

CARCINOMATOSI PERITONEAL SECUNDÀRIA A ADENOCARCINOMA PROSTÀTIC

Maria de Lara Barragán Rubio; Ana Fernández Mármol; Patricia Lozano Martos; Isabel María Carmona Sánchez; Xana Bernal Escoté
Hospital Universitari Joan XXIII; Tarragona

CAS CLÍNIC

Home de 79 anys, exfumador, HTA i IRC amb antecedents d'adenocarcinoma de pròstata Gleason 6 diagnosticat el 2009 i tractat amb radioteràpia i posterior braquiteràpia. Va patir una recidiva el 2018 tractada amb bloqueig hormonal i una nova recidiva el 2023 que va requerir inici amb Abiraterona.

Acut a urgències per dolor abdominal de 24h d'evolució i síndrome tòxica de 2 mesos d'evolució amb pèrdua de 15kg l'últim mes.

A la imatge del TAC abdominal s'observa una lesió tumoral rectal amb infiltració al mesorecte i bufeta urinària (Figura 1), signes de carcinomatosi peritoneal i metàstasis al fetge, pulmó, os i ganglis limfàtics adjacents.

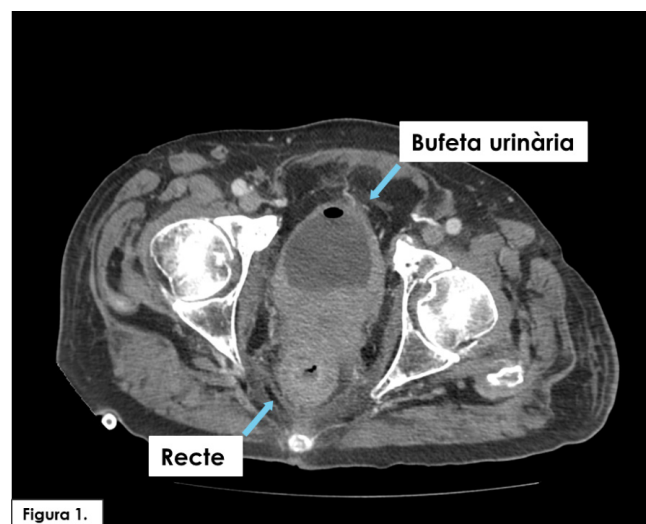


Figura 1. Lesió tumoral rectal amb infiltració al mesorecte i bufeta urinària.

TROBALLES CITOLÒGIQUES

Rebem 20ml de líquid ascític groguenc del que es realitzen extensions convencionals que es tenyeixen amb Papanicolaou (PAP) i Diff-Quick (DQ), una citologia líquida i un bloc cel·lular.

Microscòpicament s'observa un fons hemàtic, amb abundant cel·lularitat constituïda per una doble població: cèl·lules mesotelials reactives i abundants grups tridimensionals de cèl·lules epitelials atípiques amb pèrdua de la relació N/C, amb nuclis grans, irregulars i nuclèol prominent (Figura 2).

Al bloc cel·lular destacava la presència d'aquests grups atípics amb nuclis grans, irregulars, nuclèol prominent amb algunes mitosis i necrosi (Figura 3).

A l'estudi immunocitoquímic del bloc cel·lular, les cèl·lules tumorals van presentar positivitat per PSA i NKX3.1 (Figura 3), i negativitat per la resta de marcadors (CK20, CK7, CDX-2, SATB2, Cromogranina i Sinaptofisina).

Amb aquests resultats el diagnòstic definitiu va ser de: "Positiu per a cèl·lules malignes, compatible amb adenocarcinoma prostàtic".

TROBALLES HISTOLÒGIQUES

Poc després es realitzen biòpsies de pròstata i recte.

A les biòpsies prostàtiques s'observava una proliferació neoplàsica infiltrant, sòlida i de característiques similars a les observades a la citologia. La IHQ va ser positiva per PSA i focalment per racemasa. El diagnòstic va ser d'adenocarcinoma prostàtic, Gleason 10, amb afectació del 70% de la mostra.

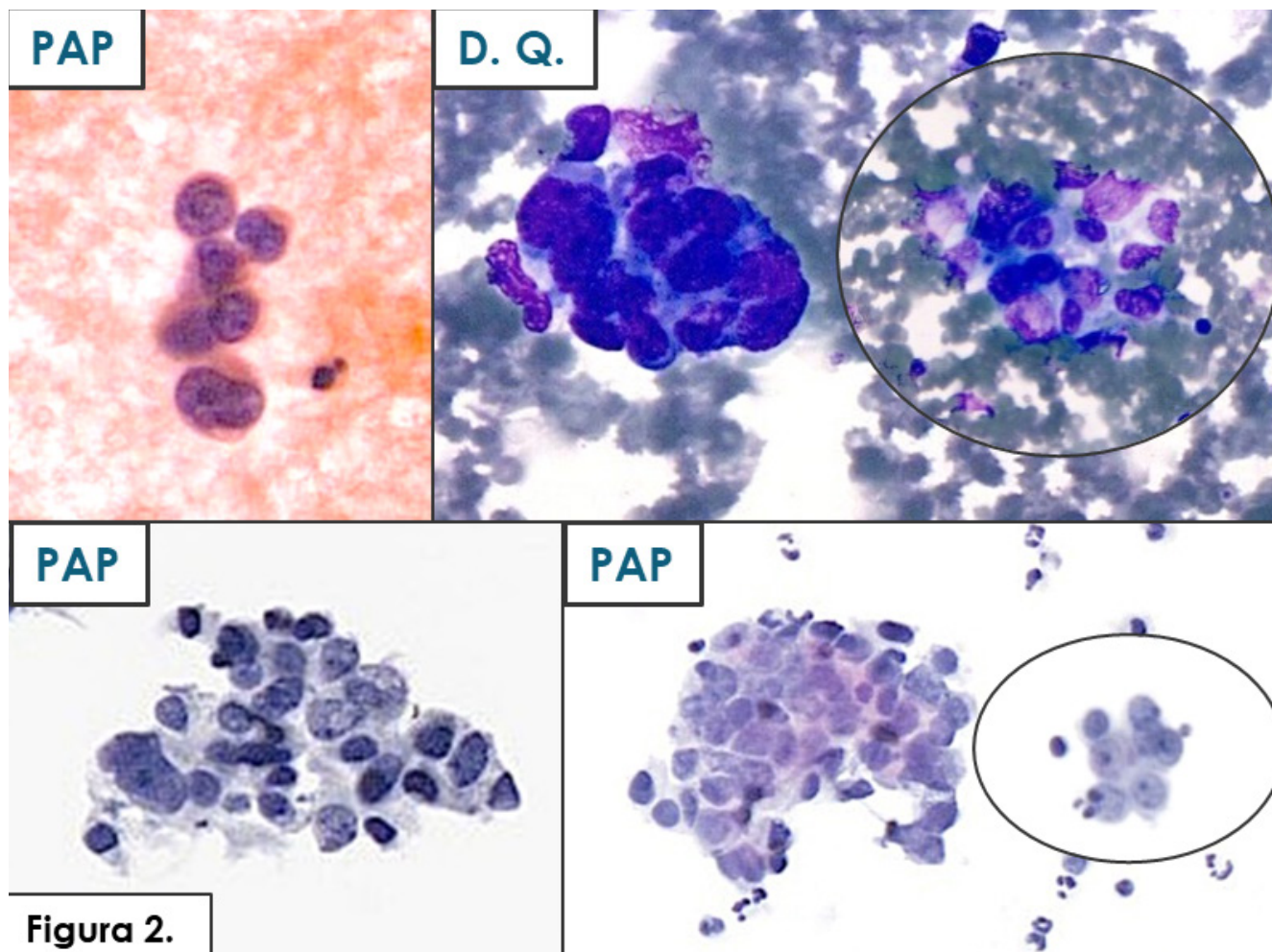


Figura 2. Fons hemàtic, amb abundant cel·lularitat constituïda per una doble població: cèl·lules mesotelials reactives i abundants grups tridimensionals de cèl·lules epitelials atípiques amb pèrdua de la relació N/C, amb nuclis grans, irregulars i nuclèol prominent.

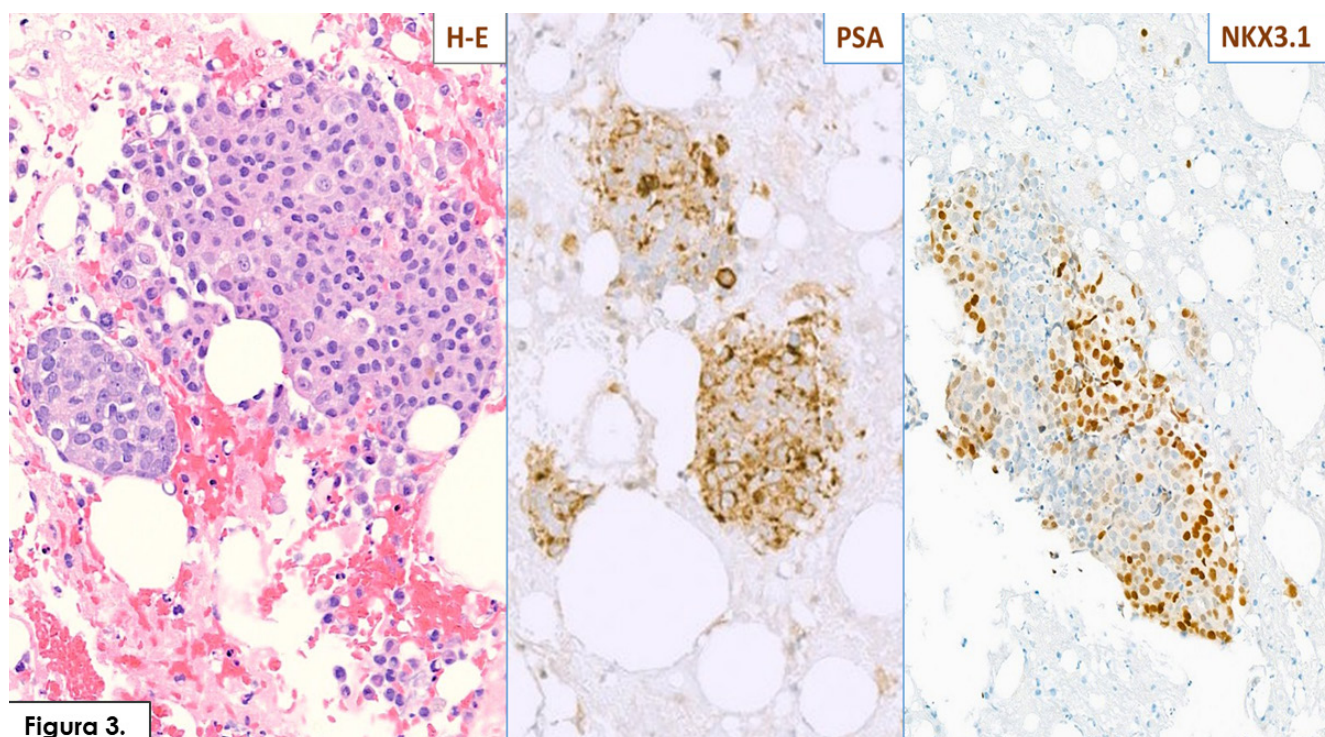


Figura 3. Bloc cel·lular amb presència de grups atípiques amb nuclis grans, irregulars, nuclèol prominent amb algunes mitosis i necrosi.

La biòpsia rectal també presentava una infiltració neoplàsica similar a l'anterior. La IHQ va ser positiva per PSA i NKX3.1. El diagnòstic va ser d'infiltració per adenocarcinoma prostàtic.

DISCUSSIÓ

La peculiaritat del nostre cas és que es tracta d'una Carcinomatosi peritoneal per adenocarcinoma de pròstata.

El càncer de pròstata és el més freqüent en homes a Espanya, i és la tercera causa de mort per càncer.

Les metàstasis en l'adenocarcinoma prostàtic es produeixen als primers 10 anys del diagnòstic i les localitzacions més freqüents són os, ganglis limfàtics, fetge, pulmó, cervell i, excepcionalment, el compromís peritoneal en menys d'1%, com en el nostre cas.

Els pacients que presenten carcinomatosi peritoneal solen tenir Gleason alts i baixa taxa de supervivència al 5 anys.

A nivell citològic s'ha de fer el diagnòstic diferencial amb el carcinoma urotelial i tumors neuroendocrins.

A nivell immunohistoquímic, poden presentar positivitat per a PSA, sent la positivitat per a NKX3.1 molt més sensible per l'adenocarcinoma prostàtic d'alt grau

CONCLUSIÓ

La Carcinomatosi per adenocarcinoma de pròstata és una entitat molt infreqüent i de mal pronòstic, pel que pot ser útil conèixer els antecedents patològics del pacient.

Citològicament s'ha de fer diagnòstic diferencial amb altres carcinomes pel que un estudi immunohistoquímic dirigit serà necessari per establir el diagnòstic definitiu. ■

Bibliografia

1. Gómez-Fontalvo CA, Rodríguez-González CA, Villamizar-Jiménez MA, Sequea-Meneses DM, Murcia-Cárdenas LF, Cadena-Sanabria MO. Carcinomatosis peritoneal secundaria a adenocarcinoma prostático: reporte de caso. *MÉD.UIS.* 2024;37(2): 137-146. DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v37n2-2024012>
2. Jang, HR; Lee, K.; Lim, K.-H. Metástasis peritoneal aislada de càncer de pròstata que se presenta con ascitis masiva: informe de un caso. *Curr. Oncologia.* 2022,29, 4423–4427. <https://doi.org/10.3390/curroncol29070351>
3. Ranasinha N, Omer A, Philippou Y, et al. Ductal adenocarcinoma of the prostate: A systematic review and meta-analysis of incidence, presentation, prognosis, and management. *BJUI Compass.* 2021;2:13–23. <https://doi.org/10.1002/bco2.60>