

METÁSTASIS DE CARCINOMA DE PRÓSTATA EN CUERPO CAVERNOSO

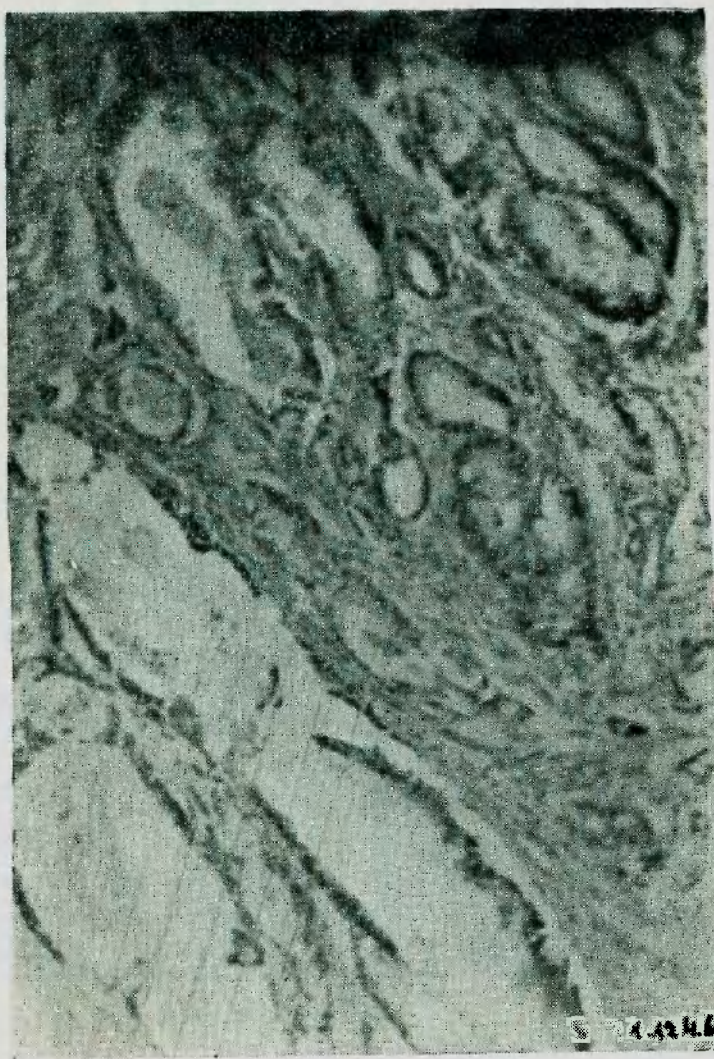
Por los DRES. H. PAGLIERE y C. SCORTICATI

El hallazgo en el pene de metástasis de neoplasias originadas en distintos órganos de la economía, es lo suficientemente rara como para justificar su presentación. El primer caso de una metástasis con esta localización fue descrito por Eberth en 1870. La primera metástasis en pene de un cáncer de próstata fue publicada por Tuffier en 1885. Paquin y Roland hasta 1955 hallan 55 casos y agregan 9. Poco después, en 1958, Mac Grea y Tobías hacen ascender a 69 el número de casos adscriptos. En 1961 Abeshouse y Abeshouse en una exhaustiva revisión de la literatura hallan 138 casos y agregan 2 personales. La primera publicación de cáncer de próstata con metástasis en cuerpos cavernosos de la literatura nacional pertenece a Pagliere y Schiappapietra en 1928, con la particularidad de que el diagnóstico se hizo por punción de la lesión. Posteriormente se agregan el caso de Bernardi y Tinelli, en que si bien no se pudo determinar histológicamente la relación entre ambas localizaciones, cabe admitir que la lesión del pene fuera una metástasis del cáncer de próstata que padecía el enfermo. En el mismo año 1955, de la publicación de los autores citados, aparece otra de Iacapraro, Carreño y Hojman.

En la citada revisión de Abeshouse el tumor era prostático en 39 pacientes, ocupando el 2º lugar en cuanto a la frecuencia del órgano en que se situaba el tumor originario, ya que el 1º le correspondía a la vejiga con 43 pacientes y el 3º al recto y sigmoideo con 21. La vecindad de los órganos que con mayor frecuencia dan origen a metástasis peneanas, como surge de las cifras mencionadas, permite interesantes especulaciones patogénicas sobre las distintas vías que pueden utilizar las células tumorales.

J. S., 63 años, argentino, casado. Concorre el 14 de agosto de 1963 con trastornos disúricos, comprobándose 200 cc. de residuo y próstata dura y aumentada de tamaño. Al día siguiente se efectúa biopsia con trocar de Maraini. El informe histopatológico reveló tratarse de un adenocarcinoma semi-diferenciado, iniciándose el 31 del mismo mes tratamiento con estrógenos. La determinación de las fosfatasas acidas estaba dentro de los límites normales. El 4 de noviembre se efectúa castración; en el post-operatorio presentó supuración de incisión quirúrgica que persistió unos 15 días. Continúa con sonda en permanencia por su residuo vesical.

El 28 de marzo de 1964 aparece nódulo perineal en el lugar de penetración del trócar; se efectúa biopsia, revelando metástasis de adenocarcinoma de próstata. Fue motivo de otra comunicación a esta Sociedad. El 18 de abril se percibe nódulo duro discretamente doloroso, no determinando priapismo, de 2 x 1 cm. en cuerpo cavernoso izquierdo, a nivel del ángulo penoescrotal; se efectúa cavernograma con medio iodado hidrosoluble que demuestra una imagen lacunar. La biopsia quirúrgica de la lesión fue estudiada por el doctor Maruffo que en protocolo N° 13.916 informa: "adenocarcinoma semi-diferenciado. El cuadro histológico es compatible con primitivo de próstata". El enfermo concurreó por última vez al consultorio el 25 de agosto de este año. El nódulo del pene había aumentado progresivamente de volumen apareciendo otros, próximos al primero aunque más pequeños, y acompañándose de dolores sumamente intensos; el miembro aparecía ligeramente angulado a nivel de la lesión y hacia abajo; con discreto edema de partes blandas. En el lapso transcurrido había sido tratado con estrógenos, corticoides y Endoxan, no habiendo obtenido ningún beneficio.

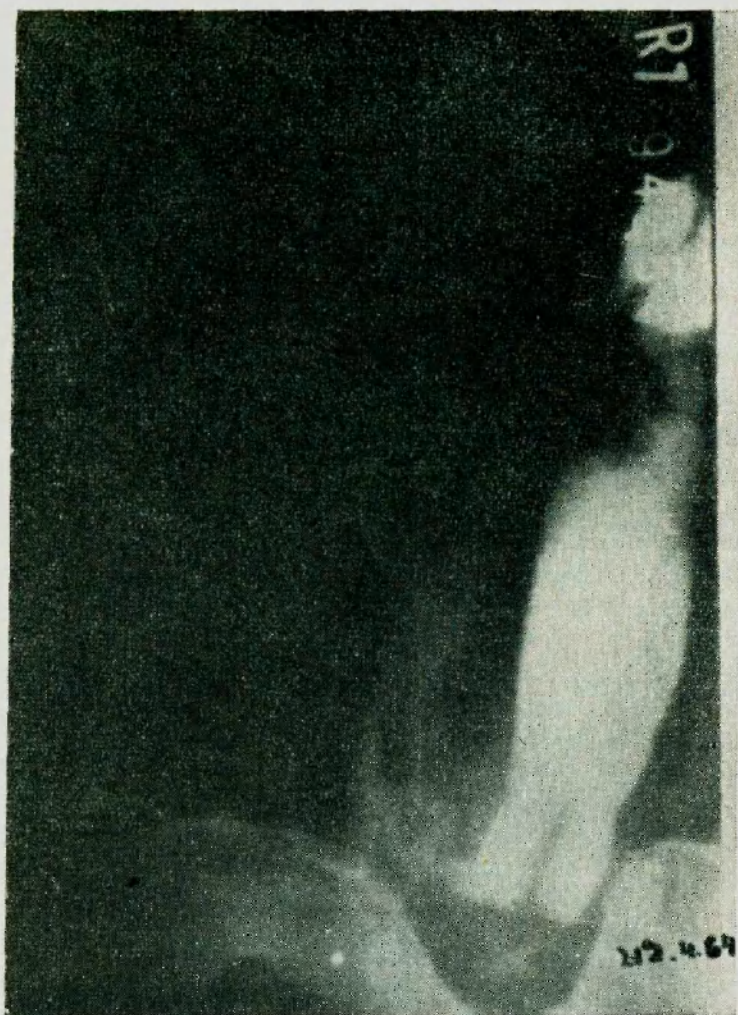


CONSIDERACIONES

El aspecto más controvertido de esta complicación lo constituye el mecanismo por el cual se efectúa la metástasis. Mientras algunos pretenden explicar esta localización por la riqueza en la irrigación sanguínea del pene y su abundancia en linfáticos, otros, como Musiani, atribuyen la rareza de la metástasis a las variaciones que la erección y la flacidez del órgano determinan en el lleno de los lagos sanguíneos, con la consiguiente dificultad a la embolización neo-

plásica. Paquin y Roland analizan las distintas posibilidades de invasión considerando las vías linfáticas, arterial, venosa, o por contigüidad, con las siguientes modalidades: extensión directa, difusión linfática retrógrada, difusión venosa retrógrada, difusión arterial directa, embolismo secundario, embolismo terciario, difusión instrumental y embolismo paradójal.

La extensión directa: Aceptable para los casos en que el tumor original se encuentra anatómicamente relacionado con el pene, deja de serlo en tumores alejados del mismo, como tampoco en aquellos casos en que la localización geni-

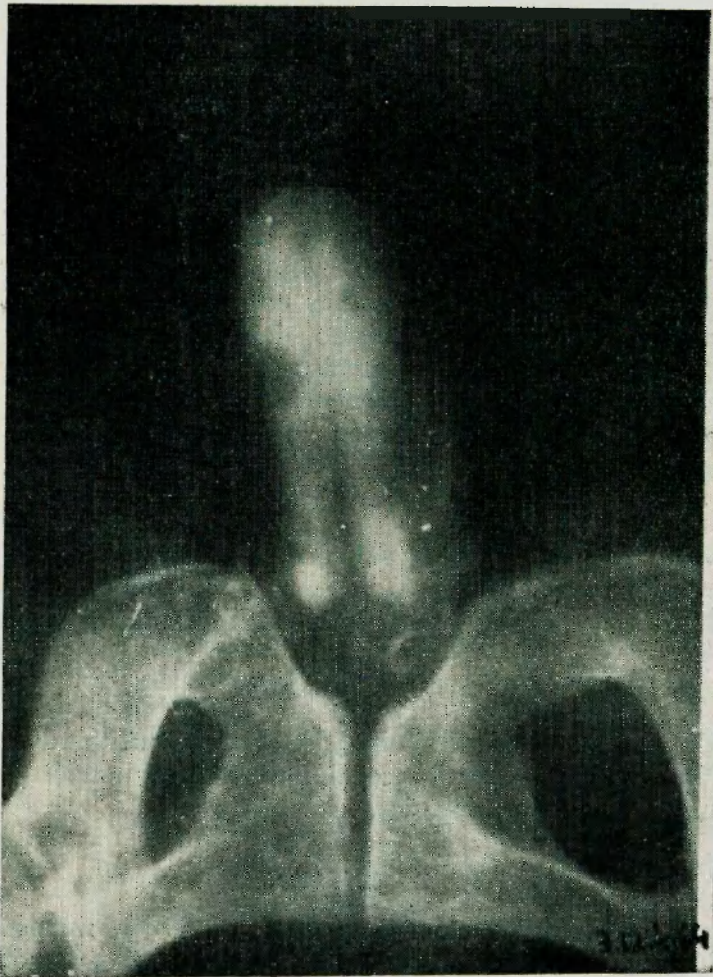


tal corresponde al glande o porción distal de los cuerpos cavernosos. En el paciente que presentamos, esta posibilidad podría considerarse recordando la localización perineal anterior: sin embargo no existía ninguna relación semiológica entre ambas y la lesión del pene era indiscutiblemente intracavernosa.

La invasión venosa retrógrada: Se basa en los estudios de Batson, que ya citáramos en publicación anterior en la justificación de las localizaciones sépticas vertebrales. Según este autor, determinados esfuerzos —tos, contracción abdominal enérgica, maniobra de Valsalva— pueden invertir el flujo venoso normal; por otra parte esta inversión puede ocurrir patológicamente si existe

una obstrucción neoplásica al curso venoso, obligando a la sangre a la derivación por otras vías distintas a las normales. La vía sanguínea, venosa o arterial es la que Truc y Grasset suponen interviene prácticamente en todos los casos.

Metástasis linfáticas retrógradas: La distribución de los linfáticos pelvianos puede explicar este medio de difusión, particularmente al bloquearse el curso normal a través de los vasos o ganglios linfáticos regionales. En el paciente de Jacapraro, Carreño y Hojman el informe histopatológico establecía la existencia de un "linfangioma quístico ocupado por émbolos celulares pertenecientes a un carcinoma indiferenciado". Esta circunstancia favorece la hipótesis de la difusión linfática.



En la publicación de estos autores se recuerda la anatomía de los linfáticos regionales y se admite la posibilidad de una relación entre los órganos afectados a través de los ganglios prevesicales, en los que convergirían en ocasiones vasos linfáticos que emergen de la cara anterior de la próstata y otros originados en el pene atravesando el diafragma urogenital, la progresión retrógrada puede llevar las células tumorales al cuerpo cavernoso del pene. La necesidad de la

conurrencia de factores infrecuentes —dicha disposición anatómica linfática y la progresión retrógrada— explicarían la rareza de estas metástasis.

Embolismo secundario: Según Ewing, las células circulantes detenidas en el filtro pulmonar pueden metastatizar y generar otras que a través de la vena pulmonar se difundan en la circulación general.

Embolismo terciario: Zahn, citado por el mismo Ewing, admite un embolismo terciario, por el que metástasis hepáticas producirían embolias pulmonares y de ahí ocurriría la difusión a la circulación general.

Extensión directa a través de vasos arteriales: Requiere el pasaje de células directamente a la luz arterial y de ahí a órganos vecinos con similar irrigación. Puede explicar las metástasis de sarcomas o tumores óseos.

Instrumentación: Este mecanismo, admisible en los raros casos en que se encuentra comprometido el cuerpo esponjoso, no es aplicable a los muchos más frecuentes de localización en cuerpo cavernoso.

Embolización paradójal: Requiere la persistencia del foramen oval, condición excepcional que apenas merece tenerse en cuenta.

DIAGNOSTICO

El conocimiento de la localización primitiva facilita el diagnóstico de la lesión secundaria, si ésta es evidente a la palpación. En los casos en que el síntoma inicial lo constituye el priapismo, debe sospecharse, como lo advirtió Chevassu, en la posibilidad de una metástasis. Cuando existe un nódulo palpable la afección que con mayor frecuencia induce a error es la induración plástica de los cuerpos cavernosos, caso en que la biopsia aclarará el diagnóstico.

PRONOSTICO

Todos los autores admiten la malignidad del pronóstico, siendo habitual que el paciente sobreviva sólo unos pocos meses. No conocemos la condición del nuestro, por lo que no podemos contribuir con referencia a su sobrevida.

TRATAMIENTO

Establecido el mal pronóstico sobra destacar la inutilidad de casi todos los tratamientos ensayados. En casos excepcionales la amputación del pene ha logrado las sobrevidas más prolongadas.

RESUMEN

Se presenta un paciente de 63 años de edad con metástasis en cuerpo cavernoso de un carcinoma de próstata. Se revisan las teorías sobre el modo de difusión y se destaca el mal pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

- Batson, O. V.: The function of the vertebral veins and their rôle in the spread of metastases. *Ann. Surg.* 112: 138-149, 1940.
- Bernardi, R. y Tinelli, J.: Cáncer de la próstata y cáncer de los cuerpos cavernosos. Metástasis. *Rev. Argen. Urol.* 24: 266-268, 1955.
- Eberth, C.: Krebsmetastasen des Corpus cavernosum penis. *Virchows Arch. Path. Anat.* 51: 145-146, 1870.

- Espinosa, R.; Mahoney, M. and Albano, E.*: Secondary carcinoma of the penis, with primary site in prostate gland. *Am. J. Clin. Path.* 24: 1165-1169, 1954.
- Ewing, J.*: Neoplastic diseases; a treatise on tumors, 4th. ed. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1941.
- Fetter, T.; Junen, J. R. and Dodd, G.*: Application of cavernosography in diagnosis of lesion of penis. *Am. J. Roentgenol* 90: 169-175, 1963.
- Garofalo, F.*: Su un caso di metastasi ai corpi cavernosi del pene da carcinoma della prostata. *Arch. Ital. Urol.* 36: 138-149, 1963.
- Iacapraro, G.; Carreño, O. y Hojman, D.*: Metástasis linfática del pene en carcinoma prostático. *Rev. Argent. Urol.* 24: 389-394, 1955.
- Martin-Laual*: Cancer des corps caverneux secondaire à un cancer de la prostate. *J. Urol. Mad. Chir.* 32: 347-348, 1931.
- Mc. Crea, L. E. and Tobias, G. L.*: Metastatic disease of the penis. *J. Urol.* 80: 489, 1958.
- Musiani, U.*: Della rarità delle metastasi carcinomatose nei corpi cavernosi del pene. *Urologia* 14: 94-97, 1947.
- Pagliari, L. y Schiappapietra, T.*: Adenocarcinoma de la próstata con metástasis en cuerpos cavernosos. *Rev. Argent. espec.* 3: 774-780, 1928.
- Peters, C. N. and Huntress, R. L.*: Priapism and chordee due to metastatic carcinoma of the penis, prostate being the primary source. *J. Urol.* 40: 810-813, 1938.
- Poutasse, E.*: Metastasis to the penis: report of four cases. *J. Urol.* 72: 1196-1200, 1954.
- Tuffier*: Cit. por Pagliere y Schiappapietra.
- Waller, J. and Hellwig, C.*: Metastasis to the corpora cavernosa from carcinoma of the prostate. *J. Urol.* 69: 157-163, 1953.
- Wilson, M.; Horton, G. and Horton, B.*: Secondary tumors of the penis. *J. Urol.* cv: 721-725. 1954.