

## Masa torácica de partes blandas y adenopatías axilares y supraclaviculares como manifestación de un adenocarcinoma de próstata metastásico

Macía-Rodríguez C<sup>1</sup>, López-Carballeira A<sup>2</sup>, Alende-Castro V<sup>1</sup>, Díaz-Peromingo JA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (A Coruña). España

<sup>2</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (A Coruña). España

Recibido: 01/05/2016

Aceptado: 01/06/2016

En línea: 30/06/2016

Citar como: Macía-Rodríguez C, López-Carballeira A, Alende-Castro V, Díaz-Peromingo JA. Masa torácica de partes blandas y adenopatías axilares y supraclaviculares como manifestación de un adenocarcinoma de próstata metastásico. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Jun); 1(0): 23-25.

Autor para correspondencia: Cristina Macía Rodríguez. [cristina.macia.rodriguez@gmail.com](mailto:cristina.macia.rodriguez@gmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Metástasis linfáticas
- ▷ Neoplasia prostática
- ▷ Metástasis de partes blandas

### Resumen

Los adenocarcinomas de próstata pueden manifestarse de forma inusual como adenopatías torácicas o masas de partes blandas.

Varón de 82 años con hemiplejía izquierda secundaria a un ictus que presenta una masa de partes blandas a nivel torácico anterior y múltiples adenopatías torácicas. En el estudio, el nivel de antígeno prostático específico fue muy elevado (5.715 ng/ml) y la punción-aspiración con aguja fina de la masa pectoral proporcionó el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma de origen prostático.

La presencia de comorbilidades puede favorecer el retraso diagnóstico de las neoplasias y el desarrollo de metástasis en localizaciones infrecuentes.

### Keywords

- ▷ Lymphatic metastasis
- ▷ Prostatic neoplasia
- ▷ Soft tissue metastasis

### Abstract

Prostate cancer metastases are uncommon in thoracic lymphadenopathy and in soft tissue mass.

A 82-year-old man with left hemiplegia presented a thoracic soft tissue mass and multiple thoracic lymphadenopathies. His prostate-specific antigen level was 5 715 ng/ml and the fine needle aspiration of the mass confirmed the diagnosis of metastases of prostate cancer.

The comorbidity of the patient can induce a delay in the diagnosis and may favour metastases in unusual locations.

### Puntos destacados

- ▷ La comorbilidad de los pacientes puede condicionar el tratamiento y seguimiento de la patología neoplásica.
- ▷ Los adenocarcinomas de próstata pueden manifestarse con adenopatías a nivel torácico y masas de partes blandas.

## Introducción

El cáncer de próstata es el segundo tumor más frecuente en varones<sup>1</sup>. Habitualmente desarrolla metástasis a nivel de adenopatías regionales (sobre todo paraaórtico y pélvico), vejiga y hueso<sup>2</sup>; las metástasis de partes blandas<sup>3</sup> y las adenopatías supraclaviculares<sup>4</sup>, axilares<sup>5</sup> y mediastínicas<sup>6</sup> son infrecuentes.

## Historia clínica

Varón de 82 años con antecedentes de hipotiroidismo y enfermedad cerebrovascular con trombosis de cerebral media derecha con hemiplejía izquierda como secuela.

Fue diagnosticado 8 años antes de adenocarcinoma de próstata localizado con un score de Gleason de 8 (4 + 4) con un antígeno prostático específico (PSA) al diagnóstico de 981 ng/ml. La gammagrafía ósea, en ese momento, fue normal. Debido a la comorbilidad del paciente, se decidió administrar tratamiento únicamente con un análogo de la hormona estimulante de gonadotropinas (GnRH), goserelina trimestral, obteniendo la normalización del PSA (0,03 ng/ml) y se realizó seguimiento del tumor con determinación de PSA periódica cada 1-2 años. A los 6 años del diagnóstico se observó un aumento de los niveles de PSA (24,69 ng/ml), por lo que se añadió al tratamiento un antiandrogénico, bicalutamida, sin seguimiento posterior.

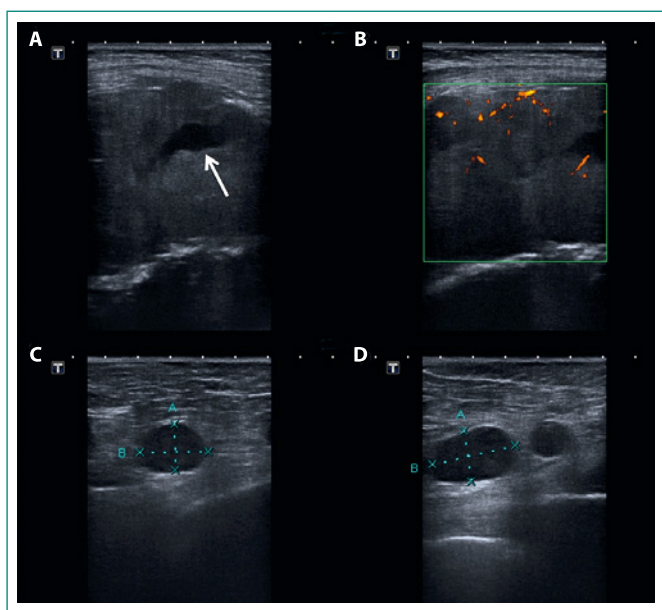
El paciente acude a consultas de Medicina Interna por aparición de una masa a nivel de cara anterior derecha del tórax con crecimiento progresivo y de 2 meses de evolución. Refiere además pérdida de peso no cuantificada asociada a astenia y anorexia. Niega clínica respiratoria ni hemoptisis y no ha presentado clínica abdominal.

En la exploración física destaca, además de la hemiplejía izquierda, la presencia de una masa a nivel pectoral anterior derecha, submamaria, dolorosa a la palpación, indurada y adherida a planos profundos asociada a una adenopatía axilar derecha.

## Pruebas complementarias

En la analítica solicitada destaca una anemia normocítica y normocrómica (hemoglobina de 9,4 g/dl con un volumen corpuscular medio de 91,2 fl y una concentración media de hemoglobina de 30,5 pg) con estudio de hierro, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico normal, y en la bioquímica, una fosfatasa alcalina de 408 UI/l con una fosfatasa alcalina ósea de 32,5 µg/l. El proteinograma es normal.

En la ecografía de partes blandas realizada se observa la presencia de una gran masa sólida a nivel retropectoral, hipoeoica, vascularizada y con zonas quísticas en su interior con mala definición de arcos costales por probable infiltración de los mismos (Figura 1).



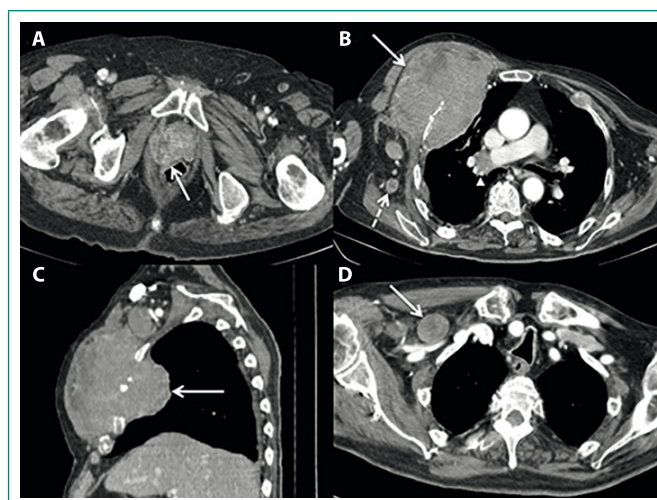
**Figura 1.** Masa retropectoral derecha discretamente hipoeoica con áreas anecoicas sugestivas de necrosis (flecha) (A) y abundante vascularización en el estudio power-Doppler (B). Múltiples adenopatías axilares de tamaño patológico con pérdida del hilio graso y algunas de ellas con morfología redondeada (C y D)

Se completa estudio con TC en la que se evidencia la presencia de una gran masa de partes blandas a nivel retropectoral derecho con destrucción del tercer arco costal anterior ipsilateral e infiltración de la pared torácica anterior. Además se observan múltiples lesiones en el esqueleto axial, esternón, arcos costales y pelvis, compatibles con metástasis óseas y múltiples adenopatías axilares, infraclaviculares, supraclaviculares, hiliares y paratraqueales derechas de aspecto patológico. A nivel pélvico presenta una masa necrótica dependiente del lóbulo prostático derecho (Figura 2).

Se solicita antígeno prostático específico obteniéndose un valor de 5.715 ng/ml y se realiza punción-aspiración con aguja fina de la masa pectoral que confirma la infiltración por adenocarcinoma de origen prostático.

## Diagnóstico

Adenocarcinoma de próstata con múltiples metástasis óseas con masas de partes blandas retropectoriales y adenopatías torácicas, resistente a castración.



**Figura 2.** Masa necrótica dependiente del lóbulo prostático derecho (flecha continua) compatible con neoplasia a dicho nivel (A). Múltiples metástasis óseas costales, observándose una de gran tamaño con importante componente de partes blandas de predominio retropectoral y con zonas de necrosis (flecha continua) (B y C). Adenopatías axilares derechas (flecha discontinua) e hilar derecha (cabeza de flecha) de tamaño patológico (B). Adenopatía infraclavicular derecha en rango patológico (flecha continua) (D)

## Discusión y conclusiones

Este caso clínico nos muestra la dificultad del tratamiento y seguimiento de las patologías neoplásicas en pacientes pluripatológicos y con dificultades para la movilización.

Las características del paciente condicionaron, en un primer momento, la no realización de tratamiento local sobre el tumor y, posteriormente, un retraso en el diagnóstico de la progresión de la enfermedad.

En efecto, el tratamiento primario con bloqueo hormonal en el adenocarcinoma de próstata localizado está indicado únicamente en aquellos pacientes en los cuales no es posible la realización de tratamiento quirúrgico o con radioterapia a nivel prostático<sup>7</sup>. Además, en el seguimiento de esta patología está indicada la realización de determinaciones de PSA cada 6-12 meses y, en caso de elevación del mismo, la realización de pruebas de imagen para valorar la presencia de enfermedad metastásica<sup>8</sup>.

Como hemos destacado previamente, nuestro paciente recibió únicamente tratamiento con bloqueo hormonal por considerar que no se beneficiaría de un tratamiento local y, además, debido a su situación basal, no recibió un seguimiento estricto lo cual retrasó el diagnóstico de la progresión de la enfermedad y la aparición de enfermedad metastásica en sitios menos habituales.

En efecto, las metástasis a niveles supraclaviculares, axilares y las masas de partes blandas, son infrecuentes en el adenocarcinoma de próstata<sup>2,3</sup>, pero pueden estar presentes en estadios avanzados de la enfermedad. Debido a la localización inusual de las mismas, creemos necesario realizar un correcto diagnóstico histoquímico mediante punción-aspiración con aguja fina<sup>5</sup>, o biopsia para confirmar la progresión tumoral y destacar la presencia de otras patologías asociadas.

En conclusión, la comorbilidad de los pacientes puede condicionar el tratamiento y seguimiento de las patologías neoplásicas, favoreciendo la aparición de metástasis de gran tamaño y en localizaciones inusuales.

## Bibliografía

1. World Cancer Report 2014 [Internet] [cited 2016 May 18]. Available from: <https://es.scribd.com/doc/249125578/World-Cancer-Report-2014>.
2. Saitoh H, Yoshida K, Uchijima Y, Kobayashi N, Suwata J, Kamata S. Two different lymph node metastatic patterns of a prostatic cancer. *Cancer*. 1990 Apr 15; 65(8): 1843-1846.
3. Kirby R. Case study: management of lymph node-positive disease detected at radical prostatectomy. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2005; 8(3): 287-289.
4. Núñez Miller R, Viera JC, Jover Díaz R, Rojo Sebastián A, Pozo MA, Alfonso Alfonso JM. Supraclavicular metastasis in prostate cancer detected with 18F-fluorocholine PET/CT. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol*. 2012 Jan-Feb; 31(1): 44-46. doi: 10.1016/j.remn.2011.04.011.
5. Collins GR, López Y, Abreo F. Prostatic adenocarcinoma metastatic to axillary lymph node diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol*. 2012 Aug; 40(8): 751-753. doi: 10.1002/dc.21679.
6. Tan-Shalaby J. Prostate carcinoma presenting with bulky mediastinal and cervical lymphadenopathy. *BMJ Case Rep*. 2013 Apr 22; 2013. pii: bcr2013008643. doi: 10.1136/bcr-2013-008643.
7. Thompson I, Thrasher JB, Aus G, Burnett AL, Canby-Hagino ED, Cookson MS, et al. AUA Prostate Cancer Clinical Guideline Update Panel. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. *J Urol*. 2007 Jun; 177(6): 2106-2131.
8. Crawford ED, Stone NN, Yu EY, Koo PJ, Freedland SJ, Slovin SF, et al; Prostate Cancer Radiographic Assessments for Detection of Advanced Recurrence (RADAR) Group. Challenges and recommendations for early identification of metastatic disease in prostate cancer. *Urology*. 2014 Mar; 83(3): 664-669. doi: 10.1016/j.urology.2013.10.026.