

Varón de 79 años con nódulos pulmonares bilaterales cavitados

C.I. Soto Abánades^a, J.J. Ríos Blanco^a, L. Adán Merino^a, B. Barquiel Alcalá^a, G. Ruiz Ares^a, A. Robles Marhuenda^a, I. Pérez Valero^a, J. Gómez Cerezo^a, E. Vázquez Muñoz^b y A. Gil Aguado^a

^aServicio de Medicina Interna. ^bServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 79 años que ingresa remitido desde su centro de salud por el hallazgo, en una radiografía de tórax (figs. 1 y 2), de múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Desde hacía ocho años se encontraba en seguimiento por su urólogo de zona por hematuria aislada, sin haber sido hallada en ese tiempo una etiología responsable del cuadro. En los últimos cuatro meses el paciente había perdido 2 kg de peso sin haber modificado su dieta ni su actividad física. No había tenido anorexia, fiebre, astenia ni sudoración acompañantes. En la exploración física presentaba buen estado general y no se encontraron alteraciones cutáneas ni mucosas compatibles con lesiones hiperpigmentadas. En la exploración del cuello no se observó la existencia de bocio. La puño-percusión renal bilateral fue negativa. La auscultación cardiopulmonar así como el resto de la exploración física fueron anodinas. En la analítica los datos del hemograma y la coagulación estaban dentro de los límites de la normalidad. En la bioquímica únicamente destacaba hipertrigliceridemia (245 mg/dl) y una glucosa de 135 mg/dl. La función renal, el perfil hepático y los iones eran normales. Todos los marcadores tumorales fueron negativos a excepción de un antígeno específico prostático (PSA) de 43,87 ng/ml. Se realizó una tomografía computarizada (TC) toracoabdominal con contraste que evidenció múltiples imágenes nodulares distribuidas de forma difusa en ambos hemitórax, algunas de ellas cavitadas, compatibles con metástasis con patrón en «suelta de globos» (figs. 3 y 4), sin que existieran imágenes sugestivas de un proceso neoplásico a ningún otro nivel ni tampoco adenopatías; únicamente se describieron quistes renales bilaterales simples e hipertrofia prostática con conservación de ángulos vesico-seminales.



Fig. 1. Radiografía simple de tórax en la que se observan múltiples nódulos pulmonares bilaterales.



Fig. 2. Detalle de la imagen anterior.



Fig. 3. Tomografía computarizada torácica con contraste en la que se aprecian múltiples imágenes nodulares, algunas de las cuales están cavitadas.

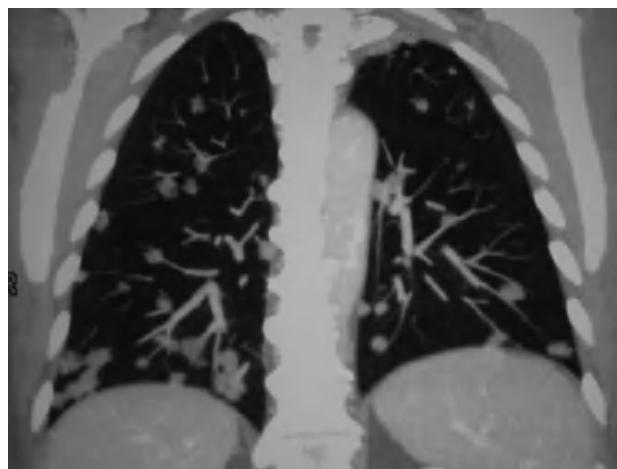


Fig. 4. Imagen de tomografía computerizada que muestra la distribución aleatoria de los nódulos.

Evolución

A la luz de los hallazgos radiológicos, se llevó a cabo una punción pulmonar percutánea guiada por TC. Se obtuvieron tres frotis de punción aspirativa de un nódulo periférico del lóbulo medio. En el material extraído se observaron células compatibles con adenocarcinoma y las técnicas de inmuno-citoquímica demostraron positividad para el PSA, hallazgos que permitieron confirmar el origen metastásico de los nódulos como manifestación de un cáncer de próstata.

Diagnóstico

Adenocarcinoma de próstata con metástasis pulmonares cavitadas como forma de presentación.

Discusión

El adenocarcinoma de próstata es el tumor maligno más frecuente del aparato genitourinario masculino; sólo el pulmonar lo supera en frecuencia general. Supone, además, la segunda causa de muerte por cáncer en varones¹. La mayoría de las neoplasias prostáticas no producen sintomatología en sus fases iniciales; de hecho, el aumento espectacular del número de casos diagnosticados en los primeros años de la década de los noventa fue debido principalmente al uso generalizado de la determinación de los niveles del PSA mediante radioinmunoanálisis en varones asintomáticos. En los casos en los que la enfermedad produce clínica, la forma de presentación es, típicamente, la aparición

de síntomas obstructivos o irritativos, acompañados o no de hematuria, superponibles a los producidos por la hipertrofia benigna del órgano. Aproximadamente un 25% de los pacientes con cáncer de próstata presenta metástasis al diagnóstico y los órganos afectados son, por orden de frecuencia, el hueso, el pulmón y el hígado². Desde el año 1983 se han descrito pocos casos similares al que aquí presentamos: hallazgos en radiografías de tórax de nódulos pulmonares bilaterales como forma de presentación de la neoplasia³. La actitud terapéutica que se llevó a cabo en estos casos fue la realización de un bloqueo androgénico farmacológico⁴, la orquiektomía bilateral⁵ y, en algunos casos, el empleo de agentes quimioterápicos como la adriamicina⁶. En todos los casos se consiguió sorprendentemente la remisión radiológica completa de las lesiones pulmonares y el descenso del PSA a niveles normales. Como conclusión diremos que, aunque es poco habitual, la presencia de nódulos pulmonares en un paciente varón sin evidencia de neoplasia a otro nivel, debe hacer pensar en cáncer de próstata, dado que existe tratamiento para el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gray M. A prostate cancer primer. *Urol Nurs*. 2002;22:151-67.
2. García de Paso Mora P, Ríos Blanco JJ, Pascual Pareja FJ, Castillo Torres C, Pinto Marín A, Sendino Revuelta A, et al. Pleural effusion as presentation of a metastatic adenocarcinoma of prostate. *South Med J*. 2005;98:958.
3. Shesky FD, Henley JD, Foster RS, Einhorn LH. Prostate carcinoma presenting as multiple pulmonary nodules in an asymptomatic patient with a history of testicular nonseminomatous germ cell tumor. *Urology*. 2003;62:748.
4. Segawa N, Abe T, Nishida T, Katuoka Y. A case of prostatic cancer discovered from lung metastatic lesions. *Hinyokika Kiyo*. 2006;52:147-9.
5. Rockey KE, Graham TE. Prostate adenocarcinoma metastatic to the lung. *Postgrad Med*. 1990;87:199-205, 208.
6. Corder MP, Cimil GA. Effective treatment of metastatic squamous cell carcinoma of the prostate with adriamycin. *J Urol*. 1976;115:222.