

UTILIDAD DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO EN LÍQUIDO PLEURAL PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DERRAME METASTÁTICO POR CÁNCER DE PRÓSTATA

J.M^a SÁNCHEZ MERINO, J.I. QUINTANA GONZÁLEZ*,
C.M^a TORIBIO SÁNCHEZ*, S.C. GÓMEZ CISNEROS, L. PARRA MUNTANER,
J. GARCÍA ALONSO

*Servicios de Urología y *Neumología. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León*

PALABRAS CLAVE:

Antígeno prostático específico. Pleura. Cáncer de próstata.

KEY WORDS:

Prostate specific antigen. Pleura. Prostate cancer.

Actas Urol Esp. 26 (7): 513-514, 2002

RESUMEN

La afectación metastática pulmonar o pleural por adenocarcinoma de próstata es un hallazgo clínico infrecuente. Se aporta un caso de derrame pleural metastásico por adenocarcinoma de próstata, diagnosticado mediante determinación de antígeno prostático específico en el líquido pleural.

ABSTRACT

Pulmonary or pleural involvement from prostate cancer is an uncommon clinical finding. We report on a patient with prostate cancer and a diagnosis of malignant pleural effusion made by determination of pleural fluid prostate specific antigen.

La afectación metastática pulmonar o pleural por adenocarcinoma de próstata es un hallazgo clínico infrecuente¹. Aunque el antígeno prostático específico está elevado en el líquido pleural en menos del 50% de los derrames metastásicos por adenocarcinoma de próstata², se han descrito diagnósticos aislados mediante dicha determinación^{3,4}.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un hombre de 81 años con el antecedente, desde hacía cinco años, de un adenocarcinoma de próstata grado IV de Gleason

y antígeno prostático específico (PSA) sérico inicial de 49,7 ng/ml. Se encontraba a tratamiento, desde entonces, con un inyectable mensual de leuprorelina acetato. Se le había pautado, asimismo, un antiandrógeno no esteroideo (flutamida), pero que abandonó poco después por trastornos gastrointestinales. En el momento actual consulta por disnea progresiva de tres meses de evolución, hasta ser de pequeños esfuerzos. En la exploración física existe hipoventilación de todo el hemitórax derecho a la auscultación pulmonar, con abolición de las vibraciones vocales. La radiografía de tórax muestra un derrame pleural derecho, que ocupa tres cuartas partes del hemitórax.

El hemograma y la bioquímica general son normales. El nivel de PSA sérico es de 9,9 ng/ml y los niveles de testosterona sérica se mantienen en niveles de castración. Se realiza una toracocentesis diagnóstica y evacuadora de un litro, que se suspende por un acceso de tos. En la bioquímica del líquido pleural se observan: proteínas, 6,2 g/l; LDH, 516 UI/l; glucosa, 99 mg/dl; pH, 7,37; adenosina desaminasa, 24 U/l; lisozima, 5 mg/l. Los niveles de marcadores en esa misma muestra es la siguiente: PSA 47,46 ng/ml y CEA 0,9 ng/ml. El cultivo de bacterias resulta negativo, así como las baciloskopias y el cultivo de Lowenstein. El análisis citológico muestra cambios inflamatorios crónicos sin atípicas. Tras la toracocentesis evacuadora el paciente mejora subjetivamente, persistiendo una disnea de moderados esfuerzos, con cambios radiológicos mínimos. Con el diagnóstico de derrame pleural, probablemente metastásico por adenocarcinoma de próstata se inicia, entonces, tratamiento con dexametasona (0,5 mg, dos veces al día). Diez meses después del inicio de la clínica, la mejoría subjetiva y radiológica (mínimo derrame pleural derecho, loculado) es clara, así como la disminución del PSA sérico (0,79 ng/ml).

DISCUSIÓN

La neoplasia pleural es la primera causa de derrame pleural en los países desarrollados. Su diagnóstico se basa en la demostración de células neoplásicas en el líquido o en la biopsia pleurales. Sin embargo, en el 30% de los pacientes con un derrame pleural neoplásico estos estudios son negativos, estando indicada la realización de una toracoscopia si existe sospecha de malignidad^{5,6}. De cualquier manera, se están investigando otros métodos para el diagnóstico de malignidad pleural de forma no invasiva. Entre los parámetros estudiados están los marcadores tumorales en líquido pleural. El marcador tumoral más investigado en este sentido es el antígeno carcinoembriionario (CEA), asociado a las neoplasias epiteliales de pulmón, aparato digestivo y de mama. Pueden destacarse, además, el antígeno específico neuronal (NSE), el CA 125, el CA 15-3, el CA 19-9 y CA 72-4, asociados con preferencia al carcinoma microcítico, ovárico, de mama y digestivo, respectivamente, y el CYFRA 21-1, que se asocia a los tumores epiteliales, incluidos los de pulmón⁷.

Un marcador poco estudiado en el líquido pleural es el antígeno prostático específico (PSA).

En nuestro caso, el nivel elevado de PSA en el líquido pleural permitió diagnosticar la existencia de metástasis pleurales (productoras de PSA) de un cáncer de próstata, con respuesta al tratamiento de éste. La elevación del PSA sérico obligó primero a descartar la supresión de andrógenos testiculares a niveles de castración médica, como así fue. Una vez confirmado este punto, se procedió a añadir corticoesteroideos al tratamiento médico inicial, que actúan inhibiendo la esteroidogénesis adrenal (10% de los andrógenos circulantes). La rápida respuesta al tratamiento, con desaparición casi total del derrame y disminución del PSA sérico simultáneamente, permitieron confirmar el diagnóstico de enfermedad pleural metastásica secundaria a adenocarcinoma de próstata. Como conclusión, la medición de PSA en el líquido pleural puede ser útil en el diagnóstico de metástasis pleurales por adenocarcinoma prostático en casos de citología pleural negativa, en el contexto de una alta sospecha clínica.

REFERENCIAS

1. CRAWFORD ED, EISENBERGER MA, MCLEOD DG, et al: A controlled trial of leuprolide with and without flutamide in prostatic carcinoma. *N Engl J Med* 1989; **321** (7): 419-424.
2. RENSHAW AA, NAPPI D, CIBAS ES: Cytology of metastatic adenocarcinoma of the prostate en pleural effusions. *Diagnosis Cytopathology* 1996; **15** (2): 103-107.
3. BROWN GA, GINSBERG PC, HARKAWAY RC: Prostatic adenocarcinoma diagnosed by prostate-specific antigen analysis of pleural fluid. *Urology Int* 1998; **60** (3): 197-198.
4. RONALD S. GO, GEORGE G. KLEE AND RONALD L. RICHARDSON: Use of pleural fluid prostate specific antigen in the diagnosis of malignant effusion from metastatic prostate cancer. *J Urol* 2000; **164**: 459.
5. MAREL M, STASTNY B, MELINOVA L, SVANDOVA E, LIGHT RW: Diagnosis of pleural effusions. Experience with clinical studies, 1986 to 1990. *Chest* 1995; **107**: 1.598-1.603.
6. MENZIES R, CHARBONNEAU M: Thoracoscopy for the diagnosis of pleural disease. *Ann Intern Med* 1991; **114**: 271-276.
7. FERRER J: Marcadores tumorales en líquido pleural. *Archivos de Bronconeumología* 2000; **36**: 295-297.

Dr. José M^a Sánchez Merino
Francisco González, 25
24400 Ponferrada (León)

(Trabajo recibido el 23 de enero 2002)