

CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁTICO A HÍGADO

PRESENTACIÓN CLÍNICA INFRECUENTE REPORTE DE UN CASO

JESÚS LASTRA, EURI MORENO, JENNYLI MENA, OSCAR HURTADO, GREGORIO ORTA, RODRIGO ARAYA

HOSPITAL UYAPAR. PUERTO ORDAZ. ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: El cáncer de próstata constituye la neoplasia más frecuentemente diagnosticada en la población masculina. Ocupa el segundo lugar en mortalidad con respecto a todas las neoplasias estando relacionadas la mayoría de las muertes con enfermedad metastásica, siendo el lugar de metástasis más frecuente hueso seguido de otros órganos como pulmón, pleura e hígado. **MÉTODOS:** Descripción de caso clínico y revisión de literatura. **RESULTADOS:** Caso clínico: masculino de 71 años quien ingresa al Hospital Uyapar por presentar distensión, dolor abdominal y la ausencia de evacuaciones, al examen físico abdomen, distendido, doloroso, timpanizado, escasos ruidos hidroaéreos, tacto rectal: próstata aumentada de tamaño, superficie irregular, consistencia pétreo, laboratorios sin alteraciones. Se plantea el diagnóstico de obstrucción intestinal parcial. Recibe tratamiento médico y 2 días posterior a su ingreso, debido a exacerbación de sintomatología se realiza laparotomía exploradora evidenciando perforación de ciego y colon transverso, tumor en recto superior de 5 cm x 5 cm aproximadamente y lesiones blanquecinas en segmentos hepáticos VI, VIII y X, se realiza hemicolectomía derecha ampliada, se toman muestras de ganglios hepáticos y mesentéricos, y de lesiones hepáticas, cuyas biopsias reportan lesiones metastásicas de probable origen prostático a los cuales se realiza estudio inmunohistoquímica corroborando diagnóstico de adenocarcinoma prostático. **CONCLUSIONES:** Se presenta caso clínico debido a lo infrecuente de encontrar metástasis hepáticas en pacientes con cáncer de próstata. Así mismo, en la literatura revisada no se encontraron casos de cáncer prostático que se presenten clínicamente como obstrucción intestinal.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, hígado, próstata, metástasis.

Recibido: 02/05/2007 Revisado: 18/07/2007
Aceptado para publicación: 04/09/2007

SUMMARY

OBJECTIVE: The prostate cancer is the most frequently diagnosed neoplasia in the male population. This neoplasia is in second place about mortality respect all of cancers. The majority of dead are common cause of metastases disease. Bone is the most commonly involved organ by metastasis disease followed by lungs, pleura and the liver. **METHOD:** A clinical case description and literature review is presented. **RESULTS:** The clinical case: male of 71 years old who entranced at Uyapar Hospital for presented abdominal pain, distention and constipation. Physical examination: distended and painful abdomen, bowel sounds decreased, rectal examination: prostate gland enlarged, irregular with rock hard consistency. No altered laboratory findings. The established diagnosis was partial obstruction of the large intestine. Two days after receiving medical treatment, due to worsen symptoms, exploratory laparotomy was done. The surgical findings were cecum and transverse colon perforation, an upper rectum's tumor of 5 x 5 cm and whitish lesions of VI, VIII and X hepatic segments. A right extended colostomy was done. Samples of hepatic and mesenteric lymph nodes and hepatic lesions were taken and sent to biopsy which reported metastasis lesions of probable prostate origin and these biopsies were analyzed with immunohistochemical method that verified diagnosis of prostate adenocarcinoma. **CONCLUSIONS:** this clinical case is presented due to the infrequent liver metastases in patients with prostate cancer. Furthermore, there were no cases of prostate cancer clinically presented like partial obstruction of large intestine in the literature reviewed.

KEY WORDS: Cancer, liver, prostate, metastasis.

Correspondencia: Dr. Jesús Lastra. Hospital Uyapar
Urbanización Jardín Levante, Alta Vista, Puerto Ordaz.
Estado Bolívar. Teléfono: 028 69626481
E-mail: jalelas@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata constituye la neoplasia más frecuentemente diagnosticada en la población masculina. En EE.UU representa el segundo lugar en frecuencia como causa de mortalidad y en nuestro país, ocupa el tercer lugar como causa de muerte y se calcula que por cada 1 000 hombres mueren 2 por esta enfermedad⁽¹⁻⁵⁾. La probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta con la edad y los mayores de 60 años son los más afectados, otros de los factores de riesgos que se mencionan en los estudios, son la raza negra, los hábitos dietéticos, factores genéticos y hormonales⁽³⁾. El adenocarcinoma de próstata representa el 95 % de todos los tumores prostáticos, el 5 % restante está representado por el carcinosarcoma, carcinoma mucinoso, carcinoma de células escamosas y carcinoma de células transicionales^(1,3-5). Por otra parte, este tipo de cáncer sigue un curso natural extraordinariamente variable e impredecible, en algunos hombres, la enfermedad evoluciona con gran lentitud y su estado clínico es satisfactorio durante 10 años sin tratamiento^(1,2). En otros, muestra diseminación metastásica rápida que culmina en la

muerte temprana. El cáncer de próstata se puede presentar como enfermedad temprana confinada sólo al órgano, localmente avanzada o con extensión a distancia. Los estudios describen 3 vías de diseminación: por infiltración local, hacia los tejidos que se encuentran alrededor de la próstata, como las vesículas seminales y la base de la vejiga urinaria; a través de los vasos linfáticos, hacia los ganglios regionales en la pelvis, y por vía hematógena, afectando principalmente a los huesos. Se han observado, raramente, metástasis a otros órganos como pulmón, pleura, hígado y glándulas suprarrenales⁽²⁻⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 71 años de edad quien ingresa al servicio de cirugía del Hospital Uyapar por presentar distensión abdominal y dolor tipo cólico generalizado irradiado a región lumbar bilateral, acompañándose de ausencia de evacuaciones, al examen físico paciente en regulares a malas condiciones generales, deshidratado, fascie álgica, abdomen globoso, distendido a tensión, doloroso, timpanizado, escasos ruidos hidroaéreos, tacto rectal: ampolla rectal vacía, próstata aumentada de tamaño, superficie irregular,

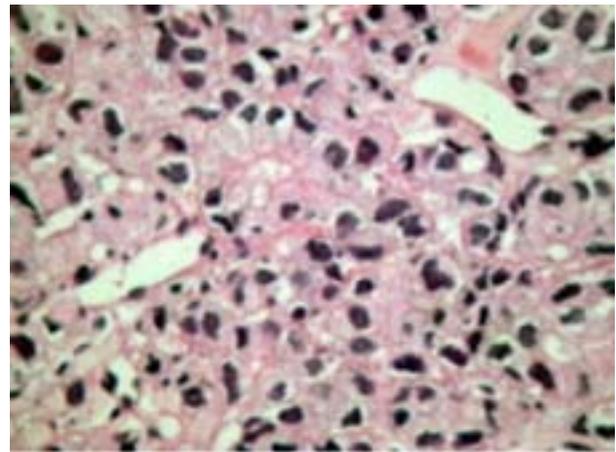
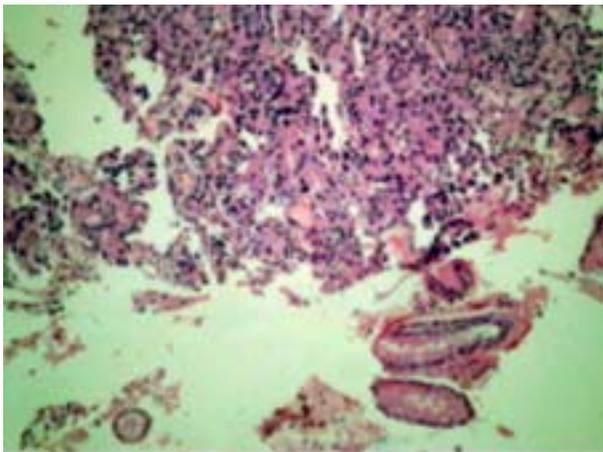


Figura 1 y 2. Mucosa colónica con lesión tumoral maligna infiltrando la lámina propia. Células tumorales con macrocariosis, hipercromatismo e irregularidad nuclear.

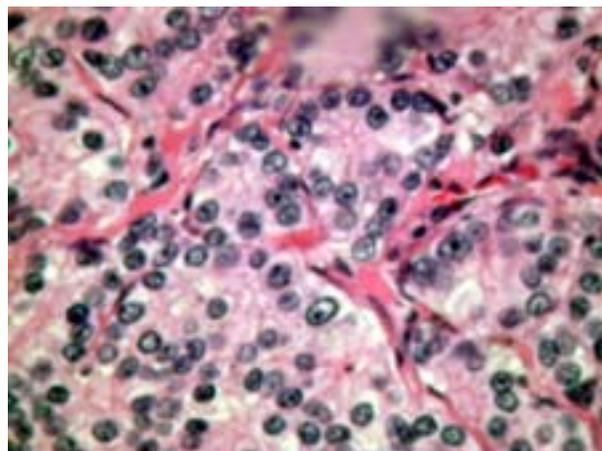
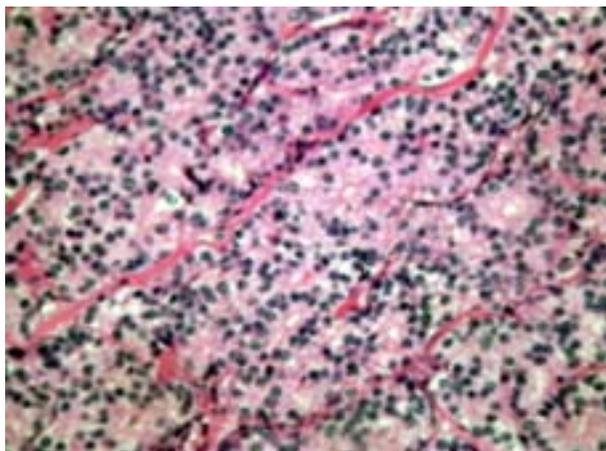


Figura 3 y 4. Arquitectura ganglionar sustituida por adenocarcinoma metastásico, formando acinos intermedios separados por tractos de tejido conectivo. Células neoplásicas con núcleo excéntrico, nucléolo evidente y mitosis.

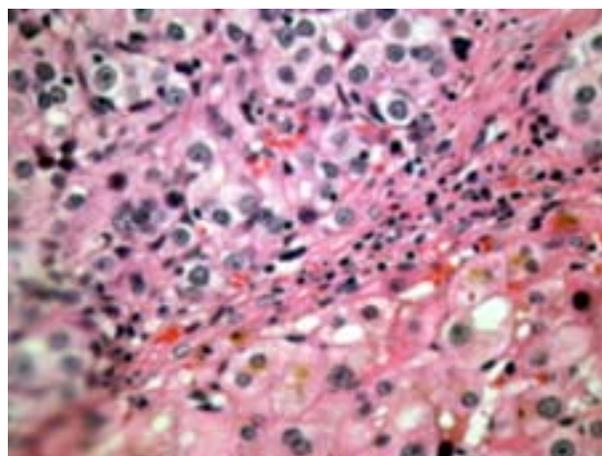
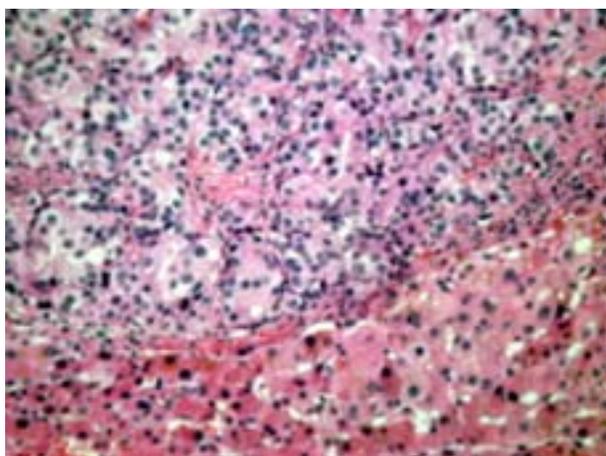


Figura 5 y 6. Adenocarcinoma metastásico a parénquima hepático. Células neoplásicas con núcleos excéntricos, nucléolo evidente, mitosis y citoplasma eosinofílico. Hepatocitos con colestasis intrahepática.

consistencia pétreas, laboratorio de ingreso sin alteraciones. Se plantea diagnóstico de obstrucción intestinal parcial. Se realiza endoscopia digestiva inferior donde se toma muestra de mucosa rectal para biopsia que reporta adenocarcinoma poco diferenciado ulcerado.

Recibe tratamiento médico y 2 días posterior a su ingreso, debido a exacerbación de

sintomatología y al evidenciar a través de sonda nasogástrica, gástrico de aspecto fecaloideo, se realiza laparotomía exploradora evidenciando líquido fecaloideo libre en cavidad, perforación de ciego y colon transverso, tumor a nivel de recto superior de 5 cm x 5 cm de diámetro aproximadamente y lesiones blanquecinas en segmentos hepáticos X, VIII y VI, se realiza hemicolectomía derecha ampliada e ileostomía

con fístula mucosa de colon transverso. Paciente con evolución tórpida y 4 días después debido a necrosis de los bordes de la fístula, se realiza relaparotomía donde se toman muestras de ganglios hepáticos y mesentéricos adyacentes a

lesión rectal, y de lesiones hepáticas, los cuales se envían a anatomía patológica que reporta lesiones metastásicas de probable origen prostático.

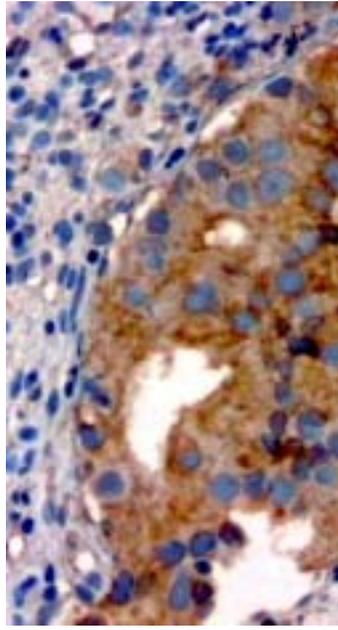
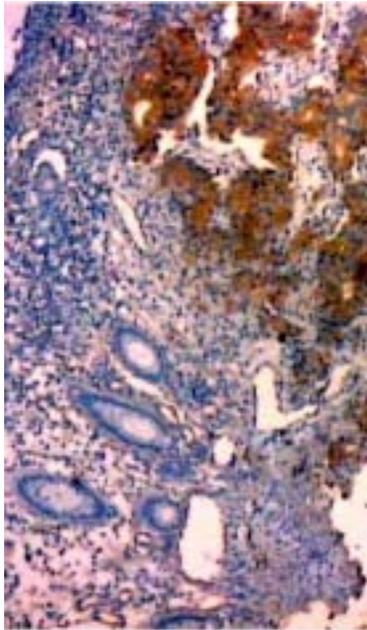


Figura 7, 8 y 9 (Inmunohistoquímica): positividad para antígeno prostático específico en el citoplasma de las células tumorales. Marcaje para antígeno carcinoembrionario negativo en las células tumorales.

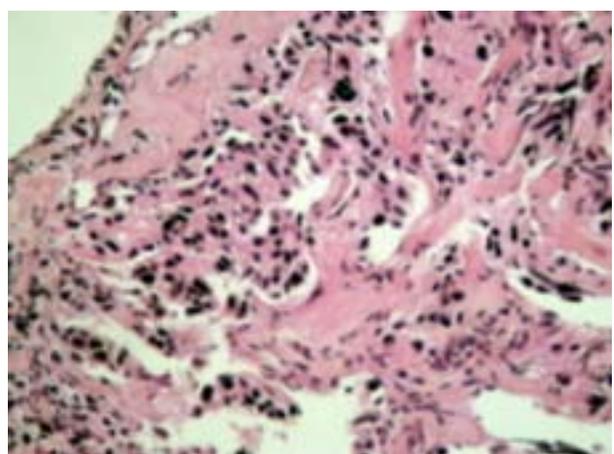
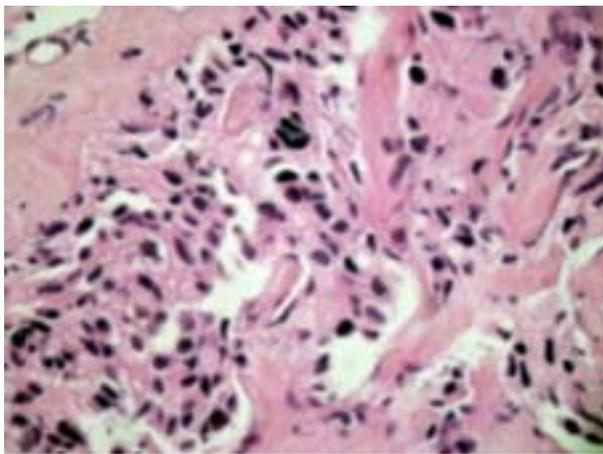


Figura 10 y 11. Neoplasia epitelial maligna prostática infiltrando el estroma fibromuscular. Macrocariosis, hiper cromatismo nuclear y mitosis atípicas.

Estas muestras se someten a estudio inmunohistoquímico mediante técnica de avidina-estreptavidina, utilizando el método de recuperación de antígenos, se realizó la investigación de antígeno prostático específico (APS), antígeno carcino embrionario (CEA), queratina 7 y queratina 20. Observándose inmunomarcaje con APS y CEA que corrobora el diagnóstico de adenocarcinoma prostático metastático.

Asimismo, se realiza medición en plasma de antígeno prostático total y libre reportando valores de 247ng/dL y 20,1 ng/dL respectivamente y a su vez se realizó biopsia de próstata por punción transrectal cuyo diagnóstico histológico fue adenocarcinoma de moderado a pobremente diferenciado con infiltración perineural, score de Gleason: 8 (4+4).

DISCUSIÓN

En la literatura revisada no se encontraron casos de cáncer prostático que se presenten como obstrucción intestinal, ya que la clínica que se describe son principalmente síntomas obstructivos o irritativos urinarios, sexuales, inespecíficos, entre otros. Asimismo, al revisar la literatura y los estudios realizados sobre esta patología, se encontró que el 90 % de la metástasis por cáncer de próstata se encuentra en hueso y el resto está representado por otros órganos, por lo tanto, se presenta este caso clínico debido a lo infrecuente de encontrar metástasis hepáticas en pacientes con cáncer de próstata. Además el pronóstico y conducta ante esta enfermedad está determinada por la ausencia o presencia de metástasis.

REFERENCIAS

1. Johansson J, Andrén O, Andersson SO, Dickman P, Holmberg L, Magnuson A, et al. Natural history of early, localized prostate cancer. *JAMA*. 2004;291(22):2713-2719.
2. Rubin M, De Marzo A. Molecular genetics of human prostate cancer. *Modern Pathol*. 2004;3:1-9.
3. Winter SF, Cooper AB, Greenberg NM. Models of metastatic prostate cancer: A transgenic perspective. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2003;1(6):204-211.
4. Murphy W. The current status of the pathology of prostate cancer. *Am J Clin Pathol*. 1988;6:1-11.
5. Aus G, Abbou C, Heidenreich A, Schmid HP, Poppel H, Wolff J, et al. Guidelines on Prostate Cancer. *European Association of Urology*. 2003.