

Revista Cubana de Urología

CASOS CLÍNICOS

Oncología Urológica

Nódulo de Virchow gigante como presentación inicial de un adenocarcinoma prostático

Giant Virchow node as initial presentation of a prostate adenocarcinoma

Nelson Bustamante Sigarroa¹; Nelson Bustamante Salazar¹; Yusimi Ordaz Fuentes¹; Rethabile Lebohang Lebelo¹

¹Departamentos de Urología y Medicina Familiar "Nelson Mandela". Hospital. Mthatha, Provincia del Cabo del Este. África del Sur.

RESUMEN

Introducción: El adenocarcinoma prostático es la neoplasia maligna más frecuente mundialmente en hombres, superando al cáncer pulmonar y de colon en algunos países. Alrededor de 90 % son descubiertos por encima de los 65 años de edad. **Caso clínico:** Paciente masculino de 76 años de edad, concurre con una adenopatía gigante supraclavicular izquierda, antígeno prostático específico de 5 000 ng/ ml, sin otras manifestaciones clínicas. Al examen físico se detectó: Nódulo no doloroso, duro y fijo a planos profundos. La próstata era pétreo y nodular. Las biopsias del ganglio arrojaron metástasis de un adenocarcinoma de próstata, la de próstata, un adenocarcinoma poco diferenciado, Gleason 8. Se observó adenopatías, metástasis para-aorticas en los test de imagen. Efectuamos bloqueo androgénico total, comprobándose una disminución considerable de su adenopatía supraclavicular izquierda y de su antígeno específico prostático a los 4 meses. Compartimos nuestra experiencia en el manejo de esta forma clínica infrecuente de presentación de un cáncer prostático. **Conclusiones:** El debut de un cáncer prostático como una adenopatía supraclavicular izquierda gigante es muy raro. La ablación androgénica total favorece la evolución inicial de estos casos.

Palabras clave: Cáncer prostático; adenopatía supraclavicular izquierda; nódulo de Virchow; bloqueo androgénico total.

Clinical Case: A 76-year-old male came to us with a left supraclavicular giant adenopathy, prostate-specific antigen of 5 000 ng / ml, with no other clinical manifestations. Upon examination of the nodule, it was painless, hard and fixed. The prostate was stony and nodular. The lymph node biopsies showed metastasis of a prostate adenocarcinoma, the prostate adenocarcinoma poorly differentiated, Gleason 7. Adenopathies were observed para-aortic metastases in the imaging tests. We performed total androgen blockade, verifying a considerable decrease in his left supraclavicular adenopathy and his prostate specific antigen at 4 months. We share our experience in the management of this uncommon clinical presentation of prostate cancer. **Conclusions:** The debut of prostatic cancer as a giant left supraclavicular adenopathy is very rare. Total androgenic ablation favors the initial evolution of these cases.

Keywords: Prostate cancer; left supraclavicular adenopathy; Virchow nodule; total androgenic block.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma prostático es la neoplasia maligna más frecuente mundialmente en hombres, superando al cáncer pulmonar y de colon en algunos países. Alrededor de 90 % son descubiertos por encima de los 65 años de edad.¹

La presentación de este cáncer es muy variable en los países donde se realiza cribaje para este cáncer. La forma asintomática con títulos elevados de antígeno prostático específico sérico es más frecuente, otras formas son manifestaciones urinarias obstructivas bajas o síntomas sistémicos por metástasis óseas, debido a invasión local de ganglios linfáticos regionales o metástasis pulmonares. Sin embargo, las metástasis de un adenocarcinoma de próstata en el cuello o ganglio supraclavicular izquierdo, es extremadamente raro.² Por lo señalado, decidimos compartir los resultados del manejo de esta infrecuente forma de presentación de un adenocarcinoma de próstata.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 76 años de edad, natural de Zimbabue, que fue referido por Medicina Familiar a nuestra consulta por presentar una gran adenopatía supraclavicular izquierda y un antígeno específico prostático de 5 000 ng/ml, sin antecedentes patológicos ni otra sintomatología de importancia. Al examen físico constatamos una adenopatía supraclavicular gigante, aproximadamente 20,5 x 10,5 cm en la zona más ancha, fija a planos profundos de consistencia dura y no dolorosa a la palpación ([fig.1](#) y [fig.2](#)), no hallando otras adenopatías al examen.

El examen digital de la próstata mostró una superficie irregular de tamaño 3 x 2 cm, de consistencia pétrea en ambos lóbulos sin surco medio palpable. La biopsia de la adenopatía cervical reportó que el tejido linfático estaba reemplazado totalmente por un crecimiento de aspecto cribioforme, el cual es altamente predictivo de metástasis de adenocarcinoma prostático.



Fig. 1. Se observa una adenopatía supraclavicular izquierda de gran dimensión.

Igualmente la biopsia doble sextante y eco-dirigida de próstata mostró un adenocarcinoma poco diferenciado con puntaje de Gleason 8. En los estudios de laboratorio no hallamos cambios significativos, solo en el PSA total ya mencionado. Los estudios imaginológicos (ultrasonido de abdomen y cuello; tomografía axial computarizada contrastada de tórax, abdomen y pelvis), mostraron metástasis osteoblastias en la pelvis ósea y adenopatías lumbares para-aórticas.

Por todo ello, se clasificó como un adenocarcinoma prostático en estadio T2cN1M1c. Por lo cual le realizamos bloqueo androgénico total con orquiectomía bilateral y acetato de ciproterona oral 200 mg/día. A los 4 meses de seguimiento evolutivo, observamos una disminución considerable del tamaño de la adenopatía tumoral supraclavicular izquierda ([fig. 3](#)), buen estado general y disminución del antígeno específico prostático sérico (60ng/ml). La función hepática se mantuvo dentro de límites normales y se le disminuyó la dosis del

bloqueo androgénico oral a 100mg/día para su seguimiento.



Fig. 2. Vista superior de gran nódulo de Virchow.



Fig. 3. Disminución de ganglio tumor a cuatro meses después de tratamiento con bloqueo androgénico.

DISCUSIÓN

La incidencia y mortalidad del cáncer de próstata es variable en todo el mundo, con tasas de incidencia mayores en los países donde efectúan el cribaje con el antígeno prostático específico.³⁻⁵ Particularmente encontramos datos limitados sobre la frecuencia y mortalidad del cáncer de próstata en los países africanos.⁶⁻⁸ En África del

Sur el cáncer de próstata fue el cáncer masculino más común en todos los grupos de población, aunque con diferencias entre estos grupos. La edad promedio en el momento del diagnóstico fue de 68 años y 74 años al morir.⁹

Reportes indican que la incidencia de cáncer de próstata es más alta entre hombres de origen africano en Norteamérica, con una mortalidad por cáncer de próstata mayor entre hombres de origen africano en el Caribe, así como el estadio y grado tumoral al diagnóstico entre los habitantes del África subsahariana.^{10,11} Consideramos que las diferencias se deben no solo a factores genéticos, tipo de alimentación, socioeconómicos, sino también a las facilidades para la atención médica.

Nosotros encontramos que el cáncer prostático confirmado por diagnóstico histológico es la segunda causa más frecuente de cáncer en Mthatha.^{12,13} En Zimbabue¹⁴ el cáncer prostático es mayor que los reportados en otros países en África, pero menos frecuentes entre la población negra que los reportados en los Estados Unidos de América, no obstante, en Zimbabue puede advertirse la ausencia de programas de detección temprana de cáncer prostático.

La presentación inicial de un adenocarcinoma de próstata como una masa supraclavicular izquierda es rara.¹⁵ Usualmente la afectación de los ganglios linfáticos cervicales mayormente se debe a inflamación, linfoma o metástasis de cáncer de estómago y otros, pero raramente a metástasis de carcinoma prostático el cual afecta a los ganglios linfáticos regionales y al hueso. Existen varias teorías sobre el mecanismo de metástasis a los ganglios linfáticos supra

diafragmáticos de los cánceres genitourinarios, entre ellos el más aceptado es que las células cancerosas pueden alojarse en los ganglios, cerca de la entrada del conducto torácico en la vena subclavia izquierda por diseminación retrógrada, y favorecer la invasión de los mismos en el cuello y supraclavicular; siendo reportadas entre el 0,4 % al 1 % de todos los casos de cáncer prostático metastásico.^{16,17}

En casos similares, la biopsia del nódulo de Virchow es imprescindible para el diagnóstico. Al coincidir un valor elevado del antígeno específico prostático en suero, independientemente de las características de la próstata al examen físico, se procederá a realizar la doble sextante biopsia ecodirigida de próstata, la cual confirmará el diagnóstico y orientará en tratamiento y pronóstico. Igualmente son valiosos los estudios imaginológicos.

Consideramos que a pesar de la buena evolución de este paciente, la biopsia del nódulo de Virchow reportó la presencia de lesiones tumorales de aspectos cribiformes y, además, su Gleason fue muy alto lo cual está señalado que ensombrecen el pronóstico.¹⁸⁻²⁴

CONCLUSIONES

El debut de un cáncer prostático como una adenopatía supraclavicular izquierda gigante es muy raro. Hemos obtenido un buen control inicial de su cáncer prostático con la cirugía de ablación androgénica y terapia hormonal adyuvante, pero debemos continuar su tratamiento y evolución periódica.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez-Blanco MA, Escudero-de los Ríos PM, Hernández-Toríz N. Cáncer de próstata. Rev Mex Urol 2008;68(4):250-9.

2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in globocan 2012. International Journal of Cancer. 2015 [citado Ene 2018];136:E359-E86. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed_dx/doi:doi:10.1002/ijc.29210

3. Chang F, Dávila S, Ovalles V, Mejías E, Rodríguez O, Rodríguez R. Adenopatía cervical como presentación de adenocarcinoma de próstata. Actas UrolEsp. 2007 [citado Ene 2018];31(10)1193-95. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/aue/v31n10/v31n10a17.pdf

4. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 [citado Ene 2018];22;386(9995):743-800. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26063472>

5. Rudan I, Campbell H, Marušić A, Sridhar D, Nair H, Adeloye D, et al. Assembling GHERG: Could "academic crowd-sourcing" address gaps in global health estimates? Journal of Global

Health. 2015 [citado Ene 2018];5(1):010101. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed_dx/doi:10.7189/jogh.05.010101

6. Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, Ward E, Ferlay J, Brawley O, et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. European Urology. 2012 [citado Ene 2018];61(6):1079-92. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed_dx/doi:10.1016/j.eururo.2012.02.054

7. African Organization for Research and Training in Cancer, editor Cancer in Africa: Bridging Science and Humanity AORTIC 2013; 21-24 November 2013. Durban, South Africa: AORTIC; 2013.

8. Adeloye D. Without good data Africa will find it hard to fight non-infectious diseases: The Conversation; 2014 [Citado Ago 2018]. Disponible en: <http://theconversation.com/without-good-data-africa-will-find-it-hard-to-fight-non-infectious-diseases-31543>

9. Chantal Babb, Margaret Urban, Danuta Kielkowski, Patricia Kellett. Prostate Cancer in South Africa: Pathology Based National Cancer Registry Data (1986-2006) and Mortality Rates (1997-2009) Prostate Cancer. 2014. [Citado Ene 2018]. Article ID 419801. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/419801>

10. Le Roux HL, Urry RJ, Sartorius B, Aldous C. Prostate cancer at a regional hospital in South Africa: We are only seeing the tip of the iceberg. S. Afr. j. surg. Cape Town Dec. 2015 [citado Ene 2018];53(3-4). Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/sajs/article/view/129897>

11. Kathleen F. McGinley, Kae Jack Tay & Judd W. Moul Prostate cancer in men of African origin. *Nature Reviews Urology*. 2016;13:99-107.
12. Hsing AW, Yeboah E, Biritwum R, Tettey Y, De Marzo AM, Adjei A, et al. High Prevalence of Screen Detected Prostate Cancer in West Africans: Implications for Racial Disparity of Prostate Cancer. *Journal of Urology*. 2014 [citado Ene 2018];192(3):730-5. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed_dx/doi:10.1016/j.juro.2014.04.017
13. Somdyala NIM, Parkin DM, Sithole N, Bradshaw D. Trends in cancer incidence in rural Eastern Cape Province; South Africa, 1998-2012. *International Journal of Cancer*. 2015 [citado Ene 2018];136(5):E470-4. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed_dx/doi:10.1002/ijc.29224
14. Bustamante Sigarroa N, Mazwai L, Garcia Jordan M, Bustamante Salazar N, Ordaz Fuentes Y. Cáncer Prostático en Transkei, SudAfrica. VI Congreso Virtual Hispano-Americano de Anatomía Patológica. 2004. [citado Ene 2018]. Disponible en: <http://www.VI conganat.uninet.edu>
15. Ordaz Fuentes Y, Bustamante Salazar N, Bustamante Sigarroa N, Mazwai EL, Garcia Jardon M. Tumores malignos en pacientes quirúrgicos en Transkei, Sudafrica. VI Congreso Virtual Hispano-Americano de Anatomía Patológica. 2004. [citado Ene 2018]. Disponible en: <http://www.VI conganat.uninet.edu>
16. Somdyala NI, Parkin DM, Sithole N, Bradshaw D. Trends in cancer incidence in rural Eastern Cape Province; South Africa, 1998-2012. *Int J Cancer*. 2015 [citado Ene 2018];136(5):E470-4. Disponible en: <http://dx/doi:10.1002/ijc.29224>. [Epub 2014 Oct 3.](#)
17. Chokunonga E. Cancer incidence in the African population of Harare. 2000 [citado Dic 2017]. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/.../\(SICI\)1097-0215\(20000101\)85:1%3C...](http://onlinelibrary.wiley.com/.../(SICI)1097-0215(20000101)85:1%3C...)
18. Wang HJ, Chiang PH, Peng JP, Yu TJ. Presentation of prostate carcinoma with cervical lymphadenopathy: report of three cases. *Med J*. 2004;27(11):840-4.
19. Singh I. Advanced metastatic prostate cancer presenting as a huge abdominal lump. *Indian J Surg*. 2003;65:279-80.
20. Vaughn C, Jaqua K, Meacham R, Vieira F. The presenting symptom of metastatic prostate carcinoma: case of a large supraclavicular mass and review of literature. *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2013;2(5):207-10.
21. Dubhashi SP, Kumar H, Nath SR. Prostate cancer presenting as cervical lymphadenopathy. *Am J Case Rep*. 2012 [citado Feb 2017];13:206-08. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
22. Elabbady A, Kotb AF. Unusual presentations of prostate cancer: A review and case reports. *Arab Journal of Urology*. 2013 [citado Feb 2017];11(1):48-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> free article
23. Böttcher R, Kweldam CF, Livingstone J, Lalonde E, Yamaguchi TN, Huang V, et al. Cribriform and intraductal prostate cancer are associated with increased genomic instability and distinct genomic alterations. *BMC Cancer* 2018 [citado Ene 2018];18:8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3976-z>

24. Kweldam CF, Wildhagen MF, Steyerberg EW, Bangma CH, van der Kwast TH. Cribriform growth is highly predictive for postoperative metastasis and disease-specific death in Gleason score 7 prostate cancer. Mod Pathol. 2015; [citado Ene 2017];28(3):457-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25189638>

Fecha de recibido: 12/04/2018.

Fecha de aprobado: 19/06/2018.

Nelson Bustamante Sigarroa. Departamentos de Urología y Medicina Familiar "Nelson Mandela". Hospital. Mthatha, Provincia del Cabo del Este. África del Sur.

Correo electrónico: sigarroa@gmail.com.00