

PRESENTACION DE CASO**Cáncer de próstata con metástasis en el peroné. Presentación de un caso.****Prostate cancer with metastasis in the fibula. Presentation of a Case.**

Dr. Horacio Suárez Monzón ⁽¹⁾, Ms. C. Rolando Delgado Figueredo, ⁽²⁾ Dr. Santiago Palacio Pérez ⁽³⁾.

¹Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor. ²Máster en Administración. Profesor Asistente ³Especialista I Grado en Urología. Profesor Instructor, Hospital Provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 70 años de edad, que tras haber sufrido un traumatismo en el miembro inferior izquierdo y cumplir con el tratamiento indicado, presentó nuevos signos y síntomas que lo llevaron a acudir a la consulta de Ortopedia y Traumatología. Con los exámenes y tratamiento iniciales no se obtuvo mejoría, por lo que se decidió optar por el tratamiento quirúrgico. Pudo observarse entonces la presencia de una lesión osteolítica de aproximadamente 5 cm de longitud y se tomaron las muestras pertinentes para realizar biopsias del músculo y del hueso, cuyos resultados no llevaron a un diagnóstico definitivo. El resultado de nuevos exámenes requirió de la interconsulta con el Servicio de Urología, para llegar al diagnóstico de adenocarcinoma prostático. La revisión de la literatura nacional e internacional no reportó ningún caso similar; la localización atípica de la metástasis es lo que condujo a la preparación del caso para su conocimiento y difusión, por lo que puede aportar a la experiencia de los profesionales especializados en ortopedia o urología.

Palabras clave: Neoplasias de la próstata; neoplasias primarias desconocidas/ (diag) (compl); Fíbula

ABSTRACT

The case of a 70 years old patient of masculine sex is presented. After having suffered a traumatism in the left inferior limb and having fulfilled the suitable treatment, the patient presented new signs and symptoms that led him to the department of Orthopedics and Traumatology. With the initial exams and treatment no

improvement was obtained, thus doctors decided to opt for the surgical treatment. It could be observed the presence of an osteolytic lesion of approximately 5 cm and the pertinent samples were taken to carry out biopsies of the muscle and the bone. Results didn't lead to a definitive diagnosis. The result of new exams required an inter-consult with the Service of Urology, to obtain the diagnosis of prostatic adenocarcinoma. The revision of the national and international literature didn't report any similar case; the atypical localization of the metastasis is what led to the preparation of the case for its knowledge and diffusion, for what it can contribute to the experience of professionals specialized in orthopedics or urology.

Key words: Prostatic neoplasms; neoplasms unknown primary/ (diag) (compl); Fibula

INTRODUCCIÓN

Las metástasis óseas constituyen la causa más frecuente de malignidad en el esqueleto. Pueden ser silentes o producir síntomas como dolor, tumefacción, deformidad, compresión de las estructuras vecinas o fracturas patológicas ⁽¹⁾. Los tumores que con más frecuencia metastatizan en el hueso son los carcinomas de mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides y vejiga ^(2,3). También pueden producir metástasis ósea, entre otros, el linfosarcoma y la enfermedad de Hodgkin. La vía de difusión suele ser hemática y la invasión por contigüidad. ⁽⁴⁾

Las metástasis óseas del carcinoma prostático pueden contener componentes osteoblásticos y osteolíticos ⁽⁵⁾. La pelvis ósea y las vértebras lumbares son las

Recibido: 14 de julio de 2007

Aprobado: 19 de septiembre de 2007

Correspondencia:

Dr. Horacio Suárez Monzón.

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Universitario. "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Avenida 5 de Septiembre y calle 51- A, Cienfuegos, Cuba. CP: 55100.

E-mail: horacio.suarez@gal.sld.cu

estructuras que se afectan con mayor frecuencia, aunque también se pueden producir metástasis en vértebras dorsales, costillas, cráneo y huesos largos. ⁽⁶⁾

El carcinoma localizado de próstata es típicamente asintomático ⁽⁷⁾. En correspondencia con el aumento de la extensión del tumor, aparecen síntomas como: disuria, hematuria, polaquiuria, dificultad para iniciar la micción, pérdida de peso, anemia y dolor óseo secundario a metástasis óseas, siendo este último, en muchas ocasiones, el primer síntoma en aparecer. ⁽⁸⁾

El diagnóstico de carcinoma de próstata se realiza habitualmente en estadios avanzados, pues en muchas ocasiones son los síntomas secundarios a metástasis los primeros en aparecer. ⁽⁹⁻¹¹⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 70 años, con antecedentes de salud, que al ser atendido en consulta, refirió haber sido agredido por un animal (res) tres meses antes, lo que le produjo trauma a nivel de pierna y tobillo izquierdo. Debido a este incidente, recibió las primeras atenciones en el en su área de salud, donde se le diagnosticó contusión severa; además, se le indicó tratamiento médico (antiinflamatorio y analgésico) durante 1 mes. Sin embargo, aparecieron otras complicaciones: fiebre (más de 38 grados Celsius) y cambio de coloración del miembro afectado; por ello, el paciente acudió al Centro Provincial de Emergencia Médica (CEPEM) del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la provincia de Cienfuegos, en agosto de 2004.

Se le indicó radiografía del miembro afectado, así como estudio hematológico, cuyos resultados fueron: hemoglobina: 840 g/l; leucograma: 14 x 10 g/l.

El examen radiológico reportó un aumento difuso de la densidad ósea y zonas con osteolisis a nivel del peroné (Figura 1).

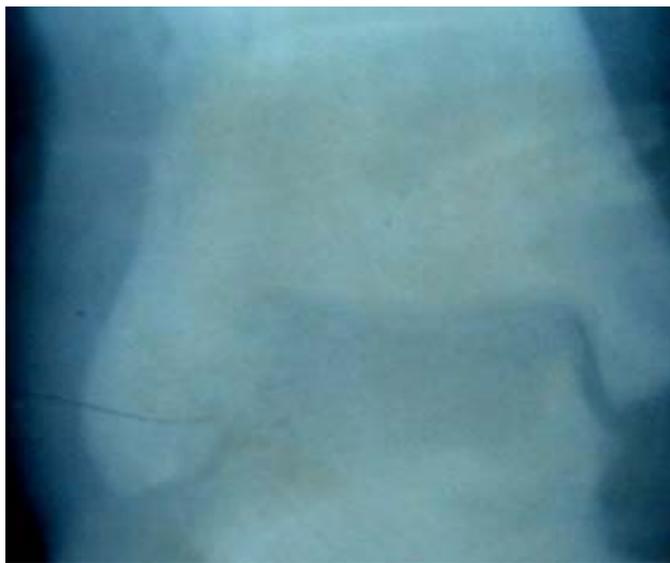


Figura 1. Aumento difuso de la densidad ósea y zonas con osteolisis a nivel del peroné.

Esto, acompañado de la disminución de la hemoglobina y el aumento de los leucocitos, se interpretó como un proceso séptico y/o oncoproliferativo, por lo que se decidió su ingreso para tratamiento antibiótico parenteral y otros estudios.

Se mantuvo con tratamiento durante 7 días y al no producirse una regresión total de su lesión, se decidió llevar a cabo el tratamiento quirúrgico, que consistió en hacer una incisión en el miembro afectado. Pudo observarse la presencia de pus, del cual se tomaron muestras para cultivo; así como cambio de coloración muscular, por lo que también se tomó una muestra del músculo para biopsia. Al llegar al tejido óseo, en la parte externa del peroné, se constató la presencia de una lesión osteolítica de aproximadamente 5 cm de longitud, la cual fue legrada, y de la que se tomó muestra para biopsia ósea.

Se dejó drenaje por contravectura, con puntos de afrontamiento de la piel. El tratamiento descrito produjo mejoría.

A los 10 días se recibió el resultado de las biopsias. La muestra bacteriológica determinó un estafilococo áureo, la biopsia de músculo, un proceso inflamatorio difuso y la biopsia ósea evidenció la metástasis ósea de un adenocarcinoma pobremente diferenciado (Figura 2).



Figura 2. Aumento difuso de la densidad ósea y partes blandas a nivel del peroné en miembro inferior izquierdo después del acto quirúrgico.

En el ultrasonido abdominal no se encontraron lesiones en hígado, riñón y bazo. Pero el ultrasonido de próstata mostró un aumento difuso de la glándula. En los exámenes complementarios, pudo constatar la presencia de anemia normocítica normocrómica, aumento de la fosfatasa alcalina y del antígeno prostático específico (PSA). Antes dichos hallazgos era necesaria la interconsulta con el Servicio de Urología y se realizaron entonces estudios específicos (ultrasonido

transrectal y biopsias) los que confirmaron el diagnóstico de adenocarcinoma prostático.

Se prescribió un tratamiento específico para este tipo de tumor (terapia antiandrogénica) y se siguió la evolución del paciente, citándolo a consulta con una frecuencia trimestral. Mediante las radiografías realizadas periódicamente, se comprobó la estabilidad en la evolución de la lesión, por la presencia de áreas de regeneración parcial (Figura 3).



Figura 3. Formación de zonas osteoblásticas en la periferia del tumor y relleno completo de la cavidad quirúrgica en el peroné, un año después de la intervención quirúrgica.

En abril de 2005 se decidió realizar la orquidectomía bilateral del paciente, comprobándose una evolución satisfactoria, sin recidiva ósea ni trastornos urinarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabando P. Tumores óseos y de partes blandas. En: Andreu JL, Barceló P, Figueroa M, Herrero-Beaumont G, Martín-Mola A, Olivé A, et al. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 2da. ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 699-706.
2. Schmitz KH, Holtzman J, Courneya KS, Masse LC, Duval S, Kane R. Controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Seriada en Internet]. 2005 [Citado: 12 de agosto de 2005];14(7):1588-95. Disponible en: <http://www.steelcitydragons.org/bcs/BCS%20folder%20article%20list.pdf>.
3. Hovan R. Understanding Cancer in Golden Retrievers. *JAMA* [Seriada en Internet]. 2004 [Citado: 12 de agosto de 2005];292(12):1480-9. Disponible en: <http://www.grca.org/health/cancer.pdf>.
4. Janjan N. Bone metastases: approaches to management. *Semin Oncol*. 2001;284 (Supl. 11):28-34.
5. De Marzo AM, Nelson WG, Isaacs WB, Epstein JI. Pathological and molecular aspects of prostate cancer. *Lancet* [Seriada en Internet]. 2003 [Citado: 15 de marzo de 2004];361(9):955-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed>.
6. Therapeutic Radiopharmaceutical Guidelines Group. Radiopharmaceuticals for the palliation of painful bone metastases [Monografía en Internet]. Toronto (ON): Cancer Care Ontario (CCO); 2004 [Citado: 8 de julio de 2006]. 36 pp. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=5583&nbr=003769&string=Bone+AND+Metastases.
7. Albert V, Maestro E. Cáncer de próstata. *Semergen*. 2002;28(6):315-23.

DISCUSIÓN

En el caso presentado el paciente no presentaba ninguna sintomatología sugerente de afectación prostática y el dolor a nivel del miembro inferior izquierdo, inicialmente mecánico y sin otros signos acompañantes, hizo pensar más en una enfermedad infecciosa. Es el cambio del ritmo del dolor, que pasa a ser inflamatorio y las imágenes radiológicas (aumento difuso de la densidad ósea y zonas con osteólisis) del peroné en miembro inferior izquierdo, lo que lleva a seguir el estudio y a plantearse otros diagnósticos que pueden cursar con un patrón clínico y radiológico similar a la enfermedad de Paget, mieloma, linfoma, osteoesclerosis y metástasis óseas osteoblásticas.⁽⁵⁾

El caso presentado confirma que el diagnóstico de carcinoma de próstata se realiza habitualmente cuando la enfermedad ya ha progresado, pero en muchas ocasiones son los síntomas secundarios a metástasis los primeros en aparecer, por tanto el estudio con profundidad es de importancia vital para el diagnóstico definitivo.

Este paciente solo presentaba la edad como factor de riesgo y no contaba con afectación prostática previa. La profundización en el estudio diferencial fue lo que permitió tomar un conjunto de decisiones que impidieron el avance de la enfermedad.

La relevancia de este caso consiste en que el peroné no es sitio habitual para las este tipo de lesiones metastásicas, pues, como ya se ha dicho, generalmente afectan la pelvis ósea, las vértebras dorsales, costillas, cráneo y huesos largos⁽⁶⁾. Además, es un ejemplo de la importancia que pueden llegar a tener las imágenes radiológicas, al permitir profundizar en el diagnóstico diferencial de los signos y síntomas de dolores óseos.

8. Wilt TJ, Thompson IM; Clinically localised prostate cancer. *BMJ*. 2006;25;333(7578):1102-6.
9. Marzo M, Peña F, Alonso P, Mascort FJ. Actualización en prevención y tratamiento del cáncer de próstata. *Atención Primaria*. 2002;30(1):57-63.
10. Gimenez S. Patologías de la próstata. Revisión. *Farmacia Profesional*. 2003;17(1):38-44.
11. El-Khoury Gy, Bennett DL, Dalinka MK, Daffner RH, DeSmet AA, Kneeland JB et al Expert Panel on Musculoskeletal Imaging. Chronic foot pain. [Monografía en Internet]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2005. p 7. Disponible en: <http://64.233.169.104/search?q=cache:nmN3PRFOQpsJ:www.guideline.gov/summary/summary.aspx>.