

METASTÁSIS INTRAABDOMINAL Y PÉLVICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

RESISTENTE A TERAPIA DE BLOQUEO ANDROGÉNICO TOTAL

HUGO RUÍZ, ÁMBAR GUZMÁN, ZAREIDA BOTTINI, JOSÉ MEDINA, MARILUZ RODRÍGUEZ, ONEIDA PARRA, CARMEN UMBRÍA, LUISA GONZÁLEZ

DEPARTAMENTO DE TERAPÉUTICA ONCOLÓGICA, HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO", CARACAS, DISTRITO CAPITAL, VENEZUELA

RESUMEN

Los sitios habituales para metástasis de cáncer de próstata son en ganglios linfáticos regionales, vejiga, hueso, pulmón, hígado, un escaso porcentaje en otras localizaciones, como retroperitoneo y mediastínicas. Cirugía y radioterapia constituyen el tratamiento estándar de la enfermedad localizada. El uso de la terapia hormonal ha sido el principal abordaje oncológico en el tumor hormonosensible. La quimioterapia recientemente ha arrojado una alternativa terapéutica para estos tumores. Deprivación androgénica produce una disminución en niveles del antígeno prostático específico, regresión de masas tumorales medibles y período de estabilidad clínica. Paciente masculino de 60 años de edad, con adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante de próstata Gleason 10, localmente avanzado, bajo tratamiento con bloqueo androgénico total, quien refirió dolor abdominal, aumento de volumen progresivo en hipogastrio y estreñimiento. Biopsia de tumor abdominal: adenocarcinoma de próstata poco diferenciado metastásico. Quimioterapia con docetaxel provee un mejor soporte para los pacientes con cáncer de próstata metastásico, andrógeno independiente.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, próstata, hormono resistente, terapia de ablación androgénica, quimioterapia, docetaxel.

SUMMARY

The common sites for metastasis of prostate cancer are lymphatic's regional nodule, bladder, bones, lung, liver, a small percentile of cases are present in other localizations how retro peritoneum, mediastinum. The surgery and radiation therapy are the standard treatment for disease localizes lesions. The use of hormonal therapy is the principal oncological treatment for hormone sensitive tumors. Recently chemotherapy treatment are and therapeutic alternative for this kind of tumors. Androgenic suppression produces a decrease of the levels for specifically prostate antigen, regression of the measure mass tumors and a clinical stable period. Masculine patient of 60 years old with less differentiated prostate adenocarcinoma Gleason 10, locally advanced, underwent suppression androgenic treatment, which refer abdominal pain and increase of the hipogastric volume. The biopsy of the abdominal tumor: Metastatic less differentiated adenocarcinoma of the prostate. Chemotherapy with docetaxel improves the support for the patients with metastatic prostate cancer metastásico androgenic independence.

KEY WORDS: Cancer, prostate, hormonal resistant, ablation therapy, chemotherapy, docetaxel.

INTRODUCCIÓN

E

l cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales⁽¹⁾. Representa el 29 % de las neoplasias malignas, y el 11 % de las muertes por cáncer

Recibido: 26/05/2009 Revisado: 24/06/2009

Aceptado para publicación: 27/07/2009

Correspondencia: Dr. Hugo Ruiz. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" Urb. Artigas, Av. José Ángel Lamas, San Martín, Caracas. Tel: 02124061341.

E-mail: hugoruizhenriquez@yahoo.com

en los varones. La cirugía y la radioterapia constituyen el tratamiento estándar de la enfermedad localizada. La terapia estándar en la enfermedad metastásica es la ablación androgénica por medio quirúrgico o médico. La deprivación androgénica produce una disminución en los niveles del antígeno prostático específico (PSA), una regresión de masas tumorales medibles y un período de estabilidad clínica en el que el tumor no sufre variaciones en tamaño, seguido de un período variable de tiempo en el que se incrementa el PSA, reaparece la proliferación del tumor y se produce una progresión de la enfermedad tumoral clínicamente detectable ⁽²⁻⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años de edad, con antecedente de adenocarcinoma (ADC) poco diferenciado infiltrante de próstata Gleason 10 (5 + 5) localmente avanzado, abril 2008; bajo tratamiento con bloqueo androgénico total, quien refirió dolor abdominal, aumento de volumen progresivo en hipogastrio y estreñimiento. Biopsia por punción con aguja fina de próstata (09/04/08): ADC poco diferenciado infiltrante del lado derecho, Gleason 5 + 5. Ecografía abdominal (26/01/09): lesión de ocupación de espacio (LOE) intrabdominal a nivel de hipogastrio de 11 cm x 10 cm, que desplaza la vejiga. Tomografía axial computarizada de abdomen pelvis (06/02/09): gran LOE que ocupa toda la cavidad pélvica y desplaza los órganos del abdomen, hidronefrosis bilateral grado III. Endoscopia digestiva inferior (28/01/09): hemorroides externas grado I. Ecografía prostática (28/01/09): Diámetro longitudinal 81,7 mm; diámetro transversal 61,8 mm; diámetro anteroposterior 88 mm; volumen

232 cm³. Alteración de la estructura de la cápsula. PSA total: 100 ng/mL. Toma biopsia de tumor abdominal (13/02/09): ADC de próstata poco diferenciado metastásico. Inicia tratamiento con quimioterapia con una evolución tórpida.

DISCUSIÓN

La evidencia clínica describe que los sitios más habituales para las metastásis de cáncer de próstata se ubican en distintos tejidos, destacando ganglios linfáticos regionales, vejiga, hueso, pulmón, hígado y apenas en un escaso porcentaje otras localizaciones misceláneas, como el retroperitoneo y mediastínicas ⁽¹⁻³⁾. El uso de la terapia hormonal ha sido clásicamente el principal abordaje oncológico en el tumor hormonosensible que usualmente presenta una escala de Gleason baja; siendo las variedades poco diferenciado mal respondedor a esta terapia presentando un comportamiento biológico más agresivo. La quimioterapia recientemente ha arrojado una alternativa terapéutica para este tipo de tumores ^(3,4). Tannock y col. ⁽⁵⁾, demostraron que el uso de docetaxel con prednisona en ciclos administrados cada 3 semanas, fue superior en tasas de respuestas en términos de dolor y descenso de los niveles de PSA, así como también en calidad de vida al paciente, al ser comparados con el esquema clásico de mitoxantrona más prednisona. De la misma manera, Petrylak y col., obtuvieron una mejoría en el promedio de supervivencia cercana a los dos meses con docetaxel y estramustine al ser comparadas con mitroxantrona y prednisona, proveyendo un mejor soporte para los pacientes masculinos con cáncer de próstata metastásico, andrógeno independiente ⁽³⁾.

REFERENCIAS

1. Jemal A, Tiwari RC, Murray T, Ghafoor A, Samuels A, Ward E, et al. Cancer Statistics 2004. *CA Cancer J Clin.* 2004;54:8-15.
2. Kasimis B, Wilding G, Kries W. Survival of patients who had salvage castration after failure on bicalutamide monotherapy for stage D2 prostate cancer. *Can Cer Invest.* 2000;18:602-608.
3. Petrylak DP, Tangen CM, Hussain MH, Lara PN Jr, Jones JA, Taplin ME, et al. Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer. *N Engl J Med.* 2004;351(15):1513-1520.
4. Montie J, Wood D, Mendendorp S, Levin H, Pontes J. The significance and management of transitional cell carcinoma of the prostate. *Semin Urol.* 1990;7:262-268.
5. Tannock I, Wit R, Berry W, Horti J, Pluzanska A, Chi K. Docetaxel plus prednisona or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med.* 2004;351:1502-1512