

## Debut de adenocarcinoma de próstata en adenopatía cervical metastásica: reporte de caso clínico

MANUEL GREZ I<sup>1</sup>, CHRISTIAN HOLMSTRÖM<sup>2</sup>, BÁRBARA DÍAZ Z<sup>3</sup>.

### Debut of prostate adenocarcinoma in metastatic cervical adenopathy: clinical case report

#### Abstract

**Introduction:** Prostatic carcinoma is a tumor that occurs mainly in men older than 50 years. More than 95% correspond to adenocarcinomas and their degree of tumor differentiation is related to metastasis and death. Because metastasis to cervical lymphatics is infrequent and with worse survival, a clinical case will be presented. **Clinical case:** A 62-year-old man, in whom late prostate cancer was later, investigated after multiple imaging studies, biopsies and immunohistochemistry. **Discussion:** The diagnosis of prostatic carcinoma can be precociously investigated by a simple Rectal Touch coupled with specific Prostate Antigen (PSA), performed in primary care, especially in men with ages close to the fifth decade of life.

**Keyword:** Prostata adenocarcinoma, cervical metastasis, Rectal touch

1. Servicio de Cirugía Hospital de Curicó
2. Servicio de Anatomía patológica
3. Facultad de Medicina Universidad de Talca

#### Correspondencia

Dr. Manuel Grez Ibáñez

E.mail: magrezster@gmail.com

Celular +56999522467

D.P 3340000

#### Introducción

El carcinoma prostático es un tumor que se presenta principalmente en hombres mayores de 50 años, siendo a nivel mundial un problema de salud pública por el aumento en su mortalidad. En Chile la mortalidad ha aumentado progresivamente llegando en el año 2002 a 17.4 por cien mil, correspondiendo a la 3era causa de muerte en hombres. La incidencia no es del todo conocida pero se estima en 55-57 por 100.000 hombre y la prevalencia corresponde aproximadamente a 9.2 por 1000 hombres entre 40 y 59 años.<sup>1</sup>

Los carcinomas prostáticos corresponden en más del 95% a adenocarcinomas y su grado de diferenciación tumoral se relaciona con la

probabilidad de metástasis y muerte.<sup>2</sup> La diseminación a través de linfáticos regionales a las cadenas pelvianas adyacentes y a cuerpos vertebrales es uno de los mecanismos de metástasis descrito.<sup>3-4</sup> Debido a que la metástasis a linfáticos cervicales es infrecuente y con peor sobrevida, se presentará caso clínico, junto a que pruebas sencillas como Tacto rectal y Antígeno prostático específico (PSA), pueden permitir diagnóstico precoz.

#### Caso clínico

Hombre de 62 años que con disminución progresiva de chorro miccional desde hace 2 años, con control en su policlínico por pato-

logías crónicas diversas. Reconsultó nuevamente hace 6 meses por aumento de volumen no doloroso y no inflamatorio de extremidad inferior izquierda, con sospecha de trombosis venosa profunda derivándose a nuestro Servicio de Urgencia (Figura 1). En forma complementaria en su examen físico se pesquisó gran adenopatía cervical de aproximadamente 4 cms en zona II y III de región lateral cervical izquierda. (Figura 2), por lo que se solicitó TAC de cuello con contraste que informó masas supraclaviculares izquierdas (Figura 3) y TAC de Tórax sin hallazgos patológicos. Habiéndose descartado una trombosis venosa profunda, se planteó la sospecha de enfermedad linfoproliferativa y se derivó a policlínico de Cirugía para completar estudio y realizar biopsia incisional en forma electiva.

Reevaluado en policlínico de cirugía se plantean como probable diagnóstico, metástasis de un cáncer gástrico por lo que se solicita una Endoscopia digestiva alta por plan AUGÉ, versus enfermedad linfoproliferativa indicándose biopsia incisional en cirugía menor más evaluación laríngea por otorrinolaringólogo para descartar una neoplasia faríngea y baciloscopía para descartar Tuberculosis.

Los resultados de Endoscopia digestiva alta, laringoscopia y baciloscopía fueron normales. En biopsia se observó tumor epitelial con disposición tumoral y células que presentaban marcado pleomorfismo con macrocariosis, discariosis e hiperromatismo con frecuentes mitosis atípicas, infiltrado inflamatorio linfo-plasmo-histiocitario estromal, impresionando tumor maligno epitelial metastásico (adenocarcinoma) en ganglio linfático (Figura 4.5). Se sugirió investigar vía aérea superior e inferior y realizar estudio inmunohistoquímico.

En estudio Inmunohistoquímico (Figura 6) se concluyó:

- Positivo para células neoplásicas en Ac Antipanqueratina.
- Positivo en Ac Anti CDX-2 Focal en las

células neoplásicas

- Ac Anti Antígeno prostático específico positivo dudoso, focal en las células neoplásicas y negativo para células neoplásicas en Ac AntiCitoqueratina-7 y -20, Anti Antígeno Carcinoma Embrionario, Anti TTF-1 .AntiCD-45 y Anti vimentina.
- Inmunohistoquímica sugerente de Cáncer de Páncreas o prostático

Reevaluado en policlínico con resultado de biopsia, se solicitó TAC Abdominal con medio de contraste junto a Antígeno prostático específico con interconsulta a urología. TAC informó: “Gran masa retroperitoneal que envuelve los grandes vasos con extensión hacia pelvis, rodeando venas ilíacas” (Figura 7).

Se evaluó en policlínico de Urología con resulta de Antígenoprostático específico de 4262 ng/ml con un Tacto rectal en que se palpó pétéreo y gran tumor prostático confirmándose que cáncer primario correspondía a un cáncer de próstata avanzado. Se solicitó PETS Scanner para descartar metástasis óseas y se dio inicio inmediato a tratamiento hormonal oncológico bajo terapia de privación de andrógenos (ADT) con Flutamida 250 mg oral cada 8 hrs por 10 días y luego Zodalex LA implante subcutáneo de liberación prolongada 10,8 mg cada 3 semanas.

## Discusión

El carcinoma prostático es una patología relevante debido a que se presenta frecuentemente en hombres cercanos a la quinta década de vida a nivel mundial, además por ser asintomático en su fase inicial y sumado a su lento crecimiento, es diagnosticado al momento de la presentación metastásica extraglandular, disminuyendo la posibilidad de regresión tumoral<sup>5,6</sup>. Como se puede observar en el caso presentado, hubo una evolución de 2 años para que se hiciera el diagnóstico en nuestro paciente y asociado a la lenta progresión, hay

que considerar que la presentación metastásica fue en zona cervical izquierda, siendo las metástasis linfáticas supradiaphragmáticas raras en el adenocarcinoma de próstata. Esto fue concluido en un estudio retrospectivo de 250 biopsias de ganglios supraclaviculares, en donde 11 correspondían a metástasis de cáncer prostático lo cual representaron el 11% de todos los carcinomas metastásicos en el cuello y el 20% de esos se localizaban del lado izquierdo. Las adenopatías cervicales y supraclaviculares han sido reportadas en 0,4% al 1% de todos.<sup>7</sup> Por lo tanto, es de suma importancia que el hallazgo de una adenopatía supraclavicular nos haga plantear como diagnóstico diferencial la posibilidad de estar frente a un cáncer de próstata como tumor primario, siendo el caso presentado.

El diagnóstico del cáncer de próstata puede ser realizado utilizando el examen físico general destinado a la detección del tumor gracias a un tacto rectal y al hallazgo de afección extraglandular. Por otra parte, el uso de la prueba sérica de antígeno prostático específico (PSA) ha permitido en los últimos años el acercamiento diagnóstico.<sup>8</sup>

Un tacto rectal meticuloso es un método directo y útil para descubrir de forma precoz el carcinoma de próstata. Presenta una sensibilidad del 70% y una especificidad de 90% con la probabilidad de 50% de falsos positivos, aún así siendo el examen idóneo para el diagnóstico precoz a realizarse como screening en Cefam y policlínico de atención primaria en forma rutinaria por ser barato, eficaz y junto a eso capacitar al personal de salud y médicos primarios en su realización.

Por su parte el PSA es producido por el epitelio prostático, se encuentra normalmente en el semen y corresponde a una proteasa de serina que permite separar y licuar el coágulo seminal que se forma tras la eyaculación. Aparecen niveles elevados de PSA en formas localizadas y avanzadas de cáncer de próstata y es actualmente el mejor factor predictivo que se

dispone para diagnosticar dicho cáncer.<sup>2</sup> Por lo anterior cobra gran relevancia que se realice Tacto rectal y se solicite PSA en atención primaria, en aquellos hombres con edades cercanas a 50 años que permitan acercarnos al diagnóstico de forma precoz, retrasando la progresión del cuadro a una presentación metastásica como caso presentado.

Para realizar la estratificación de riesgo del cáncer de próstata se utiliza la clasificación de Gleason que mide los dos grados histológicos predominantes de la muestra, otorgando a cada uno un puntaje de 1 a 5, lo que se traduce en un score de 2 – 10. Junto a esta clasificación se utilizan los niveles medidos de PSA.<sup>10</sup> Nuestro paciente presentaba un Gleason 7 (4+3) y PSA de 1600 correspondiendo a un cáncer prostático avanzado de alto riesgo, sensible a tratamiento hormonal, por lo que, la American Society of Clinical Oncology recomienda que los hombres con este tipo de cáncer consideren recibir ADT, tal y como se está manejando actualmente nuestro paciente.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más. ISBN; 2010 p. 8-11.
2. Ruiz López, Ana Isabel, Pérez Mesa, Juan Carlos, Cruz Batista, Yanelis, & González Lorenzo, Lienny Eliza. Actualización sobre cáncer de próstata. (2017). *Correo Científico Médico*, 21(3), 876-887. Recuperado en 04 de abril de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000300021&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300021&lng=es&tlng=es)
3. Chang Gung, Wang HJ, Chiang PH, Peng JP, Yu TJ. Presentation of prostate carcinoma with cervical lymphadenopathy: report of three cases. *2004 Med J*;27(11): 840- 844
4. Jones H, Anthony PP. Metastatic prostatic carcinoma presenting as left-sided cervical lymphadenopathy: a series of 11 cases. *Histo-*

pathology. 1992;21(2):149-154.

5. Ferrer Casero E. Morfofisiología del sistema urinario. 2012. En: Sagué Larrea JL. Urología. La Habana: Ciencias Médicas; p.1-26.

6. Baumert H, Ballaro A, Dugardin F, Kaisary AV. Laparoscopic vesic open simple prostatectomy: a comparative study. J Urology. 2006 [citado 04 abril 2019]; 175(5): 1691-1694.

Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022534705009869>

7. Chang, F., Dávila, S., Ovalles, V., Mejías, E., Rodríguez, O., & Rodríguez, R.. Adenopatía cervical como presentación de adenocarcinoma de próstata. (2007). Actas Urológicas Españolas, 31(10), 1193-1195. Recuperado en 04 de abril de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062007001000017&lng=es&tln-g=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007001000017&lng=es&tln-g=es)

8. 15. Herranz Amo F, Verdú Tartajo F, Martínez Salamanca JI. Cáncer de próstata y ecografía transrectal. (2006). Arch Españoles Urol. [citado 5 Abril 2019];

59(4):361-375. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142006000400006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142006000400006&lng=es)

9. Pérez Martínez C, Ureta Sánchez SE, Vargas Díaz IB, Fragas R, Torres Luis O, Silva Herrera JM. El síndrome de andropausia: ¿qué es? ¿cómo se trata? ¿a quién? Guía práctica de diagnóstico, tratamiento y vigilancia. (2003) Rev Mex Urol.; 63(2):65-74.

10. Roger D Stanworth T. Testosterone for the aging male; current evidence and recommended practice [Internet]. PubMed Central (PMC). 2008 [citado 8 Abril 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>

es? ¿cómo se trata? ¿a quién? Guía práctica de diagnóstico, tratamiento y vigilancia. (2003) Rev Mex Urol.; 63(2):65-74.

10. Roger D Stanworth T. Testosterone for the aging male; current evidence and recommended practice [Internet]. PubMed Central (PMC). 2008 [citado 8 Abril 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2544367/>



Figura 1: Edema en Edema extremidad inferior izquierda

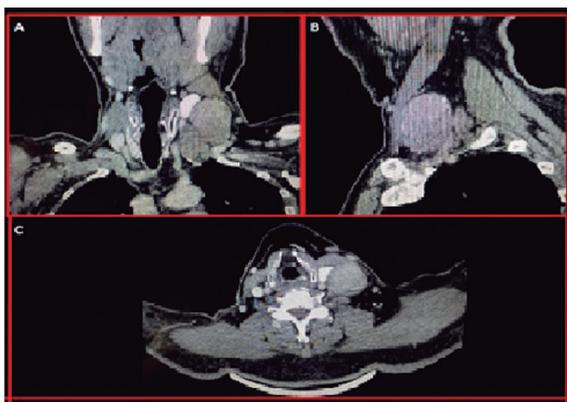


Figura 3: TAC de cuello. Masas supraclaviculares izquierdas Corte coronal (A) Corte sagital (B) Corte transversal (C)

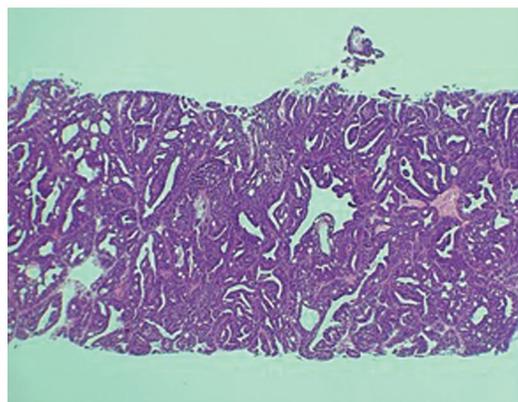


Figura 4: Cilindro de biopsia en el que se aprecia alteración total de la arquitectura ganglionar dado por sustitución del tejido ganglionar por una proliferación epitelial con apariencia glandular con patrón predominantemente cribiforme. Aumento: 50x. Coloración: Hematoxilina y Eosina

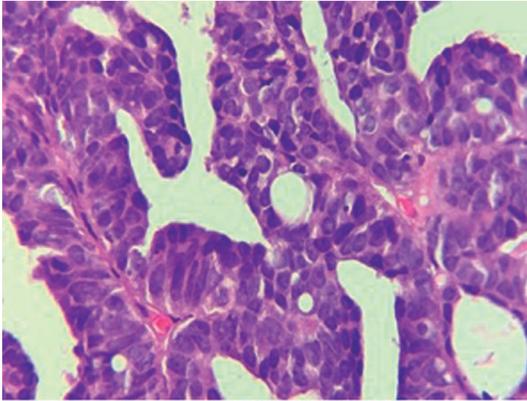


Figura 5: Las glándulas tumorales muestran epitelio pseudoestratificado, con pleomorfismo, núcleos hiper-cromáticos y algunos claros con nucléolos evidentes y escaso estroma conectivo laxo interpuesto. Aumento: 400x. Coloración: Hematoxilina y Eosina

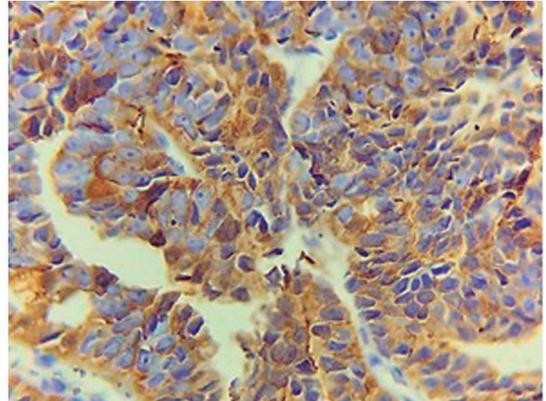


Figura 6 Estudio inmuno-histoquímico. Antígeno prostático específico: inmunomarcaje fuertemente positivo en las membranas de las células tumorales (coloración marrón-oscura). Aumento: 400x.

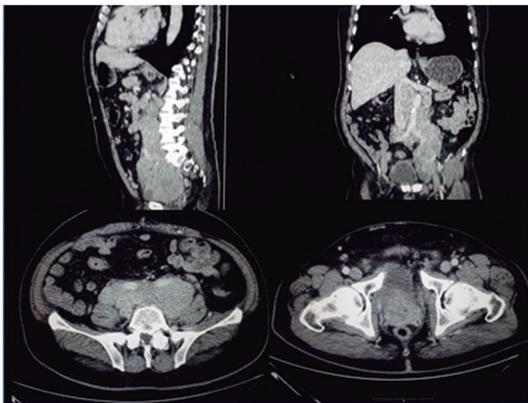


Figura 7: TAC de Abdomen y pelvis con contraste