

CARCINOMATOSIS OSTEOPLASICA POR METASTASIS OSEAS GENERALIZADAS DE UN EPITELIOMA DE PROSTATA

(Estudio Histo-Radiológico)

Por los Dres. JOSE L. MONSERRAT e ISIDORO GALVEZ

Los tumores de próstata, aun los latentes o sólo identificables histológicamente, demuestran una predilección metastásica por el sistema óseo, que hace que en algunas estadísticas, ocupen el primer puesto. Así, **Kauffman**, sobre 22 casos de tumores prostáticos, observó que 16 de ellos dieron metástasis en el sistema óseo, obteniendo así un porcentaje de 70 %, superior a las estadísticas de **Mielecki** (55%) y a la de (30%). **Pueckhauser R.** sobre unas 12.000 autopsias practicadas en el Inst. Pat. del Munich-Schwabing, encontró 55 cánceres de próstata, 30 de los cuales con metástasis óseas, lo que da un porcentaje del 54.5%.

Si nos referimos a la predilección por los distintos segmentos óseos, encontramos que la estadística de *Pueckhausen*, acusa la relación siguiente: columna vertebral 27 veces, fémur 11, cráneo 5, costillas 4, esternón 3, húmero, tibia y silla turca, una vez cada una. La estadística de **Kauffmann**, da también una relación aproximadamente semejante.

Considerando la modalidad histológica de estas metástasis y por consiguiente su imagen radiológica, encontraremos dos modalidades características: la forma osteoclásica y la osteoplástica.



Fig. Nº 1

Placa Nº 819. Hemalumbre-eritrosina.

Tumor Prostático

Caracteres histológicos típicos de un adenoma prostático.

La forma osteoclásica, dado su carácter destructor, permite una fácil identificación como tumor óseo maligno, permitiendo e induciendo al diagnóstico clínico de localización, como es de práctica en todas las imágenes radiológicas de tumor maligno, pero para el caso especial de los tumores de sede prostática, dada la rareza de esta forma de tipo puro, no necesita ser considerada en demasía en los diagnósticos diferenciales.

En cambio, la variedad osteoplástica o productiva, corresponde no sólo a neoplasias, sino que también a un gran número de afecio-

nes que obligan, en presencia de una osteítis condensante a un minucioso diagnóstico diferencial, que se torna a veces muy difícil, para los cánceres prostáticos; o bien da pocos síntomas, o bien el cáncer es identificable sólo histológicamente.

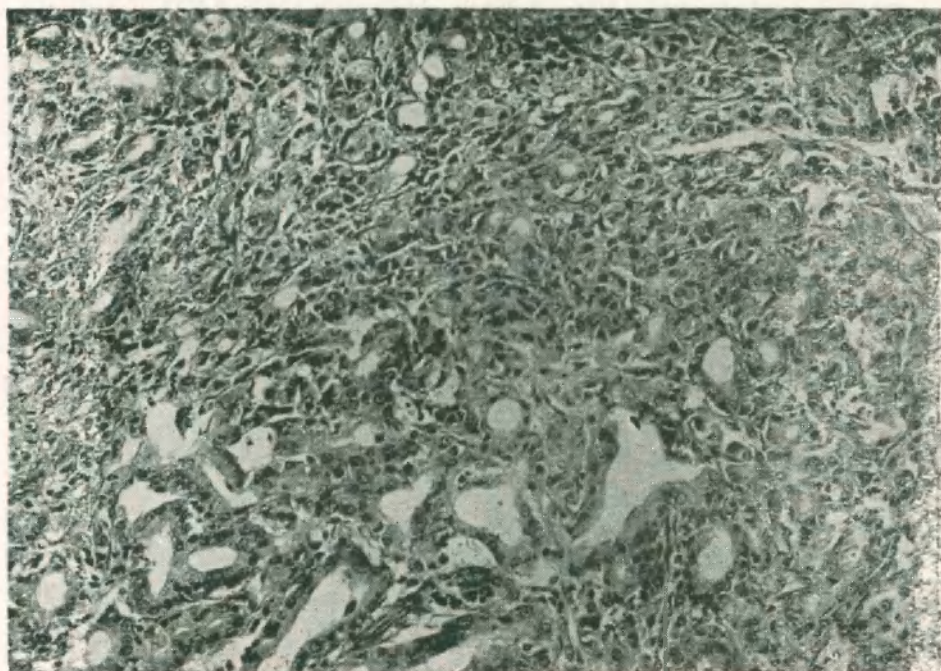


Fig. N 2

Placa Nº 820. Hemalumbre-eritrosina.

Tumor Prostático.

El carácter glandular del tumor va desapareciendo para originar una infiltración difusa.

Felizmente para el diagnóstico radiológico diferencial, los casos de metástasis prostáticas a tipo osteoclásico y osteoplástico puros en una u otra variedad, son raros, como sostiene entre otros **Alhausen**, y al estar estas dos modalidades entremezcladas, pueden llevarnos a un diagnóstico.

Sin embargo, para que éste sea indudable, deberemos recurrir a la biopsia ósea, única forma de obtener y confirmar un diagnóstico preciso y categórico.

La observación que hoy comentamos es demostrativa bajo este aspecto, por cuanto, si bien en sus antecedentes figuraba una prosta-

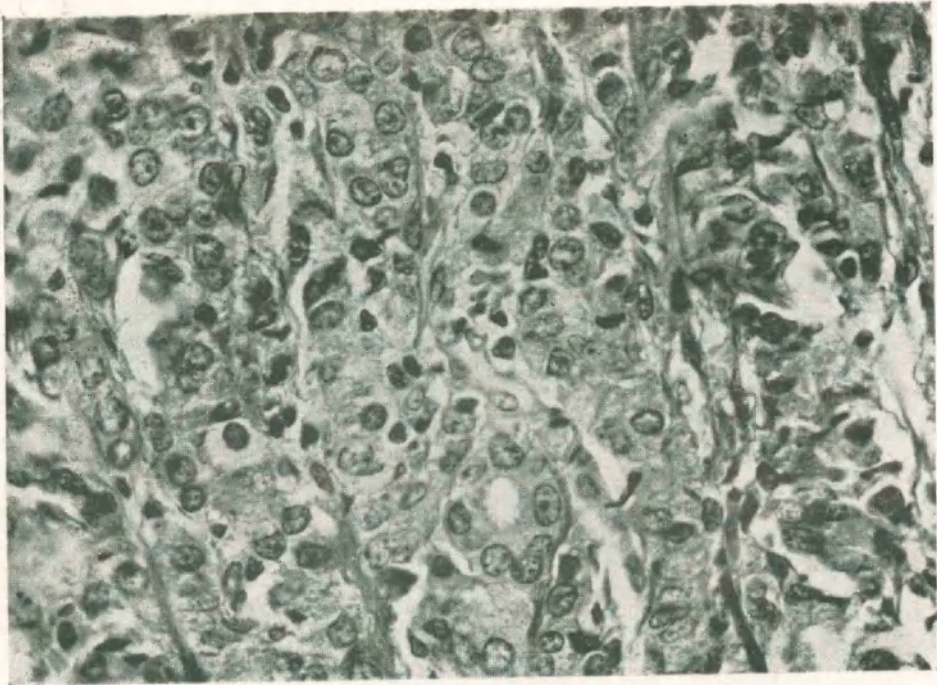


Fig. Nº 3

Placa Nº 821. Hemalumbre-eritrosina.

Tumor Prostático

En plena zona de infiltración se observa la tendencia a formar cavidades glanduliformes.

tectomía, con un epiteloma glandular demostrado histológicamente, las imágenes radiológicas obtenidas, nueve meses después, dieron motivo a una serie de diagnósticos diferenciales, hasta que la biopsia ósea, confirmó la presunción de que se trataba de una metastasis ósea generalizada.

La historia clínica N., del servicio de Urología del Dr. Serantes, nos dice tratarse de un enfermo de 70 años, que ingresó por una retención incompleta de orina. El tacto rectal demuestra una próstata medianamente aumentada, de tamaño irregular y dolorosa.

Con el diagnóstico de hipertrofia de próstata y previo estudio del funcionamiento renal, que nos dá: K. O. 106; P. S. P. 58%; y Azotemia 0.40 % el 26 de Mayo de 1932 se interviene, realizándose la prostatectomía en un solo tiempo.

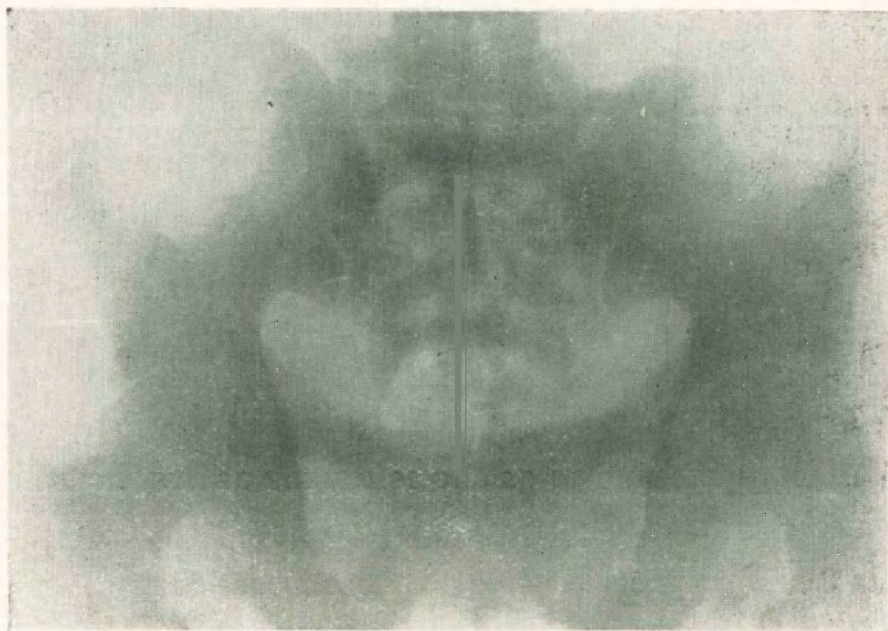


Fig. N° 4

A pesar de la mala radiografía se aprecia la irregularidad de la estructura ósea por los procesos de rarefacción y condensación

Como durante su post-operatorio acusara dolores reumáticos en las rodillas, se le hacen radiografías que no acusan ningún detalle particular.

El examen histológico de la próstata, nos dice lo siguiente (F. N° 1453): La observación topográfica (fig. N° 1) nos muestra grandes cavidades, recubiertas por un epitelio cilíndrico que aplana su pared a medida que el tamaño de la cavidad crece; entre estas formaciones, el estroma reacciona escasamente, siendo en cambio muy evidentes las fibras musculares.

Por fuera de estas zonas típicamente adenomatosas, el conjuntivo prolifera activamente y se observa ocupado por regueros celulares, de aspecto epitelial, que se caracteriza plenamente al formar acúmulos en donde la tendencia a la formación cavitaria es evidente, llevándonos así al diagnóstico de Epitelioma glandular. (Figura N° 3).

En pocas zonas es posible ver la transición entre células de las glándulas prostáticas y del tumor, pudiéndose así identificar el origen. (figura Nº 2)

Diagnóstico: Epitelioma glandular de próstata en la faz de infiltración.

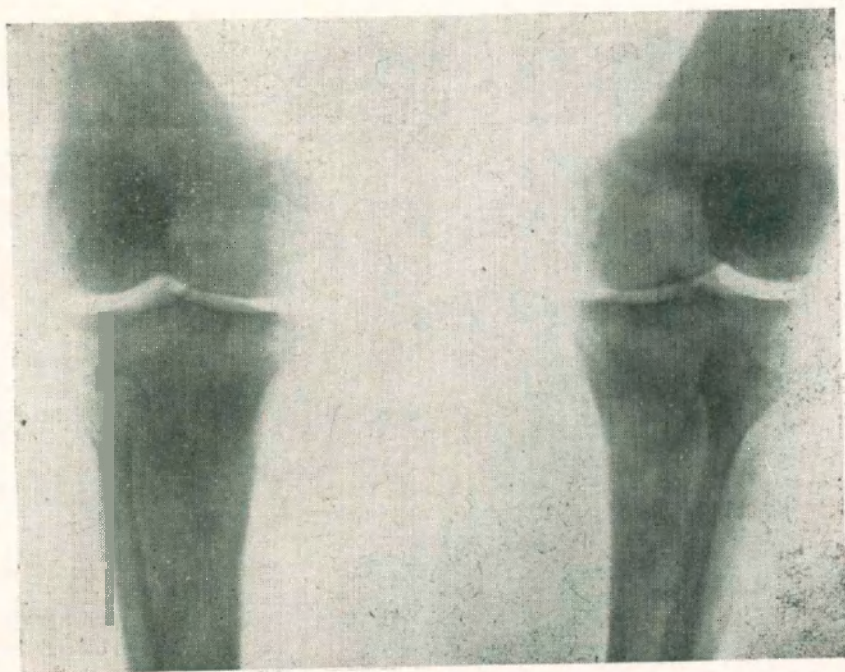


Fig. Nº 5

Imagen de los platillos tibiales con lesiones de condensación y rarefacción

Dado de alta en buenas condiciones, poco tiempo después comienzan a intensificarse las molestias óseas, que le impiden más tarde la realización de los movimientos por lo cual decide internarse nuevamente, haciéndolo en el servicio de Clínica Médica que dirige el Dr. Badía, en donde se le levanta la siguiente historia clínica, de la que extractamos los datos que nos interesan.

Antecedentes. — Prostatectomizado hace nueve meses. Iniciación de la enfermedad de acuerdo a lo consignado anteriormente.

Estado actual. — Enfermo en mal estado general de nutrición, edema de miembros inferiores, que se acentúan durante la estadía en la sala. Febril durante los primeros días, apirético luego. Tinte anémico (1.700.000 glób. rojos).

hemoglobina 30%; leucocitos 5.000; polinucleares 67%, linfocitos 32%; mononucleares 2%).



Fig. Nº 6

Cabeza de húmero con procesos de rarefacción.

Pulmones. — Bronquitis crónica generalizada, abundante expectoración mucopurulenta, rales congestivos en la base.

Corazón. — Gran hipertrofia cardíaca; levantamiento de la sub-clavia; latido aórtico supraesternal. Aorta ensanchada; soplo sistólico mitral. Tensión arterial: Mx: $12\frac{1}{2}$, Mn. $4\frac{1}{2}$.

Miembros inferiores. — Edema. Dolores espontáneos en ambas rodillas; la movilización es dolorosa llamando la atención la exquisita sensibilidad de las tibias, molestándole hasta el roce de las sábanas.

Miembros superiores. — Dolores sobre todo en el codo, también con gran sensibilidad.

Reacción de Wassermann. — Negativa.

Radiografías del sistema óseo.

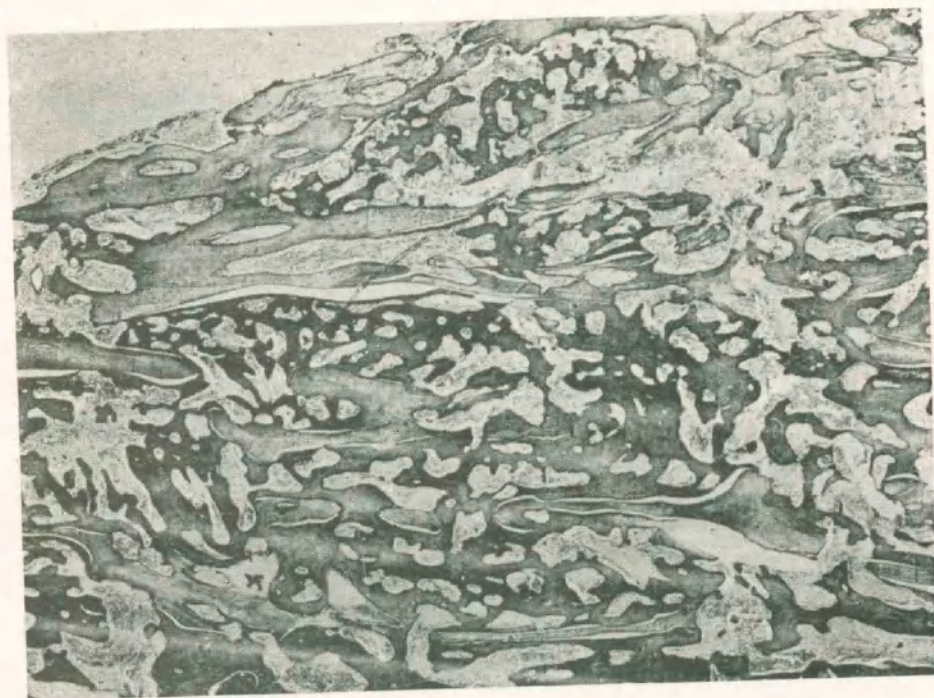


Fig. No 7

Placa No 946. Hematoxilina-eosina

Biopsia a nivel de la tibia

Vista panorámica que permite observar la condensación de las trabéculas óseas, que impresiona como una osteitis condensante.

Las radiografías obtenidas nos muestran alteraciones localizadas en el fémur, tibia, peroné, vertebras lumbares, huesos de la pelvis, de la caja torácica, huesos del brazo y antebrazo.

Radiológicamente existen procesos osteoclásticos pero predominan notablemente los osteoplásticos, al punto de conferir al carácter dominante de la lesión el diagnóstico de osteitis condensante.

Si examinamos la pelvis, (fig. No 4) observaremos que sus contornos son borrosos, desiguales por procesos de condensación y de

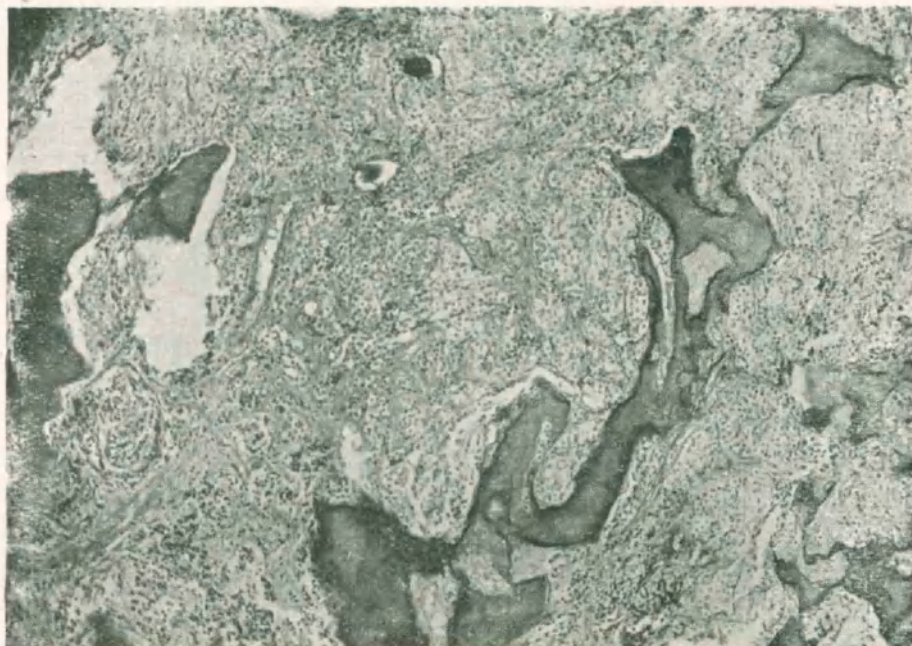


Fig. No 8

Placa No 822. Fuc. de Mallory

Biopsia a nivel de la tibia

Trabéculas óseas adelgazadas y decalcificadas parcialmente. Obsérvase la invasión tumoral entre las trabéculas.

rarefacción, que le confieren así el aspecto de las osteítis condensantes deformantes, o enfermedad de **Paget**.

El estudio radiológico del resto del esqueleto, al no acusar las lesiones características de la enfermedad de **Paget**, permiten descartar a ésta fácilmente, si recordamos la rareza de las formas aisladas de ésta afección.

El examen de ambas rodillas (fig. No 5) muestra una condensación, con algunas zonas de reabsorción de la epífisis tibial, que podría hacer pensar en las osteítis condensantes, tipo de **Albert-Schömbner**, por la simetría, condensación de la trama ósea e integridad de la articulación, pero nuevamente el conjunto del esqueleto, permite la eliminación de este proceso, como así también el de la osteomie-

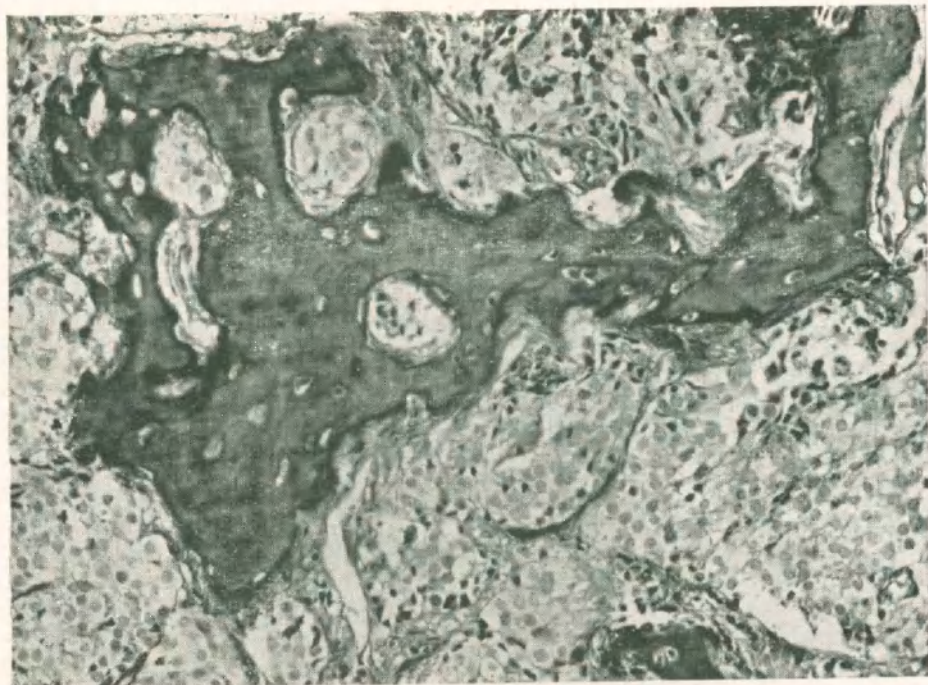


Fig. No 9

Placa No 947. Fuc. de Masson

Biopsia a nivel de la tibia

Muestra la calcificación y condensación de las trabéculas óseas y el tipo de la infiltración neoplásica.

litis, por la multiplicidad de focos existentes, por cuanto ésta afección es generalmente de única localización.

Frente al predominio de procesos condensantes, se destacan los focos osteoclásicos descriptos, más evidentes en algunas vértebras, y sobre todo a nivel de la cabeza del húmero (fig. No 6) que permiten, por la reunión de estos caracteres, suponer la existencia de una siembra neoplásica generalizada.

El carácter osteoplástico dominante, muy frecuente en las metástasis óseas de los tumores prostáticos, como ya lo describiera en 1891 *Recklinghausen* y lo certificaran numerosos autores después, unido al antecedente clínico-operatorio, permitieron el diagnóstico de osteítis condesante por cáncer generalizado de próstata, para cuya

confirmación se practicó una biopsia en la tibia cuyo resultado fue el siguiente:

F. N°1961.

Previa decalcificación en liquido de Alexander se practican coloraciones con hemalumbre-eritrosina, Mallory, tric. de Masson.

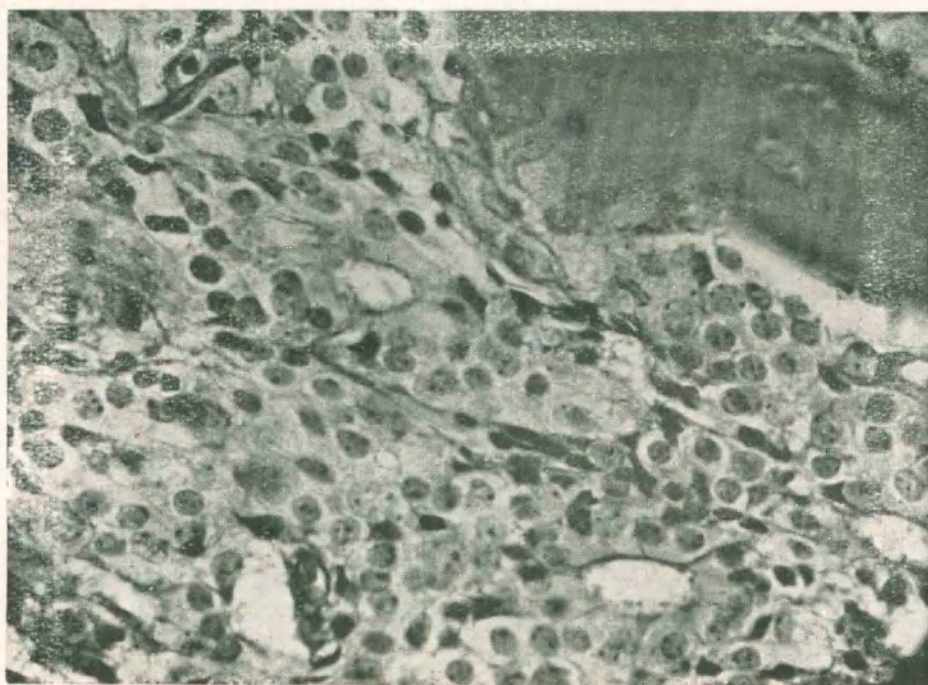


Fig. N° 10

Placa N° 823. Hemalumbre-eritrosina.

Biopsia a nivel de la tibia

Nos muestra el detalle citológico de la metástasis que comparece con la fig. N° 3, idéntica tendencia a las formaciones glanduliformes.

Las observaciones topográficas (fig. N° 7) nos muestran una abundante cantidad de trabéculas óseas, gruesas, bien calcificadas, compactas y con una proliferación colágena entre ellas, muy evidente, toda la médula ósea está ocupada por una difusa infiltración de elementos celulares de tipo epitelial, con evidente tendencia a la formación de cavidades glandulares, semejantes a

A la invasión epitelial las trabéculas óseas oponen una discreta fibrosis y según las zonas estudiadas se apreciará o bien una decalcificación (fig. N° 8)

y osteoclasia de las trabéculas o por el contrario una condensación del tejido óseo (fig. 9) dando así la imagen histológica de procesos osteoclásicos y osteoplásicos predominando estos últimos, como describimos en el estudio radiológico.

El examen de los elementos epiteliales, su tendencia a la formación cavitaria glanduliforme (fig. N° 10) y la comparación con los preparados de la próstata permiten suponer una identidad estructural e histogenética que nos llevan al diagnóstico enunciado en la comunicación.