

## Presentación de un carcinoma prostático como una gran masa quística pélvica

Dr. Manuel Alejandro Sousa Escandón

Adjunto. Servicio de Urología. Hospital Comarcal de Monforte. Lugo – España.

Dr. Javier Pérez Valcarcel

Adjunto. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Comarcal de Monforte. Lugo – España.

Dr. Roberto García Figueiras

Adjunto. Servicio de Radiología. Hospital Comarcal de Monforte. Lugo – España.

Dr. Francisco Maceiras Quintian

Adjunto. Servicio de Cirugía. Hospital Comarcal de Monforte. Lugo – España.

Dr. Alfonso González Rodríguez

Adjunto. Servicio de Radiología. Hospital Comarcal de Monforte. Lugo – España.

Dr. Antonio Marqués Queimadelos

Jefe de Unidad. Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña – España.

Correspondencia: Dr. Alejandro Sousa Escandón – Servicio de Urología. Hospital Comarcal de Monforte – 27400 Monforte de Lemos, Lugo. España – Teléfono: 982402600 – Fax: 982404674

### Resumen

**Objetivos:** Presentar una tumoración quística pélvica de gran tamaño y revisar los conocimientos actuales sobre las diferentes posibilidades histopatológicas de este tipo de lesiones.

**Caso Clínico:** Un varón de 75 años que presentaba estreñimiento grave, hematuria y retención urinaria aguda fue atendido en nuestro servicio. Los estudios analíticos mostraron una elevación del PSA hasta 286 ng/mL. La biopsia prostática demostró un adenocarcinoma indiferenciado que radiológicamente tenía un aspecto quístico y fue extirpado quirúrgicamente. El paciente presentó reelevación del PSA a los 27 meses de la intervención iniciándose bloqueo hormonal completo. Actualmente, 38 meses tras la operación el paciente se encuentra bien y con valores indetectables de PSA.

**Discusión:** Se describe un caso de cáncer prostático de presentación quística atípica y se realiza una revisión bibliográfica de las lesiones quísticas prostáticas. Se discuten las distintas entidades retrovesicales y su significado clínico-terapéutico.

**Palabras clave:** Cáncer Prostático, Quístico, Vesículas Seminales, Inmunotinción, PSA, Tratamiento.

### Prostatic carcinoma presenting as a huge cystic pelvic mass

#### Abstract

**Objetives:** To present a huge “prostatic” cystic tumor and to review the actual knowledge of the different hystopathological possibilities of these kinds of lesions.

**Clinical case:** A seventy-five-year-old male with important constipation, haematuria and acute urinary retention was attended at our service. Analytical studies showed PSA elevation (286 ng/mL). Prostatic biopsy demonstrated an undifferentiated adenocarcinoma with radiological cystic appearance that was surgically removed. PSA presented a new rise 27 months after surgical intervention, then a maximal hormonal blockade was started. At the present time, 38 months after surgery, the patient is doing well and maintains undetectable level of PSA.

**Discussion:** A prostatic cancer with atypical cystic presentation is described and a literature review of cystic prostatic lesions is performed. Different retrovesical entities and their clinical-therapeutical meaning are discussed.

**Key words:** Prostate Cancer, Cystic, Seminal Vesicles, Immunostaining, PSA, Treatment

## Introducción

A pesar de las nuevas técnicas de imagen, las masas quísticas retrovesicales continúan representando un dilema diagnóstico. Su rareza limita la experiencia clínica y radiológica existente por lo que cada caso debe considerarse de forma independiente evaluándose cuidadosamente todas las posibilidades etiológicas.<sup>1</sup>

## Caso Clínico

Se trata de un varón de 75 años de edad que consulta por una historia de 3 meses de evolución de hematuria macroscópica y dificultad miccional progresiva que evolucionó hacia una retención urinaria completa requiriendo finalmente sonda uretral permanente. Asociadamente presentaba síntomas digestivos consistentes en estreñimiento grave alternado con episodios de diarrea. Los test de laboratorio confirmaron una elevación del PSA hasta 286 ng/mL siendo normales el resto de los parámetros. Al tacto rectal, la próstata aparecía muy agrandada de tamaño pero con una consistencia muy blanda. Se realizaron biopsias transrectales múltiples tras la que se apreció la salida de abundante líquido lechoso por el ano. El estudio anatomopatológico demostró la presencia de un adenocarcinoma prostático indiferenciado (Gleason 4+5) que se teñía positivamente con PSAD. El estudio de TC abdomino pélvico con contraste mostró la

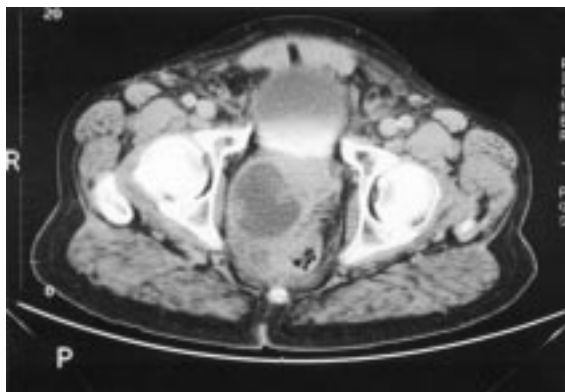


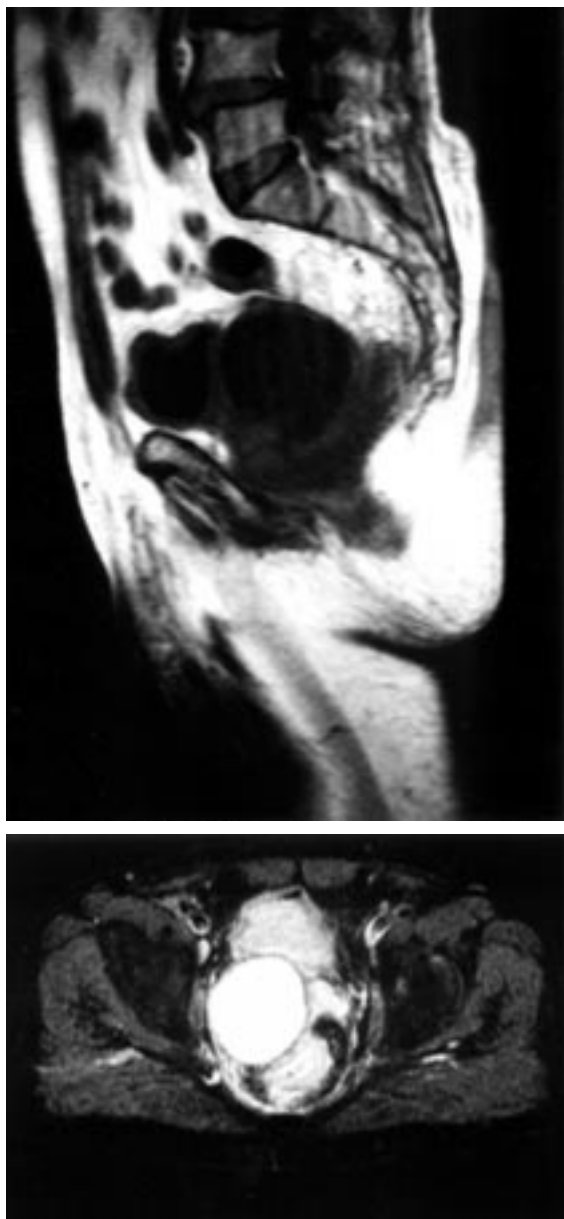
Figura 1: TAC pélvico mostrando una lesión quística unilocular retrovesical

presencia de una lesión quística unilocular retrovesical de 7.4 x 7.7 x 7.5 cm en la zona retrovesical derecha, por encima de la próstata que presenta realce de su pared y dos pequeños nodulos murales (fig 1). El corte sagital realizado por RM en secuencia SE T1 mostró la masa quística con hiposeñal de su contenido y la presencia de un tejido de señal intermedia que engloba la cara posterior vesical, las paredes de la masa quística y parte de la próstata (Fig 2A). El corte axial realizado en secuencia T2 con supresión grasa mostró hiperseñal del contenido de la masa quística y del tejido circundante (fig 2B), todo ello compatible con criterios radiológicos de infiltración de la pared vesical y de la grasa prerectal. La gammagrafía ósea descartó la presencia de metástasis

Tras explicar al paciente las distintas posibilidades terapéuticas (incluyendo la resección transuretral y la hormonoterapia), se decidió practicar una laparotomía exploradora en la que se confirmó la presencia de una gran lesión quística retrovesical íntimamente adherida a la pared posterior de la misma y a la cara anterior del recto. Ante la sospecha de infiltración neoplásica de los órganos vecinos, se optó por realizar una cistoprostatectomía total incluyendo en la pieza un segmento de la cara anterior del recto. La continuidad digestiva se consiguió mediante anastomosis sigmoanal a la vez que se practicó una derivación cutánea incontinente tipo Bricker.

El análisis de la pieza quirúrgica demostró la existencia de un adenocarcinoma de próstata de alto grado que infiltraba y obstruía la vesícula seminal derecha. Existía un gran componente inflamatorio alrededor del tumor pero no se pudo demostrar la infiltración tumoral del recto o de la vejiga. Existía una dilatación quística importante de la vesícula seminal derecha que presentaba un contenido líquido-necrótico y que se encontraba parcialmente tapizada en su cara interna por células que mostraban reacción positiva a la tinción con PSA. El estadiaje final de la pieza quirúrgica fue T3B.NO.MO

La evolución del paciente fue satisfactoria durante 2 años en los que se mantuvo con valores de PSA por debajo de 1 ng/mL sin necesidad de realizar tratamiento hormonal u otro tipo de tratamiento complemen-



Figuras 2A: RMN en secuencia SE T1 (corte sagital) y 2B: RMN en secuencia T2 con supresión grasa (corte axial) mostrando una masa quística retrovesical de paredes gruesas y aspecto infiltrante.

tario. A los 27 meses el PSA subió hasta 1.8 ng/mL por lo que se inició un bloqueo hormonal completo tras lo que se consiguió el descenso del PSA hasta valores indetectables, situación que persiste en la actualidad a los 38 meses de la operación.

### Discusión

La aparición en un varón de una masa quística pélvica gigante es un hecho francamente inusual.<sup>2</sup> Su diagnóstico diferencial debe incluir todas aquellas patologías benignas y malignas de la próstata y vesículas seminales.<sup>1,3</sup>

Los quistes prostáticos pueden dividirse en congénitos y adquiridos. Los quistes congénitos suelen asociarse a malformaciones de los ductos mesonéfrico (Wolfiano) y paramesonéfricos (Mülleriano) mientras que los adquiridos pueden clasificarse en quistes de retención, parasitarios y finalmente neoplásicos.<sup>2,6</sup> El carcinoma quístico de la próstata representa el 0.6% de todos los tumores prostáticos,<sup>7</sup> y puede aparecer asociado tanto al adenocarcinoma clásico<sup>3,4,7</sup> como a la variedad mucinosa.<sup>8</sup> Existen dos posibilidades etiopatogénicas principales para explicar la formación de masas quísticas en los procesos malignos prostáticos. Una sería la necrosis y/o hemorragia centrales de un carcinoma prostático y la otra sería la degeneración maligna del epitelio de recubrimiento de un quiste de retención.<sup>2,8,9</sup>

Por otra parte, aunque la dilatación moderada de las vesículas seminales es una patología muy frecuente, la aparición de enormes masas quísticas retrovesicales sintomáticas, es una patología escasamente descrita con solamente cerca de 100 casos publicados.<sup>1,4,9</sup> Se considera que existe una dilatación quística de las vesícula seminal cuando, en un corte ecográfico transversal, el diámetro antero-posterior es mayor de 1.5 cm,<sup>4</sup> siendo este casi siempre menor de 5 cm. Su origen suele ser congénito en 2/3 de los pacientes, casos en los que generalmente se presenta asociado a agenesia renal ipsilateral<sup>4,9</sup>; Sin embargo, el 1/3 restante suelen ser secundarios a la obstrucción de los ductos eyaculatorios por infecciones urinarias ascendentes desde el lumen de la uretra prostática (fibrosis post-infecciosa) o a su infiltración por un proceso neoplasia.<sup>4,8</sup>

Diferenciar entre un proceso quístico prostático y de las vesículas seminales puede en ocasiones resultar complicado. Radiológicamente, el carcinoma quístico de la próstata se presenta como una masa de contenido líquido con nódulos en su pared.<sup>1,4,5,9</sup> Sin embargo, el mejor método de diferenciar si una determinada lesión quística tiene o no tiene su origen en la próstata es la inmunotinción con PSA que es siempre negativo en la pared de las vesículas seminales y siempre positivo en los carcinomas prostáticos.<sup>3,10</sup> En nuestro caso ninguno de estos datos tuvo utilidad ya que la presencia de unas cifras de PSA sérico muy elevadas, la presencia de nódulos en la pared quística, su enorme tamaño y la infiltración neoplásica prostática de la gruesa pared quística que mostraban reactividad positiva para el PSA sugirió un origen prostático de la misma. El diagnóstico diferencial entre las distintas lesiones tumorales quísticas prostáticas debe incluir, además de los adenocarcinomas clásicos,<sup>3,5,7</sup> otras lesiones como el carcinoma adenoideo quístico de la próstata<sup>11-13</sup> el tumor epitelio-estromal quístico de la próstata.<sup>14,15</sup>

Tabla 1 – Características diferenciales de los tumores quísticos prostáticos

Variedad histológica	Presentación	Immunotinción	Características
Carcinoma quístico de la próstata	>60años	PSA +	Maligno. Clásico, mucinoso y cistoadenocarcinoma papilar
Carcinoma adenoideo quístico de la próstata	>50años	PSA – (o solo focalmente +)	Maligno. Remeda al carcinoma quístico de glándulas salivares CEA +
Tumor epitelio-estromal quístico de la próstata	Cualquier edad	Epitelio: PSA + Estroma: Desmina, Vimentina, Citoqueratina+	Benignos o de baja malignidad lesiones quísticas complejas
Cistoadenoma y cistoadenocarcinoma multiocular de la próstata	25-40 años	PSA +	Benigno o maligno. Quiste multiocular tapizado por epitelio prostático

y finalmente el cistoadenoma<sub>16</sub> (o el cistoadenocarcinoma<sub>17</sub>) multilobular prostático (Tabla 1). Basándonos en las características diferenciales de dichas lesiones se llegó erróneamente al diagnóstico preoperatorio de carcinoma quístico gigante de la próstata.

## Conclusiones

La dilatación quística gigante de una vesícula seminal (7.4 x 7.7 x 7.5 cm.) secundaria a la infiltración neoplásica del conducto eferente es un hallazgo fracamente inusual. Este caso debe hacernos reflexionar sobre los posibles diagnósticos diferenciales de cualquier masa quística retrovesical.

## Referencias

- Dahms S; Hohenfellner M; Linn J; Eggersmann C; Haupt G; Thüroff J. Retrovesical mass in men: Pitfalls or differential diagnosis. *J.Urol.* 1999, 161: 1244-8
- Tsuji H; Hashimoto K; Katoh Y; Iguchi M. Prostatic cancer with huge cystic degeneration. *Urol Int* 1999; 62 (1): 48-50
- Parr NJ; Hawkyard SJ. Carcinoma of the prostate presenting as cystic pelvic mass. *Br J Urol* 1994 Feb; 73 (2): 213-4
- Genevois P; Van Sinoy M; Sintzoff S; Stallenberg B; Salmon I; Van Regemorter G; Struyven J. Cysts of the prostate and seminal vesicles: MR imaging findings in 11 cases. *AJR* 1990, 155: 1021-4
- Llewellyn CH, Holthaus LH. Cystic carcinoma of the prostate: findings on transrectal sonography. *Am J Roentgenol.* 1991 Oct; 157 (4):785-6.
- Schuhcke TD; Kaplan GW. Prostatic utricle cysts (mullerian duct cysts). *J Urol* 1978 Jun; 119 (6): 765-7
- Herranz F; Diez JM; Verdu F; Bueno G; Leal F; Bielsa A; Garcia J. Carcinoma quístico de próstata. Diagnóstico ecográfico. *Arch Esp Urol* 1998 Sep; 51 (7): 701-4
- Krogh J; Lund PG. Mucinous adenocarcinoma of the prostate presenting as a retrovesical cyst. Case report. *Scand J Urol Nephrol* 1988; 22 (3): 235-6
- Terris MK; McNeal JE; Stamey TA. Invasion of the seminal vesicles by prostatic cancer: detection with transrectal sonography. *Am J Roentgenol* 1990 Oct; 155 (4): 811-5
- Grob BM; Haley C; Schellhammer PF; Schlossberg SM; Wright GL Jr The detection of prostate specific antigen, MHS-5, and other markers in invasive prostate cancer and seminal vesicle. *J Urol* 1992 May; 147(5): 1435-8
- Osorio Acosta V; Borrajero Martínez I. Carcinoma adenoideo quístico de la próstata. Presentación de un caso. *Arch Esp Urol* 1997 Jan-Feb; 50 (1): 67-71
- Young RH; Frierson HF Jr; Mills SE; Kaiser JS; Talbot WH; Bhan AK. Adenoid cystic-like tumor of the prostate gland. A report of two cases and review of the literature on «adenoid cystic carcinoma» of the prostate. *Am J Clin Pathol* 1988 Jan; 89 (1): 49-56.
- Kuhajda FP; Mann RB. Adenoid cystic carcinoma of the prostate. A case report with immunoperoxidase staining for prostate-specific acid phosphatase and prostate-specific antigen. *Am J Clin Pathol* 1984 Feb; 81 (2): 257-60
- Kevwitch MK; Walloch JL; Waters WB; Flanigan RC. Prostatic cystic epithelial-stromal tumors: a report of 2 new cases. *J Urol* 1993 Apr; 149 (4): 860-4
- Hessel RG; Reyes CV; Jensen J; Bayer R; Chinoy M; Bhoopalam N. Malignant cystic epithelial-stromal tumor of the prostate. *Diagn Cytopathol* 1993; 9 (3): 314-7
- Maluf HM; King ME; DeLuca FR; Navarro J; Talerman A; Young RH. Giant multilobular prostatic cystadenoma: a distinctive lesion of the retroperitoneum in men. A report of two cases. *Am J Surg Pathol* 1991 Feb; 15 (2): 131-5
- Kojima K; Uehara H; Naruo S; Kanayama H; Kagawa S. Papillary cystadenocarcinoma of the prostate. *Int J Urol* 1996 Nov; 3 (6): 511-3