



FIGURA 5. TC con contraste IV con hallazgo de quiste complejo.

presentaciones clínicas, diagnósticos diferenciales y lugares de procedencia de los casos, siendo esto un reflejo de nuestra práctica médica diaria.

En todos los casos se indicó intervención quirúrgica por la existencia de duda razonable de proceso maligno aplicando la clasificación de Bosniak y en todos ellos se trató de un nefroma quístico multilocular benigno sin elementos inmaduros u otros que indicasen potencial maligno.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. Madewell JE, Goldman SM, Davis CJ et al. Multilocular cysticnephroma: a radiographic-pathologic correlation of 58 patients. *Radiology* 1983; 2:309-21.
2. Robben, A et al. Multilocular cystic nephroma. *Journal Belgeum Radiology* 1998; 5:247.
3. Rumack WC: Diagnóstico por ecografía 1999; 2:370-72.
- *4. Herráiz del Olmo F, Merino Sánchez C, Sánchez Díaz E et al: Nefroma quístico multilocular: diagnóstico mediante técnicas de imagen. *Arch. Esp. de Urol* 2004; 57:745-48.
5. Kural A R et al. Multilocular cystic nephroma: an usual Localization". *Urology* 1998; 52:897-99.
- **6. Morga Egea JP, Fontana Compiano LO, Martínez F et al. Nefroma quístico multiloculado. Un reto diagnóstico y terapéutico, a proposito de dos casos. *Arch. Esp. de Urol* 2004; 57:431-34.
- **7. Rebassa LLull MJ, Muñoz Vélez D, Hidalgo Pardo F et al. Nefroma quístico. A proposito de 5 casos. *Arch. Esp. de Urol* 2000; 53:476-79.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (1): 66-69

BULTOMA FRONTAL SIMULANDO LIPOMA COMO MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

Pablo Luis Guzman Martinez-Valls, Almudena Rodríguez Tardido, Beatriz Honrubia Vilchez, Emilio Izquierdo Morejon, Bogdan-Nicolau Pietricica, Raúl Montoya Chinchilla, Antonio Rosino Sanchez, Gregorio Hita Villaplana, Antonio Romero Hoyuela y Bernardino Miñana Lopez.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar un caso llamativo por la forma de presentación de un carcinoma de próstata metastatizado con la aparición de un "bultoma" que correspondía a una metástasis cutánea.

MÉTODOS: Describimos la forma de debút de un paciente que gracias al análisis de la lesión que informó de un adenocarcinoma, que aparentaba un lipoma, se investigó la posibilidad de ser un adenoca de próstata y se estableció el diagnóstico.

CORRESPONDENCIA

Pablo L. Guzmán Martínez-Valls
Pz de Pontevedra, 2, Ed.ICA, Esc.2ª, 5ºC
30009 Murcia. (España).

pabloguzman@terra.es

Trabajo recibido: 4 de febrero 2008.

Se ha realizado una revisión de la literatura mediante una búsqueda bibliográfica electrónica en PubMed (MEDLINE) utilizando los términos "Prostatic Neoplasm" (MesH) AND "Neoplasm Metastasis" (MesH) AND "cutaneous" (texto libre). La gran mayoría de las publicaciones corresponden a aportación de casos nuevos con revisión de la probable vía de diseminación y la localización.

RESULTADOS: La tinción inmunohistoquímica con PSA positiva fue la que confirmó el origen de la Metástasis, aunque el valor del PSA no ofrecía dudas por valor superior a 1100 ng/ml. En relación con la búsqueda obtenemos mas de 26 trabajos, seleccionando para nuestro trabajo sólo 8 ya que se ajustan al objetivo del mismo. La aparición de metástasis cutáneas con origen prostático es inferior al 0,3%, ya que es mas frecuente la afectación ósea, en ganglios y visceras. Se describen casos en la evolución de la enfermedad y metástasis tras procedimientos laparoscópicos.

CONCLUSIONES: La metástasis cutánea de una adenocarcinoma de próstata es muy rara, pero más aún que ésta sea el debut de la enfermedad.

Palabras clave: Adenocarcinoma de próstata. Metástasis cutáneas.

Summary.- **OBJECTIVE:** To report one case of metastatic prostatic carcinoma with a gaudy presentation as a lump which resulted to be a cutaneous metastasis.

METHODS: We describe the debut in a patient, who thanks to the pathologic analysis of a lesion mimicking a lipoma, which was reported as adenocarcinoma, was worked up for prostatic adenocarcinoma and diagnosis was reached. We performed a bibliographic review using an electronic bibliographic search in PubMed (MEDLINE) using the terms "Prostatic Neoplasm" (MesH) AND "Neoplasm Metastasis" (MesH) AND "cutaneous" (free text). Most publications are case reports reviewing the probable dissemination way and localization.

RESULTS: Positive immunohistochemical staining for PSA confirmed the origin of the metastasis, although PSA value did not offer doubts due to its value over 1100 ng/ml. Regarding the bibliographic search we obtained more than 26 papers, and selected only 8 that were adjusted to the objectives of our work. Cutaneous metastasis of prostatic origin appear in less than 0.3% of the cases, because bone, lymph node, and visceral disease are more frequent. Cases appearing during the evolution of the disease and metastasis after laparoscopic procedures are described.

CONCLUSIONS: Cutaneous metastases of prostatic adenocarcinoma are very rare, but even rarer is it being the debut of the disease.

Keywords: Prostatic adenocarcinoma. Cutaneous metastasis.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de próstata tiene una prevalencia muy alta siendo el cuarto en orden de frecuencia a nivel mundial. La mayor parte de los pacientes en su evolución pueden desarrollar adenopatías regionales, pélvicas, metástasis óseas. Es excepcional el desarrollo de metástasis cutáneas (1,4) y aún más como forma para diagnosticar la enfermedad. Las metástasis cutáneas suponen un factor de mal pronóstico y la supervivencia rara vez supera los dos años como en nuestro caso (2,5); La localización mas frecuente de las metástasis en piel de los tumores prostáticos suelen ser abdomen inferior, regiones inguinales y genitales externos, bien por extensión directa, vía linfática o hematogena (3,7).

El tratamiento es el bloqueo hormonal y bifosfonatos de entrada, puesto que desde el diagnóstico es metastático y sigue la historia natural del mismo, precisando por la hormonorresistencia las medidas terapéuticas correspondientes en su evolución.

Presentamos este caso por su "extraña" forma de presentación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 69 años que acude a consulta de Dermatología en noviembre de 2005 remitido por médico de cabecera por verrugas seborreicas en área interpectoral y bultoma en región frontal derecha compatible con quiste sebáceo, exostosis y/o lipoma.

Dentro de sus antecedentes personales destaca verrugas extirpadas hacía 5 años en cuero cabelludo, No DM. HTA en tto con Vals 160 y Sutril. No alergias conocidas. Ex fumador de 3 años. No hematuria. No cólicos. No ITUs.

Remitido a nuestra consulta a los 16 días, en diciembre de 2005 por elevación de PSA una vez informada la PAAF del área de adenocarcinoma (que tras investigarlo presentaba PSA + en inmunohistoquímica), sin clínica miccional con chorro aceptable, no disuria, no entrecortado, no goteo, no urgencia con frecuencia miccional nocturna de una vez y diurna cada 3-4 horas con sensación de vacuidad completa.

A la exploración se aprecia a nivel frontal derecha tumoración subcutánea adheridos a planos profundos, el Tacto Rectal: próstata grado II-III dura, pétrea, claramente sospechosa de adenocarcinoma de próstata. Ante la evidencia no se indicó biopsia de próstata y sí se

realizarón por un lado PAAF de lesión: Positiva para células malignas, sugestivo de adenocarcinoma, posteriormente biopsia de tumoración de región frontal que no detecta signos de infiltración neoplásica en material remitido.

La analítica informaba de: hemograma normal. Bioquímica normal. Beta-HCG: 1,2 UI/L (0-5); Alfa-FP: 1,7 ng/L (0-15); PSA: 1139 ng/ml. Resto normal. El TC abdominopélvico, torácico y craneal (Figura 1): Metástasis frontal y craneal, costilla, articulación sacroiliaca derecha y vertebral múltiples.

La gammagrafía ósea con rastreo con HDP-Tc99m (Figura 2) presenta múltiples focos patológicos de hipercaptación del trazador a lo largo del esqueleto óseo compatible con enfermedad diseminada en hueso frontal derecho, articulación sacroiliaca derecha e izquierda, arcos costales, fémur derecho e izquierdo, omóplato y columna vertebral. La RMN pélvica (Figura 3) expresaba adenopatía en mesosigma de mas de

1 cm. Extensa masa que afecta a la porción periférica y fundamentalmente posteroizquierda de próstata, infiltrando cápsula, el haz neurovascular izquierdo, obliterando el ángulo rectoprostático no descartando infiltración del recto así como infiltrando la seminal izquierda.

Con el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata T4N1M1 se instaura tratamiento con bloqueo hormonal completo con Triptorelina 11,25 mg trimestral y Bicalutamida 50 1c/24 horas. Se inicia tratamiento con Acido Zoledrónico 4 mg administrado por vía intravenosa durante 15 minutos cada 3 semanas y suplementos de calcio 500 mg 1 c/24 horas y 400 UI de vitamina D.

EVOLUCIÓN

Se hace el primer control analítico para valorar la función hepática en 4 semanas desde el inicio del tratamiento con cifras dentro de parámetros normales. El paciente está asintomático y la herida de la extirpación de lesión en partes blandas está cicatrizada.

El PSA de 01/2006 descendió a 162,20 ng/L con cifras de calcio de 8,4 mg/dl y creatinina de 1,53 mg/dl. El control de marzo de 2006 mantiene cifras de creatinina de 1,51 mg/dl, calcio de 9,1 mg/dl y PSA 10,93 ng/l. Cifras que disminuyen a 4,1 ng/ml hasta octubre de 2006. Comenzó el ascenso de PSA en marzo de 2007 hasta 60 ng/ml, realizándose diferentes maniobras hormonales, administración de Ketoconazol y corticoides; posteriormente quimioterapia de primera línea con Taxotere. El paciente siguió asintomático, incluso practicaba deporte (tenis) en contra de nuestras recomendaciones hasta octubre de 2007, con un ascenso vertiginoso de PSA hasta 400 ng/ml y en enero de

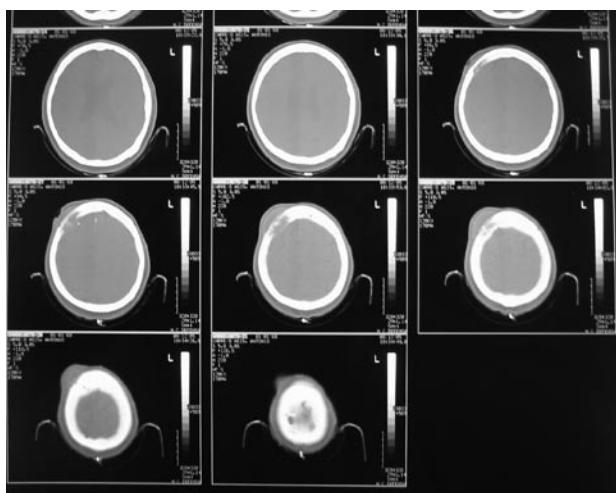
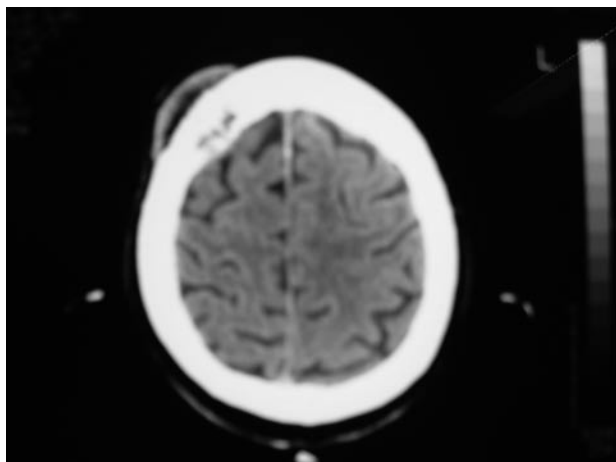


FIGURA 1. TC craneal: Lesión lítica craneal con afectación de partes blandas.

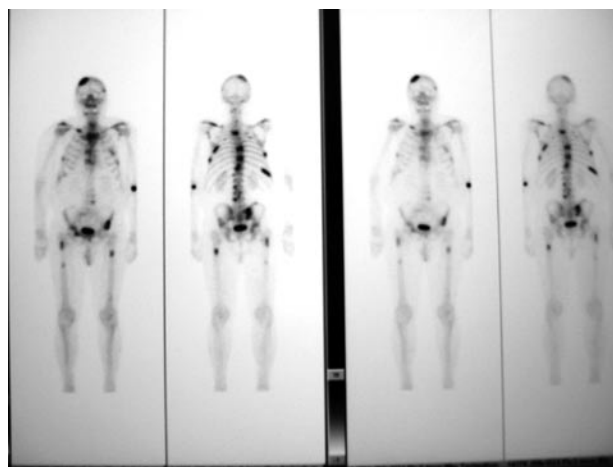


FIGURA 2. Gammagrafía ósea: afectación masiva ósea.

2008 presenta una disartria con hemiplejía izquierda diagnosticándose de un ACV hemorrágico con metástasis cerebrales falleciendo en 48 horas.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas o subcutáneas de tumores primarios genitourinarios son infrecuentes en la enfermedad avanzada, pero cuando aparecen se relacionan con un peor pronóstico (1,3,4).

La incidencia de metástasis cutáneas de próstata en la literatura es inferior al 0,3%, siendo la localización mas frecuente en ganglios linfáticos, huesos, pulmones, hígado y glándulas suprarrenales (5) siendo la afectación cutánea una hallazgo raro, siendo todavía más excepcional que sea la manifestación primaria como en nuestro caso (1-8). Se describen diferentes formas de presentación siendo la mas frecuente la de múltiples nódulos subcutáneos o formación angiomatosa en área suprapúbica y zona anterior de muslos (2,7), otros son en zona umbilical (5) o submamaria (7).

La vía de diseminación en las metástasis cutáneas es controvertida, pero la embolización arterial o venosa así como la diseminación linfática o linfáticos perineurales se sugiere.

El diagnóstico a veces es difícil o por azar, como fue en nuestro caso, y se debe a la punción aspiración con aguja fina y examen inmunohistoquímico al observar lesión algo adherida a planos profundos. Posteriormente ya la búsqueda activa de un "adenocarcinoma" fue la que nos llevó al diagnóstico, al encontrar una elevación "brutal" del PSA. Como era de esperar al realizar estu-

dio de extensión observamos afectación masiva ósea.

Dadas las características del cuadro y una vez que el dermatólogo practicó la exéresis quirúrgica de la lesión subcutánea realizamos un estudio exhaustivo de extensión que nos alertaba del cáncer de próstata avanzado con lesiones líticas y blásticas múltiples, dominando lesión craneal infiltrativa que afectaba partes blandas en consonancia con la forma de presentación. También se objetivaba próstata con infiltración de vesícula seminal izquierda y grasa.

Se instauró tratamiento con bloqueo hormonal completo y profilaxis de eventos óseos con ácido zoledrónico, suplementos de calcio y vit.D. Posteriormente se realizaron diferentes maniobras hormonales, administración de Ketoconazol y corticoides hasta llegar hasta el uso de Taxotere y control por la Unidad del dolor

Practicamos controles periódicos de PSA, con cifras en descenso, brusco al inicio y lento el primer año, comenzando a los 15-18 meses un subida rápida hasta su fallecimiento. El paciente progresó en su cuadro hasta la muerte a los dos años del diagnóstico

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. Roca A, Aguilera C, Villanueva A, Ballester R, Zubillaga S. Adenopatías mediastínicas en la evolución de un cáncer de próstata metastático. *Actas Urol Esp* 2007; 31:693-95.
- **2. Rodríguez J, Cerrato E, García F, Martínez F, Sánchez A. Metástasis cutánea de carcinoma transicional primario de próstata. A propósito de un caso. *Arch Esp de Urol* 1999; 52:885-87.
- *3. Bailey C, Broadbent A. Cutaneous metastases of prostate cancer. (Abstract) *J Palliat Med* 2007;10:980-82.
- *4. Mueller TJ, Wu H, Greenberg RT et al. Cutaneous metastases from genitourinary malignancies. *Urology* 2004; 63: 1021-26.
- **5. Fakuda H, Saito R. A case of Sister Mary Joseph's nodule from prostatic cancer. *J Dermatol* 2006; 33:46-51.
- *6. Pique E, Paradle A, Farina MC et al. Cutaneous metastases from prostatic carcinoma. *J Surg Oncol* 1996; 62:144-47.
- **7. Herrera J, Pierna J, Gomez LM et. al. Metastasis subcutanea supramamaria de un carcinoma de próstata. *Actas Urol Esp* 1999; 23:367-69.
- **8. Gallego JA, Astobieta A, Alvarez J et al. Metastasis cutáneas como primera manifestación de un adenocarcinoma prostático. *Actas Urol Esp* 1998; 22:770-72.



FIGURA 3. RMN:Próstata heterogénea Estadio T4:afectación vesícula seminal izquierda.