

MACROAFECTACIÓN LINFÁTICA SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

E. DE DIEGO RODRÍGUEZ, J.I. DEL VALLE SCHAAN, J.L. GUTIÉRREZ BAÑOS, B. MARTÍN GARCÍA, R. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J.A. PORTILLO MARTÍN, M.A. CORREAS GÓMEZ, A. ROCA EDREIRA, A. VILLANUEVA PEÑA, M.A. RADO VELÁZQUEZ, A. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Servicio de Urología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

PALABRAS CLAVE:

Carcinoma de próstata. Adenomegalias. Metástasis.

KEY WORDS:

Prostatic carcinoma. Adenomegaly. Metastasis

Actas Urol Esp 24 (10): 836-839, 2000

RESUMEN

El carcinoma de próstata puede manifestarse clínicamente o bien diagnosticarse por los síntomas que origina su extensión locoregional o a distancia.

El sistema linfático es la primera estación metastásica del cáncer de próstata, afectándose en un elevado porcentaje de casos, incluso pudiendo simular en ocasiones procesos linfoproliferativos, siendo muy raro llegar al diagnóstico por una macroafectación linfática como primer síntoma.

En estos casos al diagnóstico de confirmación se puede llegar por medio del estudio histológico y fundamentalmente inmunohistoquímico mediante la determinación del antígeno prostático específico de una adenopatía.

El tratamiento, en estos tumores diseminados, será paliativo mediante hormonoterapia. El pronóstico es, en general, bastante malo con supervivencias muy bajas a los 5 años.

ABSTRACT

Prostatic carcinoma may be diagnosed by the clinic manifestations or by the symptoms for locoregional dissemination and distance metastasis.

The lymphatic system is the first metastatic station, which is affected in a high percentage of cases. Even it may simulate lymphoproliferative process and it is uncommon the lymphatic macroaffectation at first.

In these cases, the histologic and immunohistochemical study by the determination of prostatic specific antigen in lymph nodes can provide the diagnosis.

Treatment of these tumors is palliative with hormone therapy. Prognosis is bad with a low survival at five years.

El carcinoma de próstata, desde un punto de vista sintomático, es inespecífico siendo uno de los motivos de consulta más frecuente un cuadro de prostatismo¹, dado el grupo de edad en que asienta, diagnosticándose entonces el tumor. Es bastante común llegar al diagnóstico por la clínica que puede originar su extensión metastásica, no siendo raro tampoco su hallazgo casual como un carcinoma latente.

El sistema linfático es el primer asiento metastásico del cáncer de próstata, llegándose a afectar hasta en un 68% de las ocasiones dependiendo en general del estadio clínico y del grado de diferenciación tumoral^{2,3}.

Presentamos el caso de un paciente joven que debuta con una gran masa abdominal sin referir sintomatología urológica, comprobándose tras estudio la macroafectación linfática por adenocarcinoma de próstata diseminado. Destacamos la inusual forma de presentación así como el escaso número de publicaciones al respecto en la literatura nacional.

CASO CLÍNICO

Paciente de 50 años, sin antecedentes de interés, que consulta por historia de larga evolución de dolor inespecífico en flanco izquierdo y últimamente edema de extremidades inferiores, episodios de febrícula y sudoración nocturna.

A la exploración física destaca la presencia de una gran masa en flanco izquierdo, dura, no dolorosa; edema de pierna izquierda y varicocele del mismo lado.

El tacto rectal puso de manifiesto una próstata grado IV, de consistencia tenso-elástica, de difícil limitación pero no típicamente sospechosa.

Se realizó T.A.C. abdomino-pélvico donde se evidenciaba una gran masa retroperitoneal, que contactaba con polo inferior de riñón izquierdo extendiéndose hasta fosa iliaca izquierda, con múltiples adenopatías retroperitoneales y una lesión de aspecto quístico a nivel de lóbulo prostático derecho (Figs. 1, 2 y 3).

Los marcadores tumorales resultaron: PSA: 155 ng/ml, P AP: 10,1 ng/ml, α -fetoproteína: 0,7 ng/ml, CEA: 0,2 ng/ml, Ca 19.9: 2.5 U/L.

Se practicó biopsia abierta de masa retroperitoneal (fácilmente accesible) y posteriormente tras

FIGURA 1. T.A.C. Abdominal. Masa retroperitoneal.

FIGURA 2. T.A.C. Abdomino-pélvico: adenomegalias.

FIGURA 3. T.A.C. Abdomino-pélvico: Grandes adenopatías.

conocer el resultado del PSA, biopsia transrectal sextante de próstata, cuyos informes anatómopatológicos fueron:

- Lóbulo derecho: Adenocarcinoma prostático acinar 3 M DA, (4+4) Gleason.
- Lóbulo izquierdo: Adenocarcinoma prostático acinar 2 M DA, (4+4) Gleason.

- Masa retroperitoneal: Adenocarcinoma prostático acinar 3 M DA, (4+4) Gleason.

Microscópicamente en las muestras procedentes de los lóbulos prostáticos se correspondían a glándulas irregulares con un patrón invasivo de tipo infiltrativo y/o cribiforme o papilar.

En la biopsia de la masa retroperitoneal se evidenció “sábanas” de células grandes con citoplasma pálido, con patrón de invasión tipo infiltrativo, existiendo muy poco componente glandular reconocible. Inmunohistoquímicamente resultó intensamente positivo para PSA, de forma difusa (tinción granular y citoplasmática) (Fig. 4).

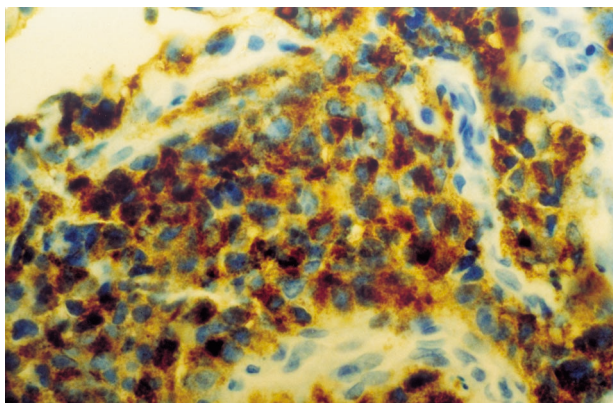


FIGURA 4. Tinción intensamente positiva, difusa, granular y citoplasmática para PSA. 40X.

Se instauró tratamiento con bloqueo hormonal completo siendo alta hospitalaria. A los 2 meses de tratamiento el PSA es de 2 ng/ml y no se palpa la adenopatía en flanco izquierdo, presentando el paciente una mejoría importante de su estado clínico. Posteriormente a los 6 meses de seguimiento, la cifra de PSA es de 94,2 ng/ml y en scanner de control se continúa evidenciando masa retroperitoneal sin apreciarse reducción significativa de la misma (Fig. 5). Se modifica el tratamiento con fosfato de estramustina, siendo a los 9 meses el PSA de 150 ng/ml, conservando aún el paciente un relativo buen estado general.

COMENTARIOS

Es bien conocido que el carcinoma de próstata metastatiza en primer lugar en el sistema linfático, dependiendo dicha diseminación del estadio clínico y del grado de diferenciación tumoral^{4,5}. A pesar del elevado porcentaje de afectación linfática, la linfa-

FIGURA 5. T.A.C. de control. Persistencia de adenopatías tras tratamiento.

denopatía clínicamente demostrable no es frecuente y menos aún una macroafectación ganglionar reveladora como primera manifestación clínica^{2,3}.

En la literatura se recogen casos de diseminación linfática predominante secundaria a carcinoma prostático, inicialmente bajo sospecha de proceso linfoproliferativo⁴, describiéndose como más frecuente la afectación retroperitoneal^{2,3} y supraclavicular^{6,7}. Para autores como Saitoh⁸, el 58% de los pacientes con adenopatías clínicamente evidentes eran de localización retroperitoneal y el 16% del espacio supraclavicular. Cho⁹ en su serie describe 26 casos de afectación metastásica ganglionar supradiafragmática por adenocarcinoma prostático presentando 15 adenopatías supraclaviculares, 8 cervicales, 2 axilares y 1 mediastínica.

Las adenomegalias retroperitoneales pueden originar síntomas por compresión de estructuras vecinas (como ocurrió en nuestro paciente), desplazamiento de las mismas... En cualquier caso ante la presencia de adenopatías clínicamente demostrables es obligado descartar la existencia de procesos neoformativos a nivel de sistema linfático, tracto digestivo, gónadas, riñón, tiroides^{2,3}, los medios de imagen así como la biopsia de un ganglio accesible pueden aportar el diagnóstico.

Cuando el paciente no manifieste sintomatología prostática o el tacto rectal no resulte sospechoso, será el estudio histológico de la biopsia ganglionar quien oriente al diagnóstico. Si el PSA sérico estuviese elevado sería la determinación inmunohistoquímica del mismo en el material obtenido de la muestra^{4,10}, quien confirmase definitivamente el diagnóstico.

En nuestro paciente, en la biopsia de la masa retroperitoneal se observó un mayor grado de indiferenciación, siendo menos reconocible el componente glandular, que en el tumor primario debido a que metastatizan los clones celulares más agresivos. El aspecto histológico de la metástasis puede ser tan indiferenciado que no se logre reconocer el origen recurriéndose entonces a la determinación inmunohistoquímica del PSA, que en este caso resultó intensamente positiva de forma difusa.

Con respecto al tratamiento de estos tumores en estadios tan avanzados, la única opción la constituye el tratamiento paliativo mediante bloqueo hormonal completo, habiéndose observado disminución de las adenopatías² e incluso regresión de las mismas, al menos temporal, asociando quimioterapia³, si bien no está claramente demostrado debido al escaso número de casos registrados, el beneficio terapéutico de la misma.

No obstante el pronóstico de estos pacientes es bastante malo. Pilepich¹¹ en su serie establece una relación entre la progresión de la enfermedad y el volumen de los ganglios afectados, y por tanto con la supervivencia de los enfermos.

Para Smith¹² la evolución de estos casos es muy mala independientemente de la terapia aplicada y de la respuesta a la misma, argumentando que aproximadamente el 52% de los pacientes fallecen durante los 5 primeros años, desarrollando metástasis óseas la mayoría de ellos durante este periodo.

REFERENCIAS

1. GOODMAN CM, CHISJOLM GD: Presentación y supervivencia en el adenocarcinoma de próstata. Análisis de 438 casos consecutivos estudiados a lo largo de 10 años. *Arch Esp Urol* 1989; **42**: 17.
2. LLARENAR, ZABALA JA, ARRUZAA, ARREGUI P, PERTUSA C: Afectación linfática y reveladora en el carcinoma prostático. *Arch Esp Urol* 1992; **45**: 469-471.
3. HERER B, WALIGORA J, DELFRAISSAY JF, DORMONT J: Cancer de prostate à manifestation lymphatique prédominant. A propos de deux observations. *J d'Urol* 1987; **93**: 475-477.
4. STEIN BS, SHEA FJ: Metastatic carcinoma of the prostate presenting radiographically as lymphoma. *J Urol* 1983; **130**: 362-364.
5. McNEAL JE, KIHDRACHUK RA, FREIHA FS, BOSTWICK DO, REDWINE E, STAMEY T: Patterns of progression in prostate cancer. *Lancet* 1986; **1**: 60-63.
6. VENABLE DD, HASTINGS D, MISRA RP: Unusual metastatic patterns of prostate adenocarcinoma. *Urology* 1983; **130**: 980-985.
7. AVILA J, CAPELL M, CENTELLES M, ARDICA MC, BADIA F, ABOS P: Adenopatía supraclavicular izquierda. Metástasis por adenocarcinoma de próstata. *Arch Esp Urol* 1993; **46**: 289-293.
8. SAITOH H, HIDA M, SHIMBO T, et al.: Metastatic patterns of prostatic cancer. Correlation between sites and number of organs involved. *Cancer* 1984; **54**: 3078-3084.
9. CHO KR, EPSTEIN JI: Metastatic prostatic carcinoma to supradiaphragmatic lymph nodes. A clinicopathologic and immunohistochemical study. *Am J Surg Pathol* 1987; **11**: 457-463.
10. TERADA T, SATOH Y, AOKI N, HIRAYAMA R, ISHIKAWA Y, HATAKEYAMA S: The coexistence of cancer cells of different origin within the same lymph nodes. *Surg Radiol Anat* 1993; **15**: 119-123.
11. PILEPICH MV, JOHNSON RJ, PEREZ CA et al.: Prognosis significance of nodal involvement in locally advanced (stage C) carcinoma of prostate. RTOG experience. *Urology* 1987; **30**: 535-540.
12. SMITH JA, MIDDLETON RG: Implications of volume of nodal metastases in patients with adenocarcinoma of the prostate. *J Urol* 1985; **133**: 617-619.
13. SPENCER IA, GOLDING SI: Patterns of lymphatic metastases of prostate cancer: CT findings. *Clin Radiol* 1994; **49**: 404-407.

Dr. E. de Diego Rodríguez
Avda. de los Castros, 149-C, 5º B
39005 Santander

(Trabajo recibido el 18 de Octubre de 1999)