



Adenocarcinoma de próstata sincrónico con linfoma linfocítico Hodgkin, manifestado clínicamente con sintomatología urinaria baja; presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Acevedo-García Christian,¹ Rosas RA,² Rubio ZU,³ Roque RG,¹ Arias LD.¹



■ RESUMEN

De todas las neoplasias malignas, sólo 0.2% son neoplasias hematológicas prostáticas, pueden ser de origen primario o secundario a una diseminación hematogéna de un mieloma, linfoma o leucemia. El linfoma no-Hodgkin afecta en 10% al tracto urinario, pero sólo 1% a la próstata; siendo más frecuente en varones mayores de 60 años. Se presenta el caso clínico de un masculino de 66 años que presentó desde seis meses previos a la visita, pérdida de peso de 30 kg, astenia, hiporexia, nicturia dos ocasiones, tenesmo vesical, pujo, polaquiuria, disuria y disminución de la fuerza del chorro urinario.

Palabras clave: Adenocarcinoma de próstata, tumor sincrónico, linfoma linfocítico, México.

■ ABSTRACT

Of all malignant neoplasia only 0.2% are prostatic hematologic neoplasia. They can be of primary origin or secondary to hematogenic dissemination of myeloma, lymphoma, or leukemia. Ten percent of non-Hodgkin lymphoma affects the urinary tract but only one percent affects the prostate. It is more frequent in men over sixty years of age. The clinical case is described of a 66-year-old man presenting with 30 kg weight loss, asthenia, hyporexia, nocturia (two interruptions), bladder tenesmus, straining, urinary frequency, dysuria, and decrease in urinary stream flow, all six months prior to consultation.

Keywords: Adenocarcinoma of the prostate, tumor synchronous, lymphocytic lymphoma, Mexico.

1 Médico Residente de Urología.

2 Jefe de la Sala de Uro-oncología.

3 Médico de Base del Servicio de Urología.

Hospital General de México, SSA, México, D. F.

Correspondencia: Dr. Christian Acevedo García. Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, México D. F. Teléfono: 2789 2000, Ext.: 1030. Correo electrónico: raisha08@hotmail.com

■ INTRODUCCIÓN

El linfoma es infrecuente que infiltre a próstata; presenta tasa del orden de 1/1000 de todos los tumores malignos de este órgano. La afección primaria de la próstata por linfoma es menos frecuente que los linfomas prostáticos secundarios (35% vs. 65%). Es frecuente en el linfoma no-Hodgkin, del cual se conoce su invasión externa a los nódulos linfáticos,¹⁻³ siendo menos frecuente el linfoma folicular y excepcional la infiltración por un linfoma Burkitt. Generalmente el linfoma se presenta alrededor de los 60 años y puede manifestar sintomatología urinaria baja, secundario a infiltración de la próstata. De la sintomatología que puede presentar, destacan: urgencia urinaria, polaquiuria, hematuria y retención aguda de orina.^{1,4-6} El linfoma, como tumor primario, y un sincrónico como el adenocarcinoma de próstata, es una situación extremadamente rara. La infiltración del linfoma no Hodgkin a la próstata es menor de 1% y en el linfoma Hodgkin es aún menor a esta cifra.⁵ Sin embargo, es raro diagnosticarlo, y con mayor frecuencia, sólo se señalan en autopsias.^{4,5} El pronóstico está correlacionado con el tipo histológico y la extensión hacia la próstata.^{4,7}

■ OBJETIVO

Informar sobre un caso de adenocarcinoma de próstata sincrónico con linfoma linfocítico Hodgkin, manifestado clínicamente por sintomatología urinaria baja, y revisar la bibliografía sobre el tema.

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 66 años de edad, con los antecedentes de plastia inguinal derecha hace 35 años, hipertensión arterial en tratamiento. Inició seis meses antes con pérdida de peso de 30 kg, astenia, hiporexia, nicturia en número de dos, tenesmo vesical, pujo, polaquiuria, disuria y disminución de la fuerza del chorro urinario. A la exploración física se evidenció: palidez de tegumentos, tórax sin alteraciones, abdomen con tumoración palpable en mesogastrio, dura, fija, de bordes regulares que mide aproximadamente 10 cm por 10 cm, extremidades inferiores con edema infra-rotuliano bilateral, Godete ++/+++, al tacto rectal próstata de 3 cm por 3 cm, aumentada de consistencia, móvil, bordes bien delimitados, eutérmica, no dolorosa, sospechosa, sin nódulos. Antígeno prostático específico (APE) 6.46 ng/dL, fracción libre 1.23 ng/mL, fracción libre 19%. Ultrasonido trans-rectal con toma de biopsia próstata de 2.7 cm por 2.4 cm por 3.4 cm (11.5 cc) y 12 g. Biopsia transrectal con el diagnóstico adenocarcinoma acinar de próstata Gleason 6 (3 + 3). Tomografía computarizada con múltiples adenopatías retroperitoneales periaórticas y retrocavales. Beta 2 microglobulina 3870 ng/mL. Se tomó biopsia

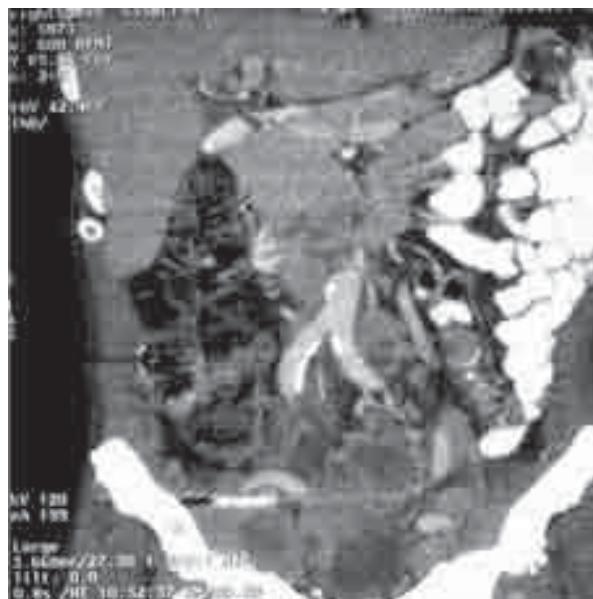


Imagen 1. Tomografía computarizada a su ingreso. Tumoración abdominal.

excisional de ganglio pélvico que reportó probable carcinoma metastásico de ganglios retroperitoneales con células metastásicas en 70% y 30% de linfocitos. Los estudios de inmunohistoquímica reportaron linfoma linfocítico Hodgkin clásico con tipo depleción linfoide. Se inició quimioterapia a base de dacarbazine 690 mg IV dos sesiones, adriamicina 46 mg IV dosis única, bleomicina 15 U IV y vinblastina 10 mg IV por tres sesiones. Con APE posquimioterapia de 0.97 ng/mL, fracción libre 0.21 ng/mL. Sin tratamiento para el adenocarcinoma de próstata (**Imágenes 1 y 2**).

Se presenta una reconstrucción tomográfica de la masa abdominal que corresponde al linfoma antes y posterior a la quimioterapia (**Imágenes 3 y 4**). Son cortes transversales a nivel prostático del infiltrado de linfoma a próstata al inicio y posterior a la quimioterapia.

■ DISCUSIÓN

La edad en la que se establece el linfoma, es alrededor de los 60 años;^{1,2} la presentación habitual es difícil de distinguir, ya que se presentan con sintomatología de vaciamiento, acompañados de fiebre, pérdida de peso, hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatías inguinales y sólo en 20%, elevación del antígeno prostático específico.^{1-4,6,7} El diagnóstico es difícil, ya que las biopsia



Imagen 2. Tomografía computarizada posterior a la quimioterapia del linfoma linfocítico.



Imagen 3. Cortes a nivel prostático antes de la quimioterapia del linfoma linfocítico.



Imagen 4. Cortes a nivel prostático después de la quimioterapia del linfoma linfocítico.

de próstata tiene una sensibilidad de 22%, por lo que se debe de detectar otro origen primario extraurinario o urinario.^{7,8} Habitualmente más de 60% de los pacientes fallecen del linfoma; la supervivencia a los 10 años es posible con quimioterapia.^{1,7-9}

■ CONCLUSIÓN

En la bibliografía existen pocos casos publicados sobre linfoma linfocítico de Hodgkin, infiltrante a próstata. Es necesario realizar diagnóstico diferencial en aquellos pacientes que presentan sintomatología urinaria baja con las siguientes patologías: prostatitis, leucemia, carcinoma de células pequeñas, pseudolinfoma, linfoma Hodgkin y linfoepiteloma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weimar G, Culp DA, Loening S. Urogenital involvement by malignant lymphomas. *J Urol* 1981;125:230-1.
2. Zein TA, Huben R, Lane W, et al. Secondary tumors of the prostate. *J Urol* 1985;133:615-6.
3. Bonavali SD, Mohandas KM, Iyer R, et al. Non Hodgkins lymphoma of the prostate: a rare site of primary extranodal presentation (report of two cases). *Indian J Cancer* 1991;28:70-4.
4. Bostwick DG, Iczkowski KA, Amin MB, et al. Malignant lymphoma involving the prostate: report of 62 cases. *Cancer* 1998;83:732-8.
5. Ferry JA, Young RH. Malignant lymphoma of the genitourinary tract. *Pathol Annu* 1991;26:227-63.
6. Lewi HJ, White A, Cassidy M, et al. Lymphocytic infiltration of the prostate. *Br J Urol* 1984;56:301-3.
7. Sarris A, Dimopoulos M, Pugh W, et al. Primary lymphoma of the prostate: good outcome with doxorubicin based combination chemotherapy. *J Urol* 1995;153:1852-4.
8. Lomas Garcia J, et al. Linfoma B de células grandes primario de próstata. Presentación de un caso. Patología Quirúrgica. Congreso Hispanoamericano de Anatomía Patológica, 2009.
9. Walsh P, et al. Campbell: Urología. 8^a Ed. Tomo 4. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004.