

situaciones clínicas

Masa pulmonar con elevación del PSA. Diagnóstico diferencial de las metástasis por diseminación hematogena

J.M. Sáez Pérez^a, N.S. Vallés Romero^a, M.J. Monzó Castillo^a y A.V. Calatayud Alonso^b

^aCentro de Salud Malvarrosa. ^bCentro de Salud de Cheste. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El pulmón es frecuente asiento de tumores secundarios. Hasta el 30% de los enfermos que fallecen por una enfermedad neoplásica presentan metástasis pulmonares^{1,3}. En un alto porcentaje de casos, esas metástasis constituyen la única extensión a distancia de la enfermedad primitiva. En el 10% de los casos puede encontrarse un solo foco metastásico. Inciden sobre todo en la edad media de la vida y afectan por igual a ambos sexos^{2,3}.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes pueden ir desde la normalidad absoluta hasta el dolor torácico pasando por síntomas como hemoptisis, tos, fiebre, dificultad respiratoria o síndrome constitucional⁶.

Dentro de los tumores primarios que metastatizan en pulmón con mayor frecuencia tenemos que citar a: a) colonrectal y estómago; b) mama; c) tumores renales y testiculares; d) melanoma; e) tiroides; f) lengua y algunos del área ORL (laringe); g) próstata, y h) tumores óseos. Es importante mencionar que las metástasis hematogenas del cáncer de próstata suelen ser con mayor frecuencia óseas (pelvis, vértebras lumbares, vértebras torácicas, costillas) que viscerales (pulmón, hígado y glandula suprarrenal)^{1,3,6}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 79 años, fumador de un paquete de cigarrillos diario, con antecedentes de bronquitis crónica, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, lumboartrosis e insuficiencia vertebral basilar. Consulta por molestias torácicas inespecíficas en hemitórax derecho de 10 días de evolución, coincidiendo con un análisis rutinario, donde se pone de manifiesto una cifra de antígeno prostático específico (PSA) de 16,9 como único dato de laboratorio significativo.

Las exploraciones sistematizadas por aparatos fueron todas normales salvo:

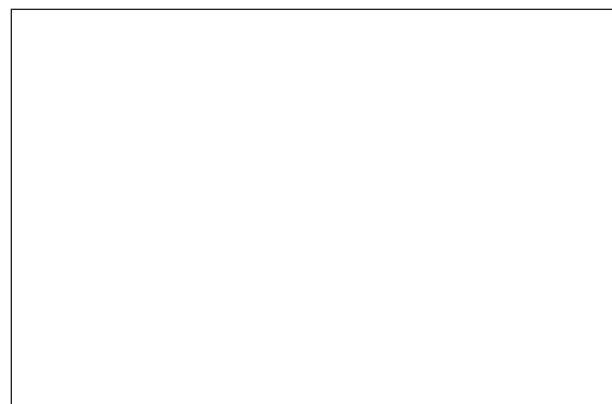


Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax: masa pulmonar en el lóbulo inferior derecho.

– Auscultación cardiopulmonar, que pone de manifiesto unos tonos ritmicos a 73 ppm sin soplos ni roces. Se observan crepitantes de mediana burbuja con *roncus* en la base derecha pulmonar.

– Tacto rectal, próstata del tamaño de una mandarina (< 25 g), surco medio borrado, elástica, con un nódulo doloroso en lóbulo derecho (LD) y de consistencia pétrea.

La radiografía de tórax pone de manifiesto una masa en el lóbulo inferior derecho (LID) mal definida (figs. 1 y 2).

La ecografía renovesicoprostática evidencia una glándula prostática de 44 × 36,2 × 29,8 mm de diámetro, heterogénea, con numerosas áreas fibróticas y un nódulo derecho de 21 mm, de ecoestructura semejante al resto (figs. 3 y 4). La vejiga y los riñones son normales. Se observa un residuo posmictacional aproximadamente de 12 ml.

La biopsia transrectal y transparietal (fig. 5) pone de manifiesto adenocarcinoma de próstata con metástasis del tumor primitivo (prostático).

Tras reunión con comité oncológico se decide tratamiento conservador con:

– Leuprorelina (DCI) (como acetato), 7,5 mg mensuales.

Correspondencia: Dr. J.M. Sáez Pérez.
Valle de Cardós, 8. Residencial Miravelles.
Rocafort 46111 (Valencia).

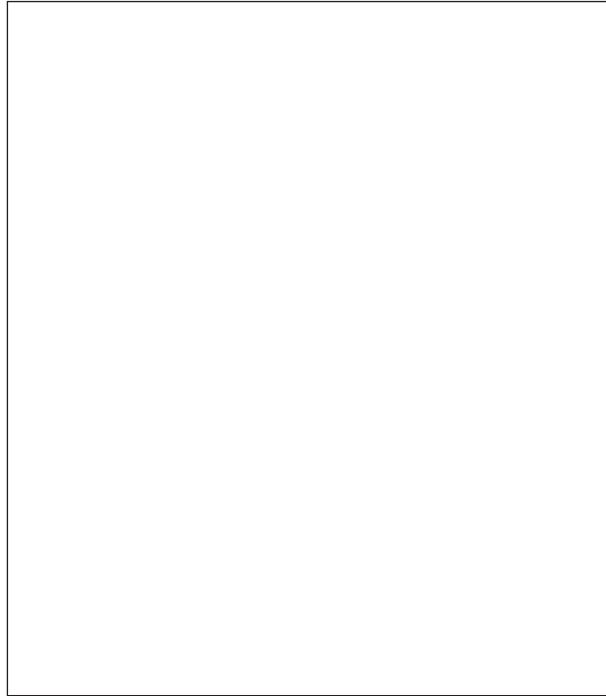


Figura 2. Radiografía lateral de tórax: masa pulmonar en el lóbulo inferior derecho.



Figura 3. Ecografía prostática donde se evidencia un nódulo en el lóbulo derecho.

- Bicalutamida (DCI) 50 mg, administrando 100 mg diarios.
- Control de síntomas.

DISCUSIÓN

El cáncer de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentes y, desde luego, el de mayor incidencia de los del aparato urinario; aunque es propio de los sujetos de edad avanzada, puede observarse a partir de los 40 años⁴. Se trata de un epiteloma glandular (es decir, un adenocarcinoma) desarrollado en forma de uno o varios nódulos en la parte media o en uno de los lóbulos laterales de una próstata intacta o de una próstata adenomatosa^{4,5}. Cuando traspasa los límites de la cápsula prostática, el cáncer da lugar a una extensión local o a una diseminación general (pudiéndose realizar por vía linfática o sanguínea). Las metástasis óseas son las de mayor frecuencia, y entre las



Figura 4. Ecografía prostática: numerosas áreas fibróticas.

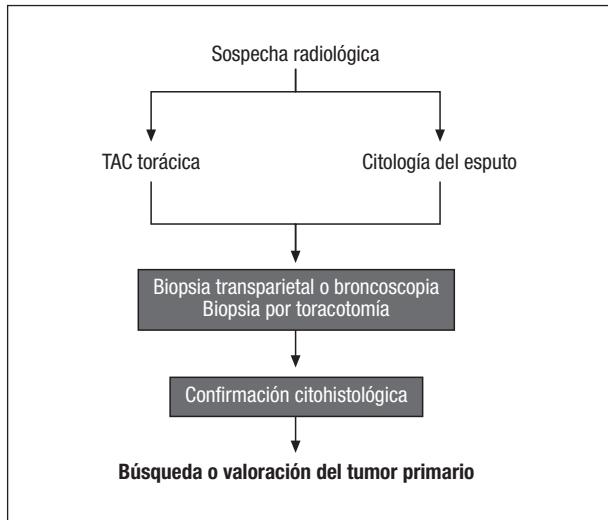


Figura 5. Algoritmo diagnóstico en metástasis pulmonar secundarias

viscerales cabe citar las que se localizan en el pulmón o en el hígado⁷.

Clínicamente se manifiesta bajo la forma de una obstrucción cervical. Se presentan los trastornos miccionales propios del adenoma prostático (es decir, disuria y polaquiuria), pero la forma de iniciación del síndrome no es tan imprecisa; tanto la retención crónica como la distensión con micción por rebosamiento y la insuficiencia renal se constituyen de un modo más rápido^{6,7}. La hematuria inicial se observa con igual frecuencia en el adenoma que en el cáncer y, en cambio, la sensación de peso perineal y anal así como las algias lumbosacras son más habituales en esta última afección^{4,7}.

En otras ocasiones, el cuadro clínico es insidioso, con lo cual la neoplasia va avanzando de forma silente, y suele comenzar clínicamente cuando ya queda muy poco tiempo (*alea jacta est*, “la suerte está hechada”; frase que dijo Julio César el paso del río Rubicón), pero nunca es tarde.

Ante un paciente con estas características, el abordaje que tiene que realizar el médico de atención primaria es el siguiente:

- Tacto rectal, que nos pondrá de manifiesto una induración prostática local o más generalizada. En los estadios

iniciales, la próstata tiene un tamaño normal, destacando la presencia de un nódulo indurado en un lóbulo, en la base, en el vértice o en uno de los bordes laterales^{5,7}. En los estadios más evolucionados se comprueba una induración global, regular o irregular, con un aumento a veces considerable de la glándula^{4,6,7}.

– Ecografía renovesicoprostática, que valore el residuo posmictorial, que nos dará información del tamaño de la próstata así como de posibles nódulos y de la repercusión sobre la obstrucción de la vía urinaria.

– Determinación del antígeno prostático específico (PSA), que en la mayoría de los casos está elevado⁴.

En estos casos remitiremos el paciente al urólogo para que amplíe el estudio (biopsia transrectal, estudio de extensión, etc.).

Por tanto, la conclusión que podemos extraer en este caso clínico es que la medicina preventiva es fundamental, realizando controles de próstata en edades comprendidas entre 50 y 70 años con molestias al orinar o aquellos con

antecedentes familiares de cáncer de próstata a partir de los 40 años⁶⁻⁸. Simplemente realizando un tacto rectal para valorar la próstata tendremos mucho terreno ganado⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauer R. El diagnóstico radiológico en medicina interna. Barcelona: Editorial Toray, 1977.
2. Felson B. Radiología torácica. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1977.
3. Tarrés RP. Carcinoma pulmonar. Correlaciones radiológico-patológicas. *Med Clin (Barc)* 1978; 71: 6-10.
4. Edelstein RA, Babayan RK. Managin prostate cancer: Part I: localized disease. *Hosp Pract* 1993; 28: 61-78.
5. Garnick MB. Prostate cancer. En: Rubenstein E, Federman DD, editores. Scientific American medicine. Nueva York: Scientific American, Inc., 1996; 1-11.
6. Mahler C, Denis LJ. Hormone refractory disease. *Sem Surg Oncol* 1995; 11: 77-83.
7. García Cuerpo E. Tratado de urología. Vol 1. Barcelona: J.R. Prous Editores, 1993; 48: 783-791.
8. Shields TW, editor. General thoracic surgery (3.^a ed.). Filadelfia: Lea & Febiger, 1989.