



CASO CLÍNICO

Recidiva local en cáncer de próstata por siembra durante prostatectomía radical retropúbica: a propósito de un caso



O. González García*, F. Jiménez Leiro, J.A. Valero Puerta y A.C. Valladares Ferreiro

Servicio de Urología, Hospital de Nuestra Señora de la Merced, Osuna, Sevilla, España

Recibido el 22 de febrero de 2016; aceptado el 27 de junio de 2016

Disponible en Internet el 3 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata;
Siembra tumoral;
Prostatectomía
radical retropúbica

KEYWORDS

Prostate cancer;
Tumor cell seeding;
Radical retropubic
prostatectomy

Resumen Presentamos el caso de un hombre de 67 años de edad, asintomático y con aumento leve de antígeno prostático específico a los 30 meses de serle realizada una prostatectomía radical retropúbica por un adenocarcinoma de próstata T1c, puntuación Gleason 5. En la exploración se evidencia únicamente la presencia de un nódulo subcutáneo indoloro de 3 cm en infraumbilical, coincidiendo con el área incisional de la intervención mencionada. La tomografía computarizada con contraste confirma ese hallazgo, así como la ausencia de adenopatías sospechosas y otros focos tumorales. Se procede a biopsia local que confirma el diagnóstico de recidiva de cáncer de próstata, por lo que se procede al exéresis completa de la masa. A pesar de ser un tumor de crecimiento lento y bajo Gleason, no se debe olvidar la posibilidad de siembra de células tumorales durante la cirugía. Por ello siempre se debe ser lo más estricto posible con los principios básicos de la cirugía oncológica para reducir al máximo esta posibilidad.

© 2016 Sociedad Mexicana de Urología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Local relapse due to tumor cell seeding during radical retropubic prostatectomy: A case report

Abstract A 67-year-old asymptomatic man had a slightly elevated prostate-specific antigen level 30 months after undergoing radical retropubic prostatectomy due to T1c adenocarcinoma of the prostate, with a Gleason score of 5. Physical examination only revealed a subcutaneous, infraumbilical, painless nodule of 3 cm coinciding with the incisional area of the abovementioned intervention. Computed axial tomography scan with contrast medium confirmed that

* Autor para correspondencia. Avda., de la Constitución, 2, 41640 Osuna, Sevilla, España. Teléfono: 95 507 72 00, fax: +95 507 72 17. Correo electrónico: mjmogmgm@gmail.com (O. González García).

finding, as well as the absence of suspicious adenopathies and other tumor foci. Local biopsy was performed, confirming the diagnosis of prostate cancer recurrence and the mass was completely excised.

Even when dealing with a tumor of slow growth and low Gleason score, the possibility of tumor cell seeding during surgery cannot be ignored. Therefore the basic principles of oncologic surgery must be strictly followed to optimally reduce this possibility.

© 2016 Sociedad Mexicana de Urología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La prostatectomía radical retropúbica fue descrita por primera vez en 1945 por Millin¹ como técnica para el tratamiento del cáncer de próstata. Sin embargo, dado que era una técnica nada sencilla y con frecuentes complicaciones, tardará aún más de 30 años en convertirse en el *gold standard* para el tratamiento de este tumor. En concreto, no se generalizará hasta los estudios anatómicos de Reiner y Walsh², en el aspecto vascular, y el de Lepor et al.³, en el aspecto neurológico, los cuales permitieron el mejor conocimiento de este difícil campo quirúrgico. Ahora, tras otros 30 años, esta técnica sigue siendo la referencia en el tratamiento del cáncer de próstata órgano confinado⁴ a pesar del vertiginoso desarrollo de las técnicas laparoscópicas y, últimamente, las robóticas también.

La gran incidencia del cáncer de próstata en nuestros días, así como el desarrollo de los métodos de diagnóstico precoz en las 2 últimas décadas, han hecho que el número de pacientes susceptible de ser tratado con esta técnica quirúrgica haya aumentado exponencialmente y, por tanto, se haya incrementado de igual manera el número de intervenciones realizadas. Así pues, la experiencia a nivel internacional con la técnica es enorme, hecho que ha permitido reducir mucho las complicaciones. No obstante, la capacidad de crecimiento descontrolado, y fuera de su sustrato natural, de las células tumorales hace que también en estos casos sea la siembra tumoral quirúrgica una posibilidad real de diseminación.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 67 años de edad, cuyo único antecedente clínico no urológico de interés era presentar hipertensión arterial, por la que seguía tratamiento farmacológico. Dos años y medio antes fue intervenido de cáncer de próstata en nuestro centro, realizándose una prostatectomía radical retropúbica, sin complicaciones y con una evolución postoperatoria buena. El PSA total previo fue de 4.10 ng/ml (la relación PSA libre/total fue 0.13). El informe de Anatomía Patológica confirmó un adenocarcinoma de próstata bien diferenciado Gleason 5 (2 + 3) localizado solamente en el lóbulo izquierdo, sin afectación de vesículas seminales, con cadenas ganglionares ilíacas y obturatrices

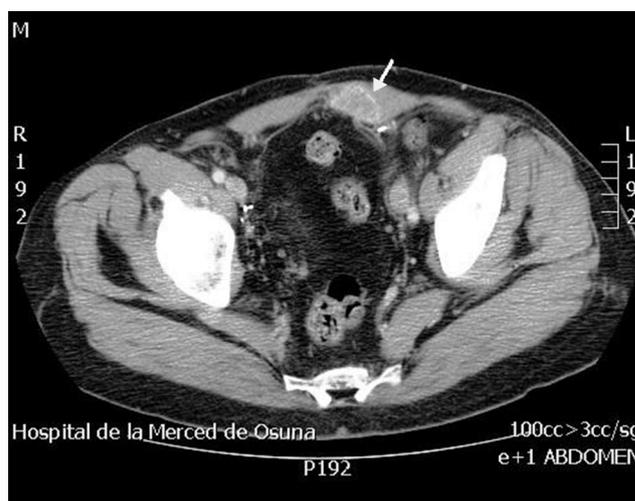


Figura 1 TAC abdominal y pélvica con contraste: se confirma la lesión, bien delimitada, situada en la cara posterior de los rectos abdominales, sin aparente afectación intraperitoneal.

libres de infiltración tumoral, así como márgenes negativos. El PSA fue indetectable a las 4 semanas de la intervención.

Tras 30 meses de revisiones sin incidencias, se detecta una elevación del PSA a 0.65 ng/ml, en ausencia total de clínica. El tacto rectal no era sospechoso de recidiva. Únicamente aparece en la exploración física un nódulo de unos 3 cm de diámetro en zona infraumbilical, que se corresponde al área quirúrgica de la prostatectomía. La masa se aprecia indolora y sin signos inflamatorios externos. Se realiza una tomografía computarizada abdominal y pélvica con contraste para su filiación (fig. 1), en la cual se confirma la lesión, aparentemente bien delimitada y de las dimensiones mencionadas, situada en la cara posterior de los rectos abdominales, sin aparente afectación intraperitoneal. No se evidencian adenopatías ni tampoco aparece lesión alguna a nivel de la anastomosis uretrovesical.

Se realiza biopsia por punción-aspiración con aguja de la lesión y el informe patológico confirma la sospecha de adenocarcinoma de próstata bien diferenciado, con puntuación de Gleason similar a la de la lesión inicial. Se realiza, por tanto, la escisión completa de la lesión (figs. 2 y 3), con resultado patológico idéntico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4274237>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4274237>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)