

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de un paciente con adenocarcinoma neuroendocrino de próstata

Presentation of a Patient with Prostate Neuroendocrine Adenocarcinoma

Arnel Pupo Ricardo¹, Daniel Arias Abreu², Yanicey Ayón Tamayo³, Nersa Grass Hernández⁴

1. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Urología. Asistente. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

2. Especialista de Primer Grado en Oncología. Asistente. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

3. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

4. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.

RESUMEN

El cáncer de próstata comúnmente afecta al hombre después de sus 50 años, la evolución es lenta, con variedad histológica de adenocarcinoma presente en aproximadamente el 95%. No es frecuente encontrar diferenciaciones histológicas de tipo neuroendocrina. Se presentó un hombre de 29 años de edad, procedente de Banes, que por dolores perineales y molestias en el acto sexual asiste a Consulta de Urología del Hospital Lenin de Holguín, donde es tratado como proceso inflamatorio prostático y se utilizan fármacos antimicrobianos y antiinflamatorios. Al no obtener mejoría se realizan otros estudios y el antígeno prostático específico informó valores elevados; al tacto rectal se detectaron cambios de consistencia, se sugirió una biopsia de próstata que al realizarla arrojó tumor adenocarcinoma neuroendocrino de próstata. Al consultar la bibliografía se encontró la no disponibilidad de protocolos terapéuticos específicos para estos casos, pero de forma general se utiliza etopósido y cisplatino. La evolución fue

tórpida y pronta la aparición de metástasis óseas, hepáticas, mediastínicas, ascitis y dificultad respiratoria hasta el agobio y muerte del paciente a los 19 meses de definido el diagnóstico.

Palabras clave: adenocarcinoma, neuroendocrino, próstata.

ABSTRACT

Prostate cancer commonly affects men after age 50; the evolution is slow, with histological variety of adenocarcinoma present in approximately 95%. It is not frequent to find histological differentiations of neuroendocrine type. A 29-year-old man from Banes was presented with perineal pain and discomfort during the sexual intercourse. The patient was assisted at Urology Consultation of the Lenin Hospital in Holguín where he was treated as a prostatic inflammatory process and antimicrobial and anti-inflammatory drugs were used. Other studies were not obtained and the prostate specific antigen reported high values; rectal examination revealed changes in consistency, a prostate biopsy was suggested, revealing a neuroendocrine adenocarcinoma of the prostate. When consulting the literature, specific therapeutic protocols were not available for these cases, but generally etoposide and cisplatin were used. The evolutions was torpid and rapid the appearance of bone, hepatic, mediastinal and ascites metastases as well as respiratory distress until the patient's death, at 19 months the diagnosis was defined.

Keywords: adenocarcinoma, neuroendocrine, prostate.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma prostático convencional es el más común, 95% de todos los tumores maligno prostáticos, su diagnóstico y evaluación del grado histológico tumoral se correlaciona con el potencial invasivo y metastásico¹. Las diferenciaciones neuroendocrinas son infrecuentes, forman parte del 5% de las neoplasias prostáticas y muy agresivas; hasta la fecha informados menos de 200 casos en la literatura mundial². El diagnóstico se realiza por estudio de patrón histológico característico e inmunohistoquímicas³.

La experiencia de cáncer neuroendocrino norma como conducta terapéutica la utilización de quimioterapia sistémica y en cáncer de próstata se asocia a bloqueo androgénico total y radioterapia, además, de la cirugía radical temprana, es hasta el momento controversial la mejor opción⁴. A pesar de los tratamientos el pronóstico es pobre y la sobrevida media es de alrededor de siete meses, aunque algunos señalan de 5 a 17 meses⁵.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino, 29 años de edad y antecedentes de salud, del municipio de Banes en Holguín que asistió a consulta pues al mantener relaciones sexuales presenta molestias dolorosas en el periné que progresaron incluyendo los testículos y sensaciones punzantes en el recto y el pene, tal malestar lo alejan de la práctica sexual. Acudió a consulta de atención primaria en municipio Banes en marzo 2014, estudios básicos mostraron parámetros normales y se medicó con cotrimoxazol dos tabletas de 480 mg cada 12 h por siete días y piroxicam una dosis diaria vía rectal por cinco días. A la mejoría reinició sus prácticas sexuales y los síntomas se agudizaron. Fue remitido a Consulta Urológica del Hospital Lenin se examinó la próstata y se confirmaron características inflamatorias agudas, aumento de volumen, tensión e intenso dolor. Se realizaron estudios generales y otros como urocultivo, espermocultivo, test de clamidias y micoplasma, resultando todos negativos, mientras cumplía tratamiento (ciprofloxacino dos tabletas 250 mg cada 12 h por diez días, ibuprofeno tabletas 400 mg cada ocho horas por siete días).

El examen evolutivo de próstata encuentra cambios de consistencia indurada sugerente tumoral en zona nodular de alrededor de dos centímetros de diámetro, dolorosa en lóbulo izquierdo cercano al apex.

En la ecografía transabdominal se describió próstata heterogénea de dimensiones 33 x 43 x 36 mm. La ecografía transrectal detalló próstata de 30 x 45 x 40 mm con volumen de 29 cm², heterogénea e imagen hipoecogénica hacia la zona periférica, al corte longitudinal ocupó un plano anterior y comprometía al apex que mide 25 x 13 mm y vascularización periférica. En la panendoscopia se informó normalidad de la anatomía uretroprostatovesical. El antígeno prostático específico (PSA) reveló valores totales de 6,46 ng/ml y libre de 38,64%. En el estudio histopatológico prostático se informó tumor adenocarcinoma neuroendocrino de próstata.

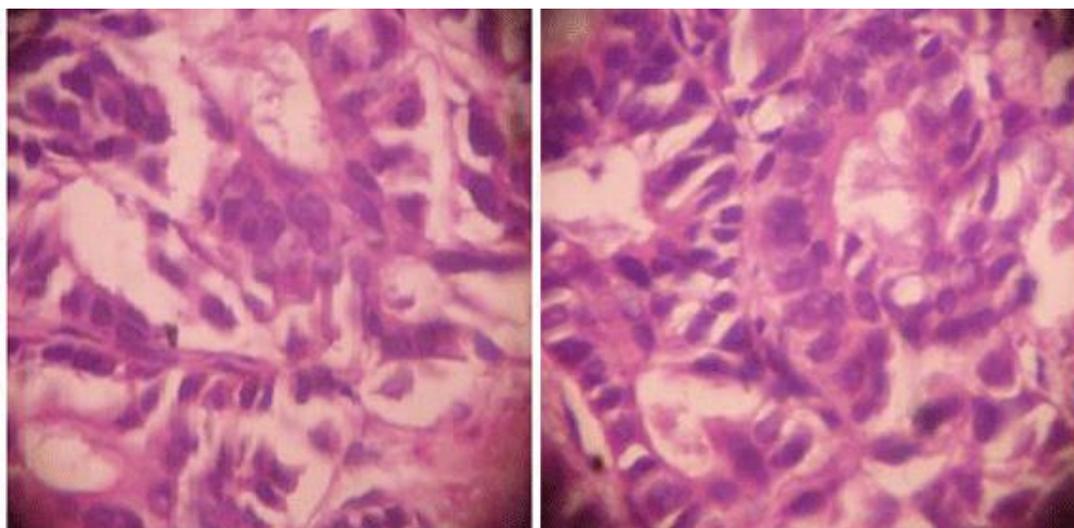


Fig. 1. Imagen microscópica de adenocarcinoma neuroendocrino de próstata

La tomografía axial computarizada mostró próstata de 35 x 44 x 28 mm que a la inyección de contraste muestra textura heterogénea sin calcificaciones, no adenomegalias intrapélvicas, imagen hiperdensa de aspecto osteoblástica a nivel del isquion derecho de 6 x 10 mm y otra de iguales características próxima al trocánter mayor de 7 x 5 mm. Ante este diagnóstico se señaló el uso de etopóxido y cisplatino^{6, 7}, se cumplen varios ciclos terapéuticos.

Evolución del paciente

El dolor perineal se acentuó en intensidad y persistencia, apareció además dolor localizado en región lumbosacra e hipocondrio y flanco derecho que exigieron el uso de analgésicos opiáceos (morfina 20 mg subcutáneo cada seis horas). Apareció distensión creciente del abdomen, alteraciones respiratorias dadas por disnea y polipnea con esfuerzo que empeoraba hasta la dependencia de oxigenoterapia y broncodilatadores. La radiografía del tórax expone numerosas imágenes orientadoras de adenopatías mediastinales y lesiones pulmonares diseminadas bilateralmente, metástasis. El PSA mostró tendencia a la elevación de sus valores ([tabla I](#)).

Tabla I. Comportamiento del PSA en orden consecutivo de realización del estudio

| Rangos de PSA (ng/ml) | Comportamiento del PSA | | | | |
|-----------------------|------------------------|------|-----|------|------|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º |
| >80 | - | - | - | - | - |
| 11 - 80 | - | 18,2 | - | 19,2 | 21,9 |
| 4 - 10 | 6,64 | | 4,7 | | |
| 0 - 4 | - | - | - | - | - |

Fuente: datos del autor

Ecográficamente fueron descritas: gran colección ascítica, próstata con dimensiones 33 x 46 mm y crecimiento intravesical con características heterogéneas, en el lóbulo medio nueva lesión aspecto nodular 13 x 9 mm, hígado heterogéneo con múltiples imágenes de aspecto metastásico diseminadas, riñones de características normales, múltiples adenopatías periaórticas, aspecto metastásico y gran esplenomegalia. En estado de postración los alimentos fueron rechazados, solo toleraba líquidos por dificultades para la deglución. Este paciente sufrió deterioro progresivo, caquéctico, agobio respiratorio y falleció a los 19 meses del diagnóstico.

DISCUSIÓN

La diferenciación neuroendocrina del tumor prostático muestra cambios histopatológicos que pueden modular el comportamiento biológico del tumor. No está claro el significado de la presencia de células neuroendocrinas y sus funciones en el tejido prostático normal. Al respecto se dispone de poco, los mayores logros son descriptivos y su interpretación genera contradicciones. Sin embargo, es aceptada la idea de que la demostración de su existencia puede ayudar a comprender la interrelación entre diferenciación neuroendocrina y pronóstico, incluso entre la coexistencia de diferenciación neuroendocrina y la hormona independencia. Esto último pudiera resultar un camino para comprender y actuar frente a la hormona resistencia del adenocarcinoma convencional.

El cáncer de próstata puede afectar a hombres jóvenes como este, de los revisados resultó ser el más joven reportado, pues se refiere que la incidencia incluso de las variedades neuroendocrinas aparece luego de los 50 años como refiere Agüero Gómez, que es el único caso reportado en Cuba⁸. En Holguín no se reportan casos de este tipo de cáncer prostático⁹.

El tacto rectal además de ser importantísimo en el examen de todo paciente, es en estos donde particularmente constituye la principal herramienta orientadora del diagnóstico para discriminar entre procesos inflamatorios y de otro tipo. La disponibilidad del PSA incluso ante valores bajos o no tan elevados, no debe ser motivo de descarte de las neoplasias de próstata, pues algunas de ellas no lo expresan con cifras elevadas.

Los carcinomas neuroendocrinos de próstata son poco frecuentes, agresivos y mayormente diagnosticados en etapas avanzadas. No se obtuvieron resultados favorables al tratamiento. Se refirieron mejoras al asociar bloqueo hormonal completo lo cual es más aceptado para el tumor mixto con presencia de adenocarcinoma convencional. Por lo infrecuente del diagnóstico y más aún en hombre tan joven, se consideró importante compartir esta experiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tarján M. Prognostic significance of focal neuroendocrine differentiation in prostate cancer: cases with autopsy-verified cause of death. *Indian J Urol.* 2010[citado 27 mar 2017]; 26(1):41-45. Disponible en: <http://www.indianjurol.com/text.asp?2010/26/1/41/60442>
2. Glück G, Mihai M, Stoica R, Andrei R, Sinescu I. Prostate cancer with neuroendocrine differentiation-case report. *J Med Life.* 2012[citado 26 mar 2017]; 5(1):101-104. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307067/pdf/JMedLife-05-101.pdf>
3. Epstein JI, Amin MB, Beltran H, Lotan TL, Mosquera JM, Reuter VE, *et al.* Proposed morphologic classification of prostate cancer with neuroendocrine differentiation. *Am J Surg Pathol.* 2014[citado 27 mar 2017]; 38(6):756-767. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4112087/>
4. Arenas Reyes NJ, Manuel Moreno LA, Carrillo Rodríguez AP, Fonseca Buitrago CL, Daza Almendrales FP. Diferenciación neuroendocrina en cáncer de próstata. Revisión de la literatura. *Rev Urol Colombiana.* 2014[citado 26 mar 2017]; 23(1):39-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1491/149131193008/>
5. Wang HT, Yao YH, Li BG, Tang Y, Chang JW, Zhang J. Neuroendocrine Prostate Cancer (NEPC) Progressing From Conventional Prostatic Adenocarcinoma: Factors Associated With Time to Development of NEPC and Survival From NEPC Diagnosis—A Systematic Review and Pooled Analysis. *J Clin Oncol.* 2014[citado 27 mar 2017]; 32(30): 3383-3390. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2013.54.3553>
6. Martínez Cornelio A, González Pérez J, Tabares García FJ, Ramos Salgado F, Alvarado Cabrero I, Hernández Toriz N. Bloqueo androgénico total en el manejo del cáncer de próstata neuroendocrino. *Cir Ciruj.* 2009[citado 26 mar 2017]; 77(4):293-299. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66211210007>
7. Conteduca V, Aieta M, Amadori D, De Giorgi U. Neuroendocrine differentiation in prostate cancer: current and emerging therapy strategies. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2014[citado 27 mar 2017]; 92(1):11-24. Disponible en: <http://www.croh-online.com/article/S1040-8428%2814%2900087-0/pdf>
8. Agüero Gómez JL, Cepero Olivera PJ, Duarte Vilariño A, García Cepero D. Microcitoma de próstata o tumor de células pequeñas. Un nuevo reporte. *MEDICIEGO.* 2014[citado 27 mar 2017]; 20(Supl 1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%201_14/casos/T13.html

9. Reyes Rodríguez S, Vega Jiménez J, Rodríguez Pérez D. Síndrome mediastinal como forma de presentación de un adenocarcinoma prostático. CCM. 2016 [citado 4 ene 2017]; 20(3). Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2295>

Recibido: 4 de enero de 2017

Aprobado: 27 de enero de 2017

MSc. *Arnel Pupo Ricardo*. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: arnelpr@infomed.sld.cu