

METASTASIS DE CARCINOMA DE PROSTATA EN SACO HERNIARIO

Dres. H. Pagliere, E. Soldano y C. Scorticatti.

Policlínico de San Martín

Servicio de Urología

La caprichosa localización y colonización a distancia de los procesos cancerosos, hacen que la literatura muestre casos excepcionales cuyo verdadero diagnóstico sólo se establece por el estudio anatómo-patológico de la pieza obtenida quirúrgicamente, tal como el caso que nos ocupa y que consideramos una rareza, o bien en el estudio post-mortem. Arnheim sobre 176 autopsias de casos con carcinoma de próstata encuentra solamente 5 con localización peritoneal, siendo en ganglios, huesos, pulmón, hígado y pleura el lugar más frecuente de hallazgo de metástasis, encontrándose también en suprenales, riñón, bazo piel y páncreas. Gravez y Militzer citan un caso de localización tiroidea, Mintz y Smith en ojos, pericardio y diafragma, Howard, Hicks y Scheldrup y Helfert y Pinck publican sendos casos de localización en testículo: La historia clínica del paciente motivo de esta presentación es la siguiente:

L. G., ficha 5724 del Servicio de Urología del Policlínico de San Martín, de 80 años de edad, español, viudo, manifiesta un cuadro de polaquiuria intensa acompañándose de decaimiento y pérdida de peso. Al examen se percute y palpa vejiga distendida, la uretra permeable a sonda béquille N° 20 con la que se realiza una evacuación parcial de orina, dejándose en permanencia. El tacto rectal nos permite individualizar una próstata de volumen aumentado con un nódulo indurado del tamaño de una almendra en el extremo superior del lóbulo derecho. Se indica biopsia que se realiza por vía perineal con trócar de Maraini, no obteniéndose muestra del nódulo. Las fosfatas ácidas son de 5,72 unidades King-Armstrong, y la eliminación de sulfofeneolftaleina se encuentra disminuida, mejorando parcialmente con tratamiento médico y sonda en permanencia. Un nuevo examen nos permite palpar en la región inguinal derecha, donde existe un proceso herniario, una formación del tamaño de una nuez pequeña que por sus características y localización nos hace suponer un infarto ganglionar. Con estos datos indicamos estrógenoterapia, castración y herniorrafia.

Al proceder a efectuar esta última se encuentra en el saco herniario una zona indurada, blanquecina, numular, de $1\frac{1}{2}$ cm. de diámetro por 4 mm de espesor interpretándose como una condición del mismo a nivel del anillo inguinal, se lo reseca para su posterior estudio anatomopatológico; realizado el mismo por el Dr. Guzmán informa: Se ven bandas de fibrina que en parte se están organizando y que recubren la superficie del tumor, adenocarcinoma, con sus características células de núcleo con cromatina laxa y nucleolos eosinófilos con citoplasma claro, que forman cordones o bien acinos glandulares separados por bandas de fibrosis. Hacia la zona superficial existen bandas esclerosas con vasos de neoformación y se hallan revestidas por bandas fibrinosas. Diagnóstico: Metástasis de adenocarcinoma.

Consideraciones: De las posibles vías de diseminación neoplásica a punto de partida prostático consideradas por Scheldrup en su trabajo sobre metástasis en testículo, que adoptamos a nuestro caso de implantación en el peritoneo del saco herniario, dada su vecindad con el cordón inguinal, recordamos:

Vía venosa retrógrada: del plexo venoso prostático a vena ilíaca interna o hipogástrica, siguiendo por la vena cava y por vía retrógrada por esfuerzos de tos, contracciones abdominales bruscas, o maniobras de Valsalva, a la vena espermática.

Embolismo arterial: La célula neoplásica sigue el curso venoso penetrando luego en la circulación arterial para llegar a localizarse en el testículo.

Ambas vías son excepcionales, aún cuando Truc y Grasset las hacen responsables de casi todos los casos de metástasis.

Vía retrógrada linfática: En 1904 Bruhn demostró, en forma experimental, las conexiones linfáticas entre la próstata, epidídimo y testículo por medio de los linfáticos periductales del conducto deferente, y posteriormente Thompson y Pilcher describieron el primer caso de metástasis de cáncer de próstata en epidídimo.

En el paciente que consideramos esta vía puede admitirse con preferencia a la venosa o arterial, dado que el peritoneo posee una red de vasos linfáticos que van a las subserosas parietales y viscerales y de allí a los ganglios tributarios, en relación estos últimos a su vez con los grupos ganglionares ilíacos internos y externos y presacros a los que derivan su contenido los linfáticos periprostáticos, más desarrollados en la cara posterior de la glándula, donde igualmente es más frecuente la transformación neoplásica.

RESUMEN:

Presentamos un raro caso de implantación metastásica de un carcinoma de próstata en el peritoneo del saco herniario de un paciente de 80 años.

Se hacen consideraciones sobre las posibles vías de diseminación de acuerdo a la literatura consultada.

BIBLIOGRAFIA

Arnheim, F. K. - Carcinoma of the prostate: A study of the postmortem findings in one hundred and seventy six cases. *J. Urol.* 60, pág. 599-603, 1948.

Bruhns, C. - Untersuchungen über die Lymphgefäße und Lymphdrüsen der Prostata des Menschen. *Arch. f. Anat. und Entwick. Geschichte.* pág. 330 - 349, 1904.

Gravez, R. C. and Militzer, R. E. - Carcinoma of prostate with metastases. *J. Urol.* 33, pág. 235-251, 1935.

Helfert, I. and Ponck, E. M. - Sedondary carcinoma of testicles following carcinoma of prostate. *J. Urol.* 51, pág. 635-640, 1944.

Howard, D. E., Hocks, W. K., Scheldrup, E. W. - Carcinoma of the prostate with simultaneous bilateral testicular metastases. *J. Urol.* 78. 58-64, 1957.

Mintz, E. R. and Smith, G. G. - Autopsy findings in 100 cases of prostatic cancer. *New Engl. J. Med.* 211, pág. 479-487, 1934

Thompson, G. S. and Pilcher, F. - Carcinoma of the vas deferns. *J. Urol.* 37 pág. 714-717, 1935.