

LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES B PROSTÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

PROSTATIC LARGE B-CELL LYMPHOMA: IN RELATION TO A CASE.

Muñoz, E.²; Pinto Guevara, F.¹.

RESUMEN

Introducción: Los tumores malignos de próstata son una patología de alta incidencia y con gran repercusión en la calidad de vida del paciente, es por ello que debe ser de conocimiento general en el ámbito médico. La gran mayoría involucra al adenocarcinoma, por el contrario, el linfoma prostático es infrecuente, con presentación clínica casi indistinguible del primero. Es por esto que presentamos el caso de un paciente afectado por dicha patología evaluado en el Hospital Regional de Talca, realizando un extenso estudio de la literatura médica disponible, para lograr un esquema diagnóstico y terapéutico.

ABSTRACT

Introduction: Malignant prostate tumors are a high incidence pathology with great repercussion on a patient's quality of life which is why it should be of general knowledge in the medical field. The vast majority involve adenocarcinoma, but on the contrary, prostatic lymphoma is rare, with a clinical presentation almost indistinguishable from the former. This is why we present the case of a patient affected by this pathology, evaluated at the Talca Regional Hospital, through extensive study of the available medical literature, to achieve a diagnostic and therapeutic scheme.

²Hospital de Constitución, Constitución, Chile; ¹Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Fecha de envío: 10-07-2021

Fecha de aceptación: 06-11-2021

Contacto:

enrique.munoz.md@gmail.com

Introducción

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente del aparato genitourinario masculino, con elevada prevalencia e incidencia a nivel mundial; debido a esto se entiende la importancia de conocer esta patología, tanto por el médico general como por el especialista.

Más del 90% de los carcinomas prostáticos corresponden a adenocarcinomas originados en la periferia prostática, sin embargo, existen otros tipos menos frecuentes originados en los conductos prostáticos, los cuales histológicamente pueden corresponder a carcinomas escamosos, transicionales, endometrioides, entre otros; en tanto, una minúscula fracción de carcinomas prostáticos incluye los carcinosarcomas y linfomas (5).

Dada la relevancia epidemiológica de esta patología, presentamos el caso de un paciente a quien se le diagnosticó linfoma prostático luego de haber sido estudiado por sintomatología urinaria baja de larga data. Se analizó la literatura con el objetivo de describir la clínica de esta patología, poder sospecharla y así poder diagnosticarla a tiempo, dado su pronóstico ominoso.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 72 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 insulino requeiriente, en tratamiento, proveniente de Río Claro, Región del Maule. Derivado al Servicio de Urología del Hospital Regional de Talca por orquialgia derecha de 1 año de evolución, acompañado de sintomatología urinaria baja y un episodio de retención urinaria aguda. Acude con ecografía testicular la cual describe: quiste apical derecho y en rete testis de 5.5 cm, varicocele y quiste en cola izquierda de 1.5 cm. Al examen físico dirigido de próstata, se evidenciaba un aumento de volumen en cuadrante derecho, sin otros hallazgos. Dentro de los exámenes de laboratorio iniciales, destaca Antígeno Prostático Sérico (PSA) en 2.83 ng/ml. Se continúa el estudio con ecografía prostática, la cual precisa el volumen prostático en 118 cc; en este contexto se diagnostica Hipertrofia Prostática Benigna; iniciando tra-

tamiento médico combinado (Tamsulosina y Dutastaride), luego de un tiempo aumentan los síntomas, razón por lo cual, se decide resolución quirúrgica, realizando una adenectomía retropúbica; el estudio histológico de la muestra extraída, comparada con una muestra de tejido prostático normal (Imagen 1), informa tejido prostático con hiperplasia nodular benigna a nivel del intersticio con discreto infiltrado linfocitario de células pequeñas alrededor de algunos vasos y abundante componente linfocitario atípico de células grandes en espacios vasculares (Imagen 2 y 3). Debido a los hallazgos descritos, se decide complementar el análisis de la pieza quirúrgica con técnicas de inmunohistoquímica, resultando: CD20, MUN-1, BCL-2 y Ki67 positivos; CD3 y CD5 negativos. Confirmando así, la presencia de Linfoma Intravascular de Células Grandes B a nivel prostático. Posteriormente se completa el estudio mediante: biopsia de médula ósea, la que muestra moderada hiperplasia difusa con plasmocitosis reactiva, sin infiltración tumoral; tomografía de tórax abdomen y pelvis sin hallazgos. En este contexto se realiza el diagnóstico de linfoma no Hodgkin estadio I-A, por lo que se inician 6 ciclos de quimioterapia; control con PET-ct, utilizando 18 Fluorodesoxiglucosa (18 FDG), sin evidencias de lesiones hipermetabólicas ni adenopatías, por lo cual se mantiene en seguimiento por hematología.

Discusión

El adenocarcinoma es el subtipo histológico más frecuente de la patología prostática maligna, al contrario de las neoplasias hematológicas con afectación prostática que alcanzan tan solo un 0.2% de prevalencia. Este último grupo puede ser de origen primario, iniciado en la glándula misma, o bien secundario a la metástasis de un tumor extra-prostático (1-2), cabe mencionar que la afección secundaria representa un 65% versus un 35% del origen primario (5). La afección al sistema urinario por parte de linfomas es escasa (10%), aún más raro es el compromiso prostático por este tipo de neoplasias (0.8%), siendo ésta su localización menos común(3). La edad promedio de presentación son los 60 años, con rara afección a jóvenes, siendo estos mayoritariamente pacientes que padecen del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).(1)

Con el paso de los años, la esperanza de vida ha tendido al aumento paulatino, implicando consigo, la existencia de poblaciones afectadas por patologías propias del adulto mayor, en este grupo destacan las neoplasias de presentación tardía, como lo es el cáncer de próstata, de ahí su relevancia. Analizando la literatura y contrastándola al caso expuesto, se puede destacar que se incluyó gran parte de los recursos hasta la fecha estudiados; se usó la inmunohistoquímica para precisar el origen linfoproliferativo del cáncer, posteriormente se realizó una biopsia de médula ósea y TAC de TAP, restando solo el cintigrama óseo para cumplir a cabalidad con el estudio inicial y en cuanto al tratamiento, se administraron los 6 ciclos de quimioterapia en el esquema descrito.

Para poder llevar a cabo el diagnóstico preciso de linfoma primario prostático se han establecido los siguientes criterios:

- 1) Lesión tumoral limitada a próstata y tejidos adyacentes.
- 2) Que tras 1 mes de realizado el diagnóstico no exista compromiso nodal, esplénico, hepático y/o hematológico. (3-5)

1. Los criterios aquí mencionados y situando el contexto al paciente expuesto; se puede establecer que el Linfoma Prostático

que padece es de origen primario. La presentación clínica del linfoma prostático suele ser indistinguible del adenoma prostático; comparten: síntomas urinarios bajos, hematuria, prostatitis crónica, infecciones urinarias e incluso insuficiencia renal. En el tacto rectal la próstata puede tener un aumento de tamaño difuso o nodular y por lo general ser de consistencia normal, firme o gomosa; en menor porcentaje se describe la glándula de consistencia pétrea, mal delimitada y adherida a planos profundos, descripción sugerente de malignidad; debido a lo anterior, se establece una amplia gama de diagnósticos diferenciales, dentro de los cuales se incluyen: la hiperplasia prostática benigna, el absceso prostático, adenocarcinoma y la prostatitis crónica. Por otro lado, en los exámenes de laboratorio, los niveles del PSA generalmente están en rangos normales, sólo un 20% de los pacientes con dicha enfermedad se presentan con elevación del PSA. (5) El diagnóstico del linfoma prostático es difícil, por lo que el estudio anatómico-patológico resulta ser imprescindible, como también, evaluar el compromiso sistémico; con mielograma, biopsia de médula ósea, TAC de tórax, abdomen y pelvis y por último, con un cintigrama óseo. En el estudio inmunohistoquímico se debe destacar al CD20, como marcador específico de linfocitos B y Ki-67, como marcador de proliferación celular, en tanto los marcadores CD3 y CD5 informan afección por linfocitos T, en el caso presentado se destaca positivo para: CD20 y Ki-67, lo que confirma el linfoma prostático de células tipo B(3). Se detallan los anticuerpos estudiados con inmunohistoquímica y su correlación linfoproliferativa particular (Tabla 1). Los tipos histológicos encontrados en linfomas prostáticos son: los de células grandes (40%), posteriormente linfoma folicular y en menor porcentaje los linfomas de Burkitt. El tratamiento para enfrentar los linfomas prostáticos, involucra un enfoque mixto, tanto quirúrgico que consta de la desobstrucción de la vía urinaria, aliviando consigo los síntomas que más deterioran la calidad de vida del paciente, como también, un tratamiento quimioterapéutico sistémico, utilizando esquemas combinados que incluyen ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona junto con rituximab (R-CHOP) con extensión por 6 ciclos. En relación al paciente presentado, se realizó adenectomía retropúbica y se cumplió el esquema de 6 ciclos de quimioterapia(4-6). El pronóstico es ominoso, se describe que más del 60% de los pacientes afectados por este tipo de linfomas fallecen, con sobrevivencia a 10 años de solo un tercio del total inicial(3-5); debido a esto último es importante considerar este subtipo de cáncer como diagnóstico diferencial especialmente cuando se palpa una glándula irregular la cual se acompaña de valores de PSA normales.

Conclusión

Al compartir sintomatología con otros síndromes prostáticos, el diagnóstico de Linfoma Prostático sigue siendo histopatológico, y muchas veces es incidental después de realizado un tratamiento quirúrgico. Si bien la presencia de una próstata con aumento de volumen difuso, muchas veces pétrea, asociado a un PSA normal nos puede alertar, la evidencia actual no es suficiente para sospechar el diagnóstico clínicamente.

Por lo tanto es necesario contar con nuevas investigaciones que

entreguen herramientas que nos permitan realizar una mejor sospecha clínica.

Referencias

1. Rioja, J. y cols. Linfoma prostático y revisión de la literatura. Actas Urológicas Españolas 2009; 33(6):686-90.
2. Bostwik D. Neoplasm of the prostate. St Louis. Mosby, 1997
3. Villacis SA, García E, Carvajal-García R, Sahagún JE. Linfoma primario de célula B grande de próstata. Comunicación de un caso. Rev Esp Med Quir 2012;17(1):56-9.
4. Wei-Ching L, Po-Hui C. Primary prostate lymphoma presented as urinary retention in a young male patient: A case report. JTUA 2009;20:86-8
5. Martín-Plata C. Linfoma primario de próstata: Presentación de un caso clínico-patológico y revisión de la literatura. Actas Urológicas Españolas 2000;24(5):437-41.
6. Taleb A. et al. Primary lymphoma of the prostate treated with rituximab-based chemotherapy: a case report and review of the literature. Cases Journal 2009, 2:8875
7. Virtual Pathology at the University of Leeds (mayo 2007), Virtualpathology.leeds.ac.uk. <https://www.virtualpathology.leeds.ac.uk/slides/library/view.php>

Anexos

Imagen (1).

Imagen de Glándula Prostática Normal

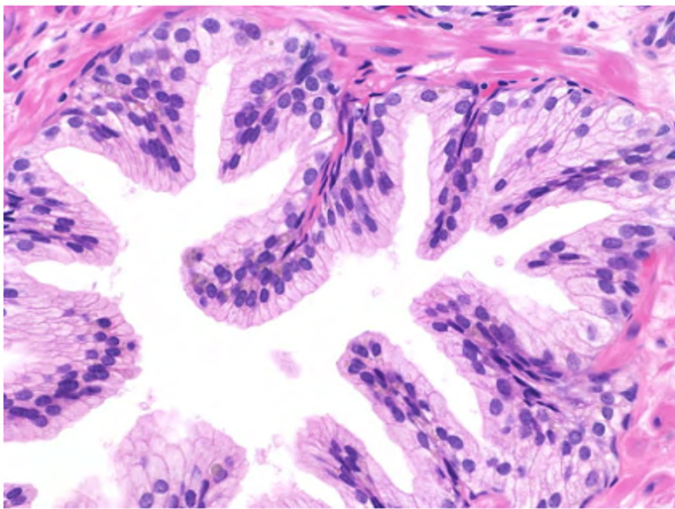
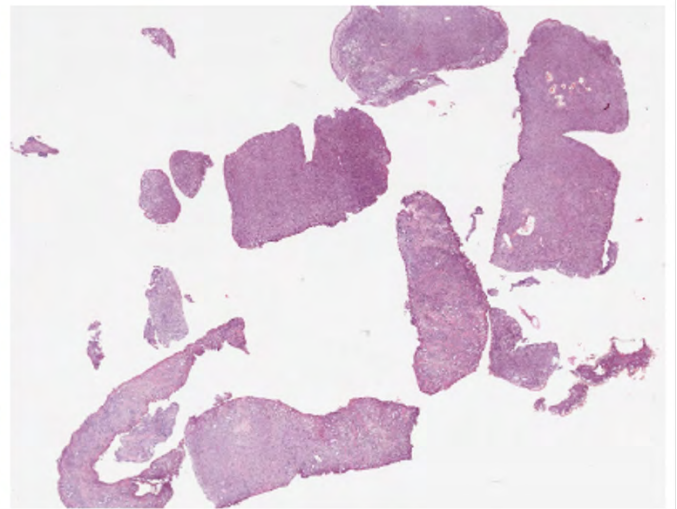


Imagen (2).

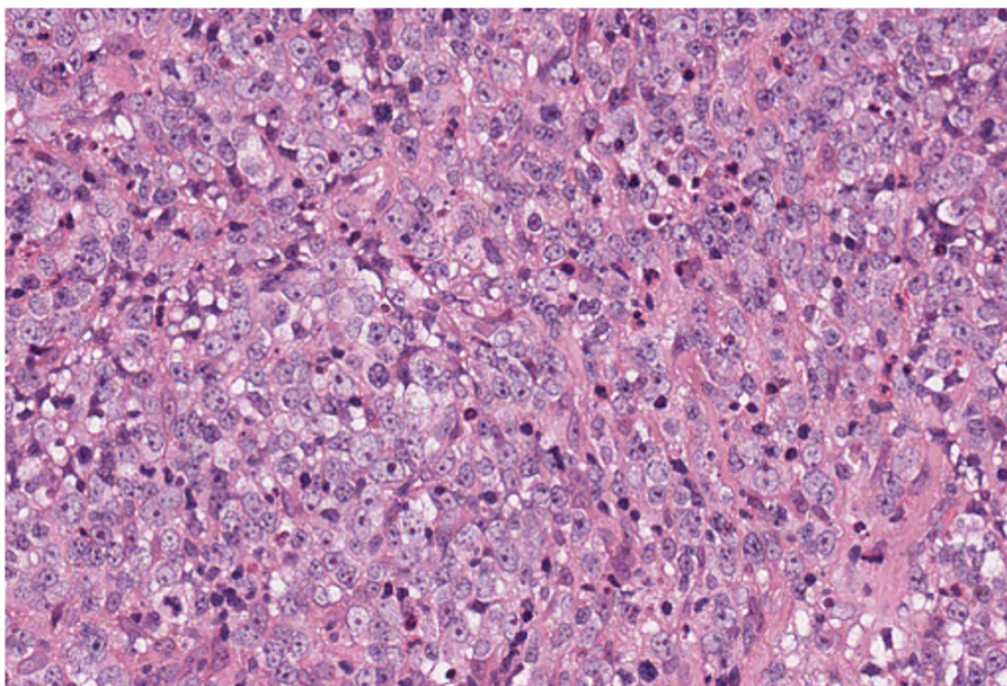
Corte histológico de próstata infiltrada por tejido Linfoide.



Nota. Adaptada de Próstata normal [Fotografía] y Próstata infiltrada por tejido Linfoide, por Virtual Pathology at the University of Leeds, 2007, Virtual Pathology (<https://www.virtualpathology.leeds.ac.uk/>). © 2021.

Imagen (3).

Imagen de corte histológico ampliado de la Imagen (2).



Nota. Adaptada de Próstata infiltrada por tejido Linfoide [Fotografía], por Virtual Pathology at the University of Leeds, 2007, Virtual Pathology (<https://www.virtualpathology.leeds.ac.uk/>). © 2021.

TABLA 1.

Anticuerpo	Marcador
CD-3	Linfocitos T
CD-5	Linfocitos T
CD-20	Linfocitos B
Ki-67	Proliferación/actividad celular

Los anteriores corresponden a anticuerpos estudiados con inmunohistoquímica en la detección de subtipo de cáncer linfoproliferativo.