

MANIFESTACIONES PULMONARES DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Dres. Carlos Sucre M., René Sotelo N., Raúl Vera G., Esther Arbona, Oswaldo Karam
Instituto Médico La Floresta, Caracas, Venezuela

RESUMEN.

Un paciente con carcinoma de próstata estadio D2, se presenta con metástasis pulmonares. El tratamiento consistió en hormonoterapia con bicalutamida y acetato de goserelin, obteniéndose excelente respuesta. El paciente está vivo 8 meses después sin evidencia clínica de enfermedad. Las manifestaciones pulmonares del carcinoma de próstata son discutidas. Las metástasis pulmonares por carcinoma de próstata son un hallazgo frecuente postmortem, ocurriendo en el 25 a 38% de las autopsias. A pesar de esta frecuencia es raramente diagnosticado clínicamente, siendo reportada una frecuencia del 3 al 6% de los casos,^{4,8,9}. Nosotros presentamos un caso con carcinoma de próstata estadio D2 con metástasis pulmonares y discutimos los aspectos clínicos, radiológicos y terapéuticos de esta entidad.

REPORTE DE UN CASO

Un hombre de 65 años que consultó por dolor de columna lumbar, irradiado al miembro inferior derecho de un mes de evolución, con una pérdida de peso de 15 Kg, trastornos obstructivos urinarios bajos, niega síntomas respiratorios. Al examen físico las maniobras de compresión radicular fueron positivas, la próstata estaba aumentada de tamaño, pétérea, fija, el resto del examen estaba normal. Niega antecedentes de importancia.

Se le practica Rx simple de columna la cual no fue concluyente, y una RM de columna lumbar mostró afectación de varios cuerpos vertebrales. Un Gamma Grama óseo que fue positivo para múltiples lesiones osteoblásticas predominantemente en el eje axial, la TAC de abdomen y pelvis reveló voluminosas masas ganglionares retroperitoneales y pélvicas, y la Rx de tórax de ingreso reveló numerosos nódulos en ambos campos pulmonares. Datos de laboratorio: PSA más de 1200 ng /ml, la biopsia reportó un ADC de próstata pobremente diferenciado, con un Gleason de 8. Se inicia el tratamiento con bicalutamida 50 mg/día, y al octavo día se comienza el acetato de

goserelin 3.6 mg subcutáneos mensuales, además de radioterapia en columna lumbar. La evolución clínica fue extraordinaria con desaparición de los síntomas lumbares y mejoría de los trastornos obstructivos urinarios bajos, desaparecieron las imágenes pulmonares, y las masas ganglionares retroperitoneales abdominales y pelvianas. El PSA descendió a cero y luego de 8 meses de seguimiento en Rx tórax es normal y la TAC abdomino-pélvico también es normal. El PSA continua en cero, la fosfatasa ácida fracción prostática normal, y sigue libre de síntomas urinarios bajos y de origen sistémico además de observarse un aumento de peso de 17 Kg.

DISCUSIÓN

El carcinoma de próstata es el cáncer más frecuente y constituye la tercera causa de muerte por cáncer en hombres, siguiendo al cáncer de pulmón y al de colon y recto. El carcinoma de próstata se puede presentar como una lesión localizada o como una lesión invasiva con metástasis sistémicas. La diseminación a distancia puede ocurrir por el sistema linfático o por vía hemática,

Las metástasis óseas constituyen la forma más común de diseminación hematogénea.

De acuerdo al patrón radiológico de las metástasis pulmonares cáncer de próstata, en la placa simple de Tórax, Legge y asociados han descrito dos categorías simple o múltiples discretos nódulos, y 2.- patrón lineal intersticial, característico de la diseminación linfática como densidades finas lineales, que apuntan o (líneas A de Kerley) o perpendicular a la superficie pleural (líneas B de Kerley)². A pesar de la alta incidencia de carcinoma de próstata, hay controversia literatura concerniente a la incidencia de los diferentes patrones de metástasis intratorácicas. La linfangitis pulmonar metastásica ha sido descrita como recurrente que las metástasis nodulares por alguno autores^{2,3}, pero otros describen a la forma de metástasis nodular como la más común^{4,5}, el derrame pleural lo ha sido considerado como inusual en el carcinoma prostático metastático^{1,2}. Las adenopatías mediastínicas y las metástasis endobronquiales como pocas comunes^{5,6,7}. Las metástasis pulmonares por carcinoma de próstata son un hallazgo frecuente postmortem, ocurriendo en el 25 a 38% de las autopsias. A pesar de esta frecuencia es raramente diagnosticado clínicamente siendo reportada una frecuencia del 3-6% de los casos^{4,8,9}.

Entre las manifestaciones clínicas, el patrón nodular generalmente es asintomático y el patrón de linfangitis carcinomatosa se caracteriza por disnea progresiva, tos, debilitación y cor pulmonale subagudo, en ocasiones estos síntomas son la primera manifestación del cáncer de próstata y es debido a que éstos son refractarios al manejo médico clásico, de antibióticos, broncodilatadores, diuréticos y diuréticos, que se plantea el diagnóstico linfangitis carcinomatosa y se practican estudios de extensión en busca del primario^{3,4}. Además del cáncer de próstata los de bronquios, estómago, páncreas y mama son considerados tumores que comúnmente se diseminan a los vasos linfáticos pulmonares². Se han descrito casos de severas hemoptisis por metástasis endobronquiales de carcinoma de próstata^{6,8}. Adicionalmente es importante clínicamente tener presente que aún cuando han sido descritos casos de metástasis pulmonares en ausencia de metástasis óseas es poco común¹⁰.

Reportes previos sugerían que la deprivación androgénica a menudo en producir mejoría significativa de los pacientes con metástasis pulmonares⁸. Sin embargo, algunos reportes

han demostrado una respuesta dramática a los estrógenos. Lome trató 3 pacientes con dietilestilbestrol 1 gr. en 250 cc de solución salina normal EV por 5 días, seguido de 1 gr. en días alternos hasta una dosis total de 10 gr. con mantenimiento de 5 mg. VO, además a 2 de ellos se les practicaron orquidectomías, obteniendo dramática mejoría de los síntomas respiratorios, con mejoría objetiva en el Rx de tórax, 2 de los pacientes tuvieron una remisión de los síntomas por 19 y 20 meses respectivamente y el otro por 7 meses, Lome concluye que la terapia estrogénica prolonga la remisión sintomática y la supervivencia⁴. Bolton reporta un caso de adenocarcinoma de la próstata con metástasis pulmonares confirmadas histológicamente, que recibió tratamiento con etilbestrol 5 mg. TID, la evidencia clínica de enfermedad desapareció por más de 6 años. Fabozzi reportó una serie de 17 pacientes con metástasis pulmonares que no habían recibido tratamiento hormonal previo y 13 hormono refractarios que estando en tratamiento hormonal desarrollaron metástasis pulmonar, de los 17 vírgenes, 13 mejoraron luego de la orquidectomía bilateral con una supervivencia media de 25 meses, de los 13 refractarios que recibieron orquidectomía bilateral los que no la tenían y diferentes regímenes de quimioterapia, 4 pacientes respondieron incluyendo los 2 a los que se les practicó orquidectomía bilateral con una supervivencia media de 13 meses. Sin embargo la diferencia de supervivencia entre ambos grupos no fue significativa. La metástasis pulmonar no necesariamente predice un mal pronóstico cuando se encuentra como sitio inicial de la enfermedad metastásica. La progresión de enfermedad con metástasis pulmonares en los casos hormono refractarios es de mal pronóstico, pero similar a la progresión metastásica a otros órganos. Falkowski reporta un caso estadio D2 con metástasis pulmonar confirmadas por biopsia, tratado con orquidectomía y etinil estradiol 0.05 mg diarios, permaneciendo libre de evidencia de enfermedad luego de 14 años. Es interesante que las metástasis pulmonares por cáncer de próstata tienen una evolución diferente, y en ocasiones pueden obtenerse largos períodos libres de enfermedad, por lo cual es importante tener presente esta entidad entre los diagnósticos diferenciales.

El caso que presentamos mostró una excelente respuesta a la combinación de antiandrógeno con agonistas LH, otra de las alternativas de bloqueo androgénico completa, faltan estudios prospectivos y comparativos para concluir si estos períodos libres de enfermedad, modifican o no la supervivencia del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jerry S. Apple, David F. Paulson et al: Advanced Prostatic Carcinoma: Pulmonary Manifestations. Radiology 1985; 154: 601-604.
2. David A. Legge et al: Roentgenologic Features of Pulmonary Carcinoma of the Prostate. Am. J. Raentgenol. III:360 (1971).
3. M-J- Varkarakis, et al: Lung Metastases in Prostatic Carcinoma. Urology. April 1974 Val. III, N° 4. 447-451.
4. Lean G. Lome and Thomas John: Pulmonary Manifestations of Prostatic Carcinoma. J. Urol. 109:680 (1973).
5. Marvin M. Lindell, et al : Mediastinal Metastases from Prostatic Carcinoma J Urol 1982, 128:331-334.
6. Lalli C. Goda H, Raju L. Multiple Endobronchial Metastases from Carcinoma oi the Prostate, Urology 1983;21:164-5.
7. Saitoh et al: Metastatic Patterns of Prostatic Cancer. Cancer 54:3078-3084,1984.
8. Fabozi S. et al, Pulmonary Metastases from Prostate Cancer. Cancer 2706-2709. 1995.
9. Falkowski and O'conor, Long Term Survivor oi Prostatic Carcinoma with Lung Metastases. J -Urol 1981; 125: 260-262.
10. Bromberg et al. Isolated Pulmonary Metastases from Carcinoma of the Prostate. J Urol 1989 ;141: 137-139.
11. Barrett Bolton, Pulmonary metastases from carcinoma of the prostate: incidence and a case report of long remission. J Urol: 1965 94:73-7.