



## CASO CLÍNICO

Adenocarcinoma de próstata metastático  
en paciente joven. Reporte de un caso  
y revisión en la literatura*Cáncer de próstata en paciente joven*Valenzuela López R.,<sup>1</sup> Landa Soler M.,<sup>2</sup> Brindis Zavaleta M.<sup>3</sup>

## RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 37 años de edad que ingresó al servicio de urgencias porque presentó retención aguda de orina. Después se le realizó RTUP fuera de nuestro servicio y hubo resultado histopatológico de adenocarcinoma de próstata. Se estudió al paciente que al inicio presentaba antígeno prostático de 3.4 ng/ml, así como gammagrafía ósea positiva a metástasis. El paciente se trató con bloqueo hormonal total y ácido zoledrónico y no mostró una adecuada respuesta.

**Palabras clave:** cáncer metastático de próstata en pacientes jóvenes, retención aguda de orina, gammagrafía ósea, resultado histopatológico, quimioterapia.

## SUMMARY

A 37 years old man was admitted to the emergency room suffering acute urinary retention. Posteriorly he underwent TURP with histopatological results of prostatic adenocarcinoma. The prostatic specific antigen was 3.4 ng/ml and had positive metastatic bone scane. Was initially treated with total hormonal blockade and zoledronic acid with unsatisfactory response.

**Key words:** metastatic prostate cancer in young patient, acute urinary retention, bone scane, histopatological result, chemotherapy.

1 Residente de tercer año de urología, Servicio de Urología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE. 2 Profesor titular del servicio (posgrado), Servicio de Urología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE. 3 Residente de tercer año de anatomía patológica, Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE.

Correspondencia: Avenida Universidad #1321, Col. Florida C.P. 01030 Tel: 5322-2600.

## Abreviaturas

- RTUP: Resección transuretral de próstata.
- RAO: Retención aguda de orina.
- TAC: Tomografía axial computarizada.
- APE: Antígeno prostático específico.
- EGO: Examen general de orina.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el tumor maligno más común en el hombre; uno de cada seis hombres será diagnosticado con esta patología en algún momento de su vida.<sup>1</sup>

La incidencia en pacientes menores de 50 años de edad es de 0.8 a 1.1%, y la bibliografía ha reportado menos de veinte casos de cáncer de próstata en pacientes menores de 40 años de edad.<sup>2</sup>

En general, el adenocarcinoma de próstata en pacientes jóvenes se presenta de manera agresiva y muestra Gleason elevado y metástasis. En algunas

ocasiones se manifiesta sin datos clínicos de obstrucción urinaria, o hematuria, y en la mayoría de las ocasiones, con linfadenopatía generalizada, lo que hace pensar en una patología no urinaria.<sup>3,4</sup>

La etiología del cáncer de próstata aún no se comprende del todo; evidencias epidemiológicas sugieren la participación de factores ambientales que desempeñan una importante función en la patogenia. Por ejemplo, el riesgo a desarrollarlo aumenta cuando una persona se muda de un lugar de baja incidencia a uno de alta incidencia.<sup>5</sup> Aparentemente, esto se relaciona con los hábitos dietéticos.

Dentro de los factores hereditarios existe relación entre el cromosoma 1q24-25 y el cáncer de próstata, suele presentarse a edad más temprana que la del familiar y hay una menor diferenciación celular a la biopsia. En la sospecha de cáncer de próstata en etiología hereditaria existen factores clínicos que describió Carter, por ejemplo: cuando existen tres familiares directos (padre, hermanos) portadores del cáncer de próstata, si hay dos más familiares a quienes se les haya diagnosticado cáncer de próstata antes de los 55 años de edad, o si en la familia del paciente al menos en tres generaciones han habido diagnósticos de cáncer.<sup>6</sup>

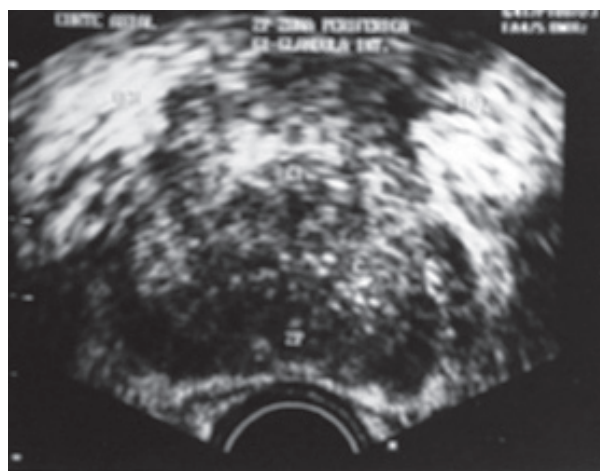
El tabaquismo es de los factores ambientales que más se relacionan con edad temprana y agresividad del cáncer. Giovannucci estableció la relación entre un índice tabáquico de 15 por 10 o más años y cáncer de próstata con Gleason arriba de 7.<sup>5</sup>

Históricamente se pensaba que el cáncer de próstata era una enfermedad quimiorresistente, pero en los últimos diez años hay estudios establecidos que responden a la quimioterapia. Tannock y colaboradores demostraron que la mitoxantona con prednisona o hidrocortisona mejoraban la sintomatología e incrementaban la calidad de vida si se las comparaba con el uso único de esteroides. Estudios preclínicos sugieren que hay sinergia entre medicamentos como fosfato de estramustina y quimioterapia con taxanos. En la actualidad el empleo de docetaxel otorga mejor respuesta como quimioterapéutico.<sup>7</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 37 años de edad, sin antecedentes hereditarios familiares de importancia (des-

conoce información sobre su padre, cuenta con un medio hermano sano), con antecedente de tabaquismo con índice tabáquico de 10.5 en 20 años. El padecimiento actual se inició tres años antes de su internamiento; presentó disminución del calibre y chorro de orina, con goteo terminal, así como hematuria en dos ocasiones. Acudió a consulta con médico particular y no hubo seguimiento. Se presentó al servicio de urgencias de nuestro hospital mostrando retención aguda de orina de cinco horas de evolución, por lo que se solicita interconsulta a nuestro servicio de urología. Se informa de hallazgo de globo vesical, tacto rectal con próstata grado III, fácilmente palpable al tacto bimanual, de superficie nodular, pétrea, fija, no dolorosa, sin aumento de temperatura. Se instala sonda foley y se decide tratar por medio de la consulta externa. Sin embargo, el paciente no acude a sus consultas y vuelve un mes después a nuestro servicio de urología trayendo consigo estudios que le realizó un médico particular. Los resultados muestran lo siguiente: Hb: 14.4; urea: 31; creatinina sérica: 1.0; EGO: eritrocitos: incontables, leucocitos: 0-2 x c; APE de 3.4 ng/ml (dos semanas después de la RAO); ultrasonido transrectal de próstata con reporte de próstata de 80 cc, con una medición de: 66.3 x 44.2 x 52.5 (**figura 1**); urografía excretora (**figura 2**). Con base en estos estudios le realizaron, en un medio particular, resección transuretral de próstata, con reporte de patología de adenocarcinoma de próstata pobremente diferenciado de alto grado histo-



**Figura 1.** USG transrectal de próstata con imágenes hipoechoicas en zona periférica.



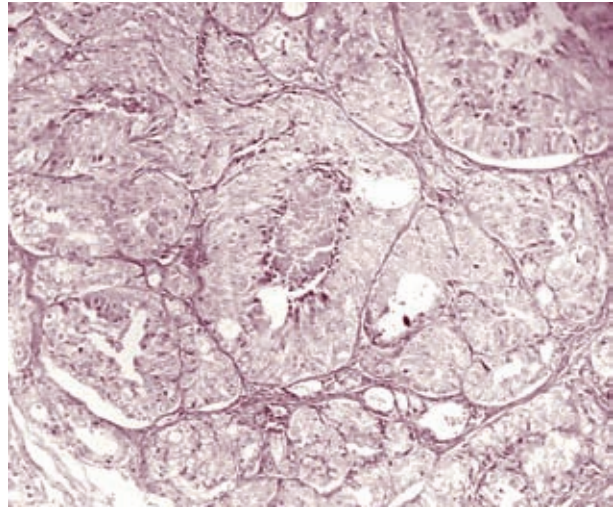
**Figura 2.** Urografía excretora con vejiga en pera que porta sonda foley.

patológico con Gleason 5+4, que afecta al 95% del espécimen con permeación linfática y perineural intratumoral.

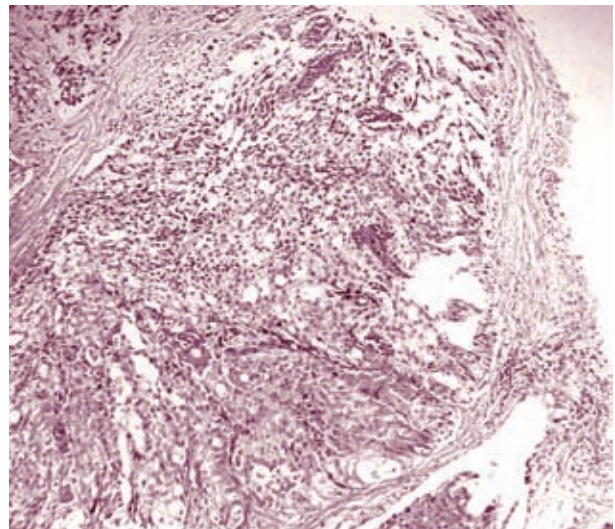
El servicio de anatomía de nuestro hospital estudió de nuevo las laminillas y se confirmó el diagnóstico comentado previamente (**figuras 3 y 4**).

Ante estos hallazgos le realizamos al paciente APE, el cual fue mayor a 100 ng/ml, TAC simple y contrastada sin evidencia de patología aparente (**figura 5**), gammagrama óseo con imágenes hiper captantes (**figura 6**).

Se inició tratamiento con bloqueo androgénico total y ácido zoledrónico. El paciente mostró un APE de 3.4 ng/ml durante dos meses y después se elevó a 42.3 ng/ml, por lo que se cambió a estramustina. No obstante, el APE continuó elevándose a más de 100 ng/ml por dos meses consecutivos, por lo que se cambió el tratamiento a docetaxel y prednisona (cuatro ciclos), y se presentó APE de 78, 81.9, 95 y mas de 100 ng/ml. Han transcurrido 15 meses desde que el paciente fue diagnosticado; ha presentado dolor óseo de manera importante, por lo que se han dado sesiones de radioterapia y ha sido necesario el uso de opiáceos. Sin embargo, el paciente continúa con dolor óseo que dificulta la ambulaci3n y no ha presentado respuesta ante la quimioterapia.



**Figura 3.** 40x, se aprecia patr3n de comedocarcinoma intra ductal con hematoxina y eosina.

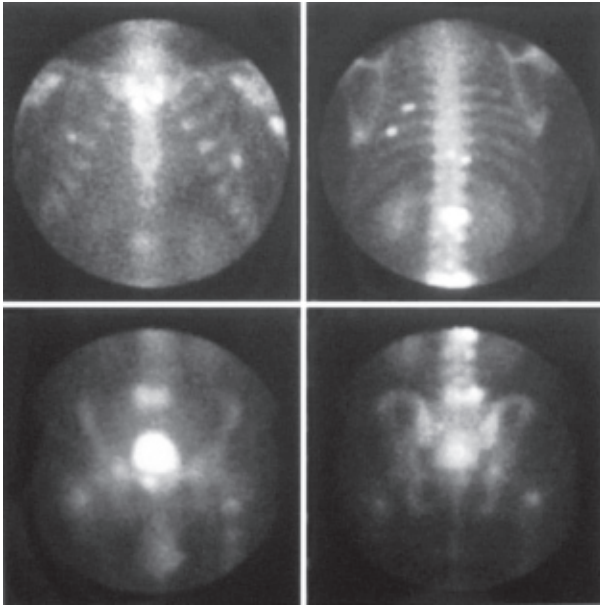


**Figura 4.** 10x, se aprecia patr3n cribriforme.



**Figura 5.** TAC p3lvica contrastada sin evidencia de patología.





**Figura 6.** Gammagrama óseo con zonas hipercaptantes en parilla costal, columna vertebral y fémur.

## DISCUSIÓN

Éste es un caso clínico raro, ya que no es frecuente la presencia antes de los 40 años de edad de adenocarcinoma de próstata.<sup>2</sup> Sin embargo, la forma de presentación concuerda con lo establecido en la bibliografía médica: agresiva y con metástasis.<sup>3</sup> En el paciente no encontramos datos clínicos relacionados con factores hereditarios según lo describe Carter,<sup>6</sup> ya que desconoce datos sobre su padre y cuenta con un medio hermano sano hasta el momento. Respecto a los factores ambientales relacionados, encontramos tabaquismo, ya que es un paciente joven con Gleason arriba de 7 y presencia de metástasis.<sup>5</sup>

Al principio se utilizó el bloqueo androgénico total y luego la estramustina. Hubo una respuesta parcial con cada uno de los medicamentos y después se elevó de nueva cuenta el APE, respuesta que correspondía a la pobre diferenciación celular. Por esta razón fue necesario cambiar a docetaxel

y prednisona;<sup>7</sup> sin embargo, la respuesta a estos medicamentos fue insatisfactoria porque no hubo cambios clínicos ni bioquímicamente. Consideramos que el pronóstico del paciente es sombrío.

## CONCLUSIÓN

El adenocarcinoma de próstata en pacientes menores de 40 años de edad es raro, y se presenta poco diferenciado, con metástasis óseas y mal pronóstico. Existen factores etiológicos de cáncer de próstata en pacientes jóvenes, por ejemplo: factores hereditarios con alteración del cromosoma 1q24-25 y el factor ambiental del tabaquismo intenso con la relación entre edad y Gleason. Actualmente el tratamiento con quimioterapia consiste en suministrar docetaxel y esteroides.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moul JW. Population screening for prostate cancer and emerging concepts for young men. *Clin Prostate Cancer*. 2003 Sep;2(2):87-97.
2. D'April M, Santini D, Di Cosimo S, Gravante G, Vicenzi B, Spoto S, Costantino S, Rabitti C, Tonini G. Atypical case of metastatic undifferentiated prostate carcinoma in a 36 years old man: clinical report and literature review. *Clin Ter*. 2000 Sep-Oct;151(5):371-4.
3. Sasaki H, Miki J, Hasegawa T, Hasegawa N. Prostatic cancer in a young adult: a report of 2 cases. *Hinkyokika Kiyo*. 2004 Jan;50(1):57-9.
4. Ahn MJ, Oh SJ, Lee YY, Jung TJ, Kim IS, Choi IY, Jang SJ. A case of prostate cancer in 34 years old man presenting with generalized lymphadenopathy mimicking malignant lymphoma. *J Korean Med Sci*. 1997 Jun;12(3):262-5.
5. William R, Platz E, Walsh P. Association of cigarette smoking with extraprostatic prostate cancer in young men. *J Urol*. 2003 Feb;169, 512-516.
6. Gronberg H, Isaacs S, Smith J, Carpten J, Bova S, Freije D. Characteristics of prostate cancer in families potentially linked to the hereditary prostate cancer 1 (HPC1) locus. *JAMA*. 1997 Oct ;278(15),1251-1255.
7. Cassandra N, Moore D. Update in the management of patients with hormone-refractory prostate cancer. *Curr Opin Urol*. 2005, 15:157-162.