

Trombosis venosa profunda de miembro superior izquierdo y poliadenopatías

R. Fernández Tajuelo, E. Junco Anós, J. Gómez Cerezo, M. López Rodríguez, A. Hortelano Araque y F. J. Barbado Hernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Caso clínico

Varón de 67 años sin antecedentes de interés. Consultó por dolor y aumento del perímetro en brazo izquierdo y región cervical ipsilateral de una semana de evolución. No se acompañaba de fiebre o disnea, ni otra sintomatología, incluyendo síndrome prostático.

A la exploración física se apreciaba tumefacción de miembro superior izquierdo (MSI) y región costoclavicular izquierda con pulsos radiales conservados. Se palpaba una adenopatía supraclavicular izquierda de 2 cm de diámetro. Un tacto rectal fue normal. La analítica mostró un D-dímero de 1.590 ng/ml, antígeno prostático específico (PSA) de 121,16 ng/ml, fosfatasa ácida de 9 UI/l, siendo el resto de los marcadores tumorales (antígeno carcinoembriionario [CEA], gonadotrofina coriónica humana subunidad beta [β HCG], α -fetoproteína, enolasa neuronal específica), hemograma, bioquímica y perfil hepático, normales.

Una ecografía doppler venosa de MSI demostró trombosis del eje yugulosubclavio izquierdo, conglomerado adenopático laterocervical izquierdo y edema del tejido celular subcutáneo adyacente. Se amplió estudio con tomografía axial computarizada en la que se objetivaron conglomerados adenopáticos múltiples (supraclaviculares izquierdos, mediastínicos y retroperitoneales) (figs. 1 y 2). Se realizó punción aspiración con aguja fina que mostró imágenes compatibles con metástasis de adenocarcinoma de origen prostático. La inmunohistoquímica para PSA fue negativa. Una gammagrafía ósea y la ecografía renovesical fueron normales, evidenciándose una hiperplasia grado II en la ecografía prostática. La biopsia de próstata demostró adenocarcinoma de próstata con patrones histológicos de Gleason 4 + 3, intensa anaplasia nuclear, con infiltración perineural.



Fig. 1. Conglomerado adenopático supraclavicular izquierdo que ocasiona trombosis de la vena yugular.



Fig. 2. Múltiples adenopatías mediastínicas paraaórticas.

Diagnóstico

Metástasis ganglionares de adenocarcinoma prostático, con trombosis venosa profunda del territorio yugulosubclavio izquierdo.

Comentario

El adenocarcinoma de próstata se presenta de forma habitual con clínica urinaria obstructiva como consecuencia del crecimiento local de la glándula. También puede presentarse como metástasis en ausencia de prostatismo.

Las metástasis más frecuentes del adenocarcinoma de próstata son en esqueleto axial y en ganglios linfáticos locoregionales (ilíacos, obturadoras e hipogástricos)¹⁻³. Son poco habituales las metástasis supradiafragmáticas, que cuando aparecen lo hacen más frecuentemente en el lado izquierdo^{4,5}. La forma de presentación del adenocarcinoma de próstata como metástasis supradiafragmáticas generalizadas es excepcional.

En un estudio en el que se revisaron 250 biopsias de adenopatías cervicales como único signo patológico en varones, se encontraron 11 casos de adenocarcinoma de próstata, todos ellos con adenopatías cervicales en el lado izquierdo, representando el 11% de los tumores metastásicos en el cuello. En estos pacientes la supervivencia media fue de 29,7 meses frente a dos meses si el adenocarcinoma era de otro origen⁶.

El pronóstico del adenocarcinoma prostático con debut como metástasis ganglionares no locoregionales, no presenta diferencias con respecto a otras formas de presentación metastásica, por lo que está indicado tratamiento hormonal al igual que en el resto de los adenocarcinomas de próstata diseminados^{7,8}.

Existen varios mecanismos de aumento de incidencia de trombosis en el cáncer: liberación de sustancia procoagulante por las células tumorales, compresión extrínseca del sistema venoso por el tumor, los frecuentes períodos de inmovilización por complicaciones de la enfermedad, intervenciones quirúrgicas, la quimioterapia y la inserción de catéteres venosos centrales⁹.

En nuestro paciente los mecanismos que pudieron estar implicados fueron la compresión extrínseca por el conglomerado adenopático supraclavicular y la activi-

dad procoagulante, siendo esta última de mayor relevancia en el cáncer de próstata, cuyas complicaciones coagulopáticas son bien conocidas (coagulación intravascular diseminada), debido al significativo aumento de los factores procoagulantes complejo trombina-antitrombina, el fragmento 1 + 2 de la antitrombina y el D-dímero (TAT)^{10,11}.

Lo excepcional de este caso, que lo hace de gran interés, es que sólo hay descrito un caso en la literatura de debut clínico de adenocarcinoma de próstata como trombosis venosa profunda de miembros superiores, sin antecedentes de tratamiento hormonal previo¹².

Podemos concluir que ante la aparición de adenopatías supradiafragmáticas en varones, principalmente si son de lado izquierdo, se debe incluir en el diagnóstico diferencial el adenocarcinoma de próstata, solicitando PSA, incluso en ausencia de síndrome prostático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huang E, Teh BS, Mody DR, Carpenter LS, Butler EB. Prostate adenocarcinoma presenting with inguinal lymphadenopathy. *Urology*. 2003; 61:463.
2. Oyan B, Engin H, Yalcin S. Generalized lymphadenopathy: a rare presentation of disseminated prostate cancer. *Med Oncol*. 2002;19:177-9.
3. 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 the literature. *Am J Otolaryngol*. 2001;125:431-2.
4. Cho KR, Epstein JI. Metastatic prostatic carcinoma to supradiaphragmatic lymph nodes. A clinicopathologic and immunohistochemical study. *Am J Surg Pathol*. 1987;11:457-63.
5. Jones H, Anthony PP. Metastatic prostatic carcinoma presenting as left-sided cervical lymphadenopathy: a series of 11 cases. *Histopathology*. 1992;21:149-54.
6. Furuya Y, Akakura K, Akimoto S, Ito H. Prognosis of patients with prostate carcinoma presenting as nonregional lymph node metastases. *Urol Int*. 1998;61:17-21.
7. Saeter G, Fossa SD, Ous S, Blom GP, Kaalhus O. Carcinoma of the prostate with soft tissue or non-regional lymphatic metastases at the time of diagnosis: a review of 47 cases. *Br J Urol*. 1984;56:385-90.
8. Wang HJ, Chiang PH, Peng JP, Yu TJ. Presentation of prostate carcinoma with cervical lymphadenopathy: report of three cases. *Chang Gung Med J*. 2004;27:840-4.
9. Monreal Bosch M. Tromboembolismo venoso y cáncer. En: Rocha Hernando E, Martínez Brotons F, Monreal Bosch M, editores. *Manejo práctico y pautas de actuación en la enfermedad tromboembólica venosa*. Madrid: Acción Médica, SA; 2004.
10. Bjartell A, Paju A, Zhang WM, Gadaleanu V, Hansson J, Landberg G, et al. Expression of tumor-associated trypsinogenes (TAT-1 and TAT-2) in prostate cancer. *Prostate*. 2005;64:29-39.
11. Kohli M, Fink LM, Spencer HJ, Zent CS. Advanced prostate cancer activates coagulation: a controlled study of activation markers of coagulation in ambulatory patients with localized and advanced prostate cancer. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2002;13:1-5.
12. Biyani CS, Basu S, Bottomley DM, Shah TK. Prostatic adenocarcinoma masquerading as lymphoma and presentation with axillary-subclavian vein thrombosis. *Urol Oncol*. 2003;21:3-6.