal en la historia natural del cáncer de próstata metastásico. Sin embargo, el desarrollo de adenopatías no regionales, mediastínicas, es extremadamente infrecuente en el curso natural de esta enfermedad. De este modo, la mayor parte de las adenopatías mediastínicas se observan en pacientes en quienes el tumor primario se encuentra en el tórax. De hecho, Lindell et al. comunican 7 de 1.435 pacientes (0,49%) que desarrollan adenopatías mediastínicas durante el curso de la enfermedad<sup>2</sup>. Boyer et al. comunican un caso similar al nuestro, en que el paciente presenta adenopatías mediastínicas que producen compresión de estructuras vecinas<sup>3</sup>.

En cuanto a la significación diagnóstica del desarrollo de adenopatías mediastínicas, estas han de ser consideradas como metástasis a distancia, según la clasificación TNM de 1997. Furuya et al. estudiaron la significación pronóstica de estas en 205 pacientes con cáncer de próstata metastásico. Concluyen que la terapia endocrina es efectiva incluso en pacientes con adenopatías no regionales<sup>4</sup>.

Adicionalmente, el paciente desarrolla nódulos pulmonares y cutáneos múltiples sugestivos de metástasis por adenocarcinoma de próstata. El desarrollo de metástasis pulmonares en los estadios avanzados del cáncer de próstata no es un hecho infrecuente, pero si lo es el desarrollo de metástasis cutáneas<sup>5,6</sup>.

Menos de 5% de tumores de órganos internos metastatizan en la piel, y el cáncer de próstata representa un porcentaje muy pequeño de estos.

Estas lesiones suelen aparecer tarde en la evolución de la enfermedad, y son signo de mal pronóstico. Las lesiones son sólidas, en ocasiones ulceradas y se suelen localizar en el abdomen bajo y los genitales<sup>7</sup>.

En el caso que nos ocupa, no se realizó ningún estudio invasivo para confirmar el origen anatómopatológico de las lesiones mediastínicas ni cutáneas, dado que la sospecha era muy alta por la evolución de la enfermedad con metástasis óseas desde el diagnóstico, un PSA de 26.840 y que la imagen tomográfica del tórax era muy sugestiva de metástasis no encontrándose otro tumor primario en el tórax, en un paciente con mala situación clínica.

## REFERENCIAS

1. Newcomer LM, Stanford JL, Blumenstein BA, Brawer MK. Temporal trends in rates of prostate cancer: Declining incidence of advanced stage disease, 1974 to 1994. *J Urol* 1997;158(4):1427-1430.
2. Lindell MM, Doubleday LC, von Eschenbach AC, Libshitz HI. Mediastinal metastases from prostatic carcinoma. *J Urol* 1982;128(2):331-224.
3. Boyer L, Frayssé P, Taillandier J, Michel JL. Mediastinal adenopathy and cancer of the prostate. *Rev Mal Respir* 1991;8(1):115-117.
4. Furuya Y, Akakura K, Akimoto S, Ito H. Prognosis of patients with prostate carcinoma presenting as nonregional lymph node metastases. *Urol Int* 1998;61(1):17-21.
5. Mestitz H, Pierce RJ, Holmes PW. Intrathoracic manifestations of disseminated prostatic adenocarcinoma. *Respir Med.* 1989; 83(2): 161-166.
6. Landow RK, Rhodes DW, Bauer M. Cutaneous metastases. Report of two cases of prostatic cancer. *Cutis.* 1980;26(4):399-401.
7. Azana JM, de Misa RF, Gómez MI, del Hoyo JF, Ledo A. Cutaneous metastases from prostatic cancer. *J Dermatol.* 1993;20 (12):786-788.

Correspondencia autor: Dr. A. Roca Edreira  
Servicio de Urología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla  
Avda. de Valdecilla, s/n - 39008 Santander  
Tel.: 942 202 520  
E-mail autor: anroed@ono.com  
Información artículo: Nota clínica  
Trabajo recibido: abril 2007  
Trabajo aceptado: mayo 2007

## COMENTARIO EDITORIAL

Quisiera agradecer a los autores la publicación de este caso que refleja la evolución de un adenocarcinoma de próstata hormonoresistente. De todas formas, dado que el caso se presentaba con derrame pleural, y estando de acuerdo en la actitud de ser lo menos agresivo posible, existe la posibilidad de diagnosticar de diagnosticar la diseminación pulmonar de un cáncer de próstata

mediante el análisis del líquido pleural<sup>1</sup>. Hecha esta salvedad de nuevo mi enhorabuena por la exposición.

## REFERENCIAS

1. Sánchez Merino JM, Quintana González JL, Toribio Sánchez CM, Gómez Cisneros SC, Parra Muntaner L, García Alonso J. Utilidad del antígeno prostático específico en líquido pleural para el diagnóstico del derrame metastático por cáncer de próstata. *Actas Urol Esp* 2002; 26(7):513-514.