



METÁSTASIS DURAL DE CARCINOMA PROSTÁTICO O HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO

DURAL METASTASES FROM PROSTATIC CANCER OR CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA

Taboada-Lora Luis Roberto¹
Bernal-Bernal David Alejandro²
Navarro-Tovar Saúl³

Correspondencia: saul5551@hotmail.com

Recibido para evaluación: febrero – 15 – 2012. Aceptado para publicación: septiembre – 19 – 2012.

RESUMEN

Introducción: las metástasis dures del adenocarcinoma prostático aparecen en etapas avanzadas de la enfermedad y pueden ser la primera manifestación de un carcinoma prostático, aun sin síntomas urológicos.

Caso clínico: paciente de 71 años de edad, sin diagnóstico previo de carcinoma prostático que presentó deterioro neurológico progresivo. Tomografía axial computarizada (TAC) permitió observar imagen sugestiva de hematoma subdural subagudo. Se realizó craneotomía para realizar drenaje del hematoma, pero se observaron en la duramadre lesiones verrugosas y sangrantes. Se tomó muestra de las lesiones y estudio de anatomía patológica demostró metástasis de adenocarcinoma prostático. Tumor primario en glándula prostática fue demostrado posteriormente.

Conclusión: las metástasis dures de carcinoma prostático son infrecuentes. Cuando se suceden pueden simular hematoma subdural o meningioma, entre otras lesiones.

Rev.cienc.biomed. 2012;3(2): 346-349

PALABRAS CLAVE

Carcinoma prostático; Metástasis; Hematoma subdural; Sistema nervioso central.

SUMMARY

Introduction: dural metastases of prostatic adenocarcinoma appear in advanced stages of the disease and they can be the first manifestation of a prostatic carcinoma, even without urological symptoms.

Clinical case: a 71 year-old patient without previous diagnosis of prostatic carcinoma who presented progressive neurological deterioration. Axial computerized tomography (CT) allowed to see a suggestive image of subacute subdural hematoma. It was done a craniotomy to do drainage of the hematoma, but warty and bleeding lesions were seen. An specimen of these lesions was taken and the study of pathological anatomy demonstrated prostatic adenocarcinoma metastases. Primary tumor in prostatic gland was proved later.

Conclusion: dural metastases of prostatic carcinoma are infrequent. When they occur, they can simulate a subdural hematoma or meningioma, between other lesions. **Rev.**

cienc.biomed. 2012;3(2): 346-349

KEYWORDS

Prostatic neoplasms; Neoplasms metástasis; Subdural hematoma; Central nervous system.

¹ Médico Radiólogo Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena, Colombia.

² Médico Cirujano Clínica SaludCoop. Pereira. Colombia.

³ Médico. Docente de la Facultad de Medicina de la Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena. Colombia.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis intracraneales son poco frecuentes en carcinomas prostáticos (1). De presentarse es la duramadre la estructura más afectada, incluso algunos autores (2) consideran que este tipo de carcinoma es el que más afecta de forma secundaria a la duramadre. Algunas veces, las metástasis dures pueden coexistir con hematomas subdurales posiblemente como consecuencia de obstrucción venosa (2,3,4).

Las metástasis en la duramadre y los hematomas subdurales tienen similares síntomas y parecidos hallazgos imagenológicos (3,4), debido a que el pronóstico y manejo de las dos entidades son diferentes, por lo que es importante el oportuno y correcto diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 71 años de edad que ingresa al servicio de urgencias de una institución de salud, en Cartagena de Indias, Colombia, con cuadro clínico de tres días de evolución, caracterizado por disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho y alteración sensorial. Antecedentes de tabaquismo y accidente automovilístico seis meses antes, sin pérdida de la conciencia. Negó otros traumas recientes, consumo de anticoagulantes o ácido acetil salicílico.

Se encontró hemiparesia braquiocrural derecha y pupilas isocóricas hiporreactivas. Glasgow 10/15. Estabilidad hemodinámica. Glucometría: 130mg/dl. Impresión clínica: ACV isquémico o hemorrágico. Se ordenó tomografía axial computarizada (TAC) simple de cráneo. El estudio fue reportado como hematoma subdural subagudo, que causaba compresión ventricular y desplazamiento contralateral de las estructuras (Figura N° 1). Se programó para intervención quirúrgica y drenaje del hematoma subdural.

Fue realizada creaneotomía hallando hueso erosionado y sangrante, lesión epidural gruesa, verrugosa y sangrante, duramadre infiltrada y sangrante, lesión subdural de iguales características y signos de hemorragia. Se realizó resección parcial de la lesión tumoral, y se envió a estudio de anatomía patológica.

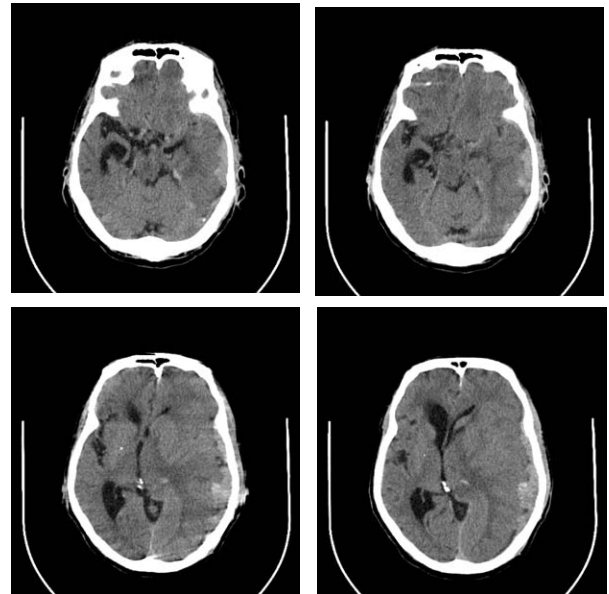


Figura N° 1. TAC simple de cráneo. Colección subdural izquierda, desde el plano temporo-basal hasta la convexidad. Compresión, deformidad y estrechamiento de las cavidades ventriculares, surcos vecinos y demás estructuras. Desplazamiento de la línea media. Distorsión de las cisternas peritroncales.

Debido a la ausencia de mejoría clínica, dos días después de la cirugía se solicitó nuevo TAC de cráneo simple. El estudio señala presencia de hematoma subdural asociado a imagen sugestiva de infiltración tumoral (Figura N° 2). Se recomendó complementar con resonancia magnética nuclear (RMN), la cual no pudo ser realizada por la condición crítica del paciente.

Al día siguiente se realizó el tercer TAC, ahora contrastado, donde se apreció mejor el componente iso e hipodenso de la colección, demostrándose que llegaba hasta planos superiores. También se determinó compromiso del parénquima hacia región parietal, sugestiva de lesión tumoral infiltrante (Figura N° 3).

El paciente fue valorado por urología y se encontró próstata anormal al examen clínico. La determinación de antígeno prostático específico (PSA) fue 588 UI. Se tomó biopsia prostática y se demostró presencia de adenocarcinoma de próstata.

La evolución clínica del paciente fue lenta pero satisfactoria. Luego de 18 días de estancia hospitalaria fue dado de alta para manejo paliativo ambulatorio.

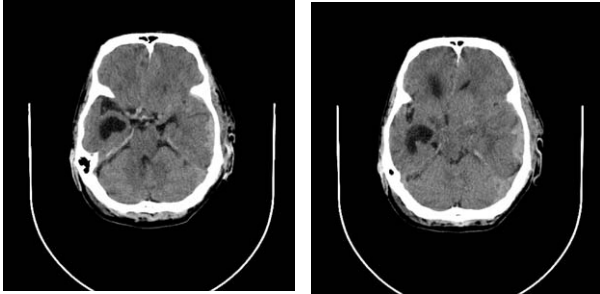


Figura N° 2. TAC simple de cráneo. Hematoma subdural en el plano temporo-basal izquierdo. En el parénquima cerebral subyacente, sobretudo en región parietal, se observa zona de densidad heterogénea con componentes hipodensos, sugestivo de lesión tumoral. Es poco el plano de clivaje con la colección descrita. Efectos compresivos acentuados de izquierda a derecha.

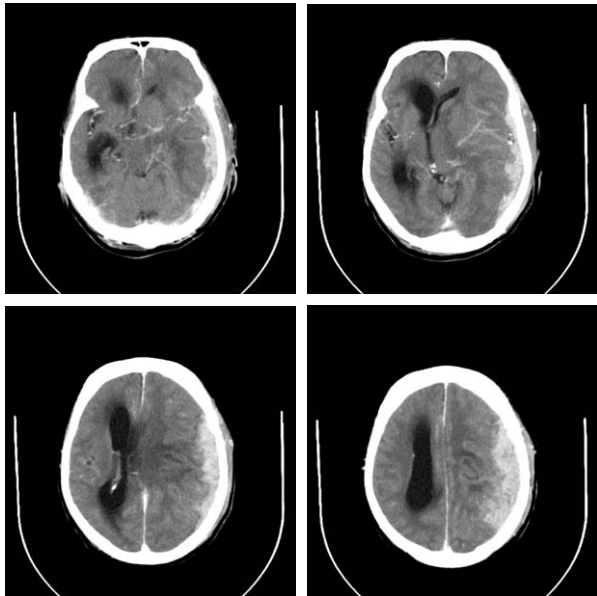


Figura N° 3. TAC contrastado de cráneo. Defecto por la craneotomía reciente en región parietal izquierda. Colección hiperdensa, subdural, no homogénea, especialmente hacia los planos más superiores. Probable lesión tumoral e infiltrativa a este nivel. Acentuados efectos compresivos de izquierda a derecha con distorsión y estrechamiento de cavidades ventriculares y de las cisternas. Surcos de convexidad cerebral estrechos.

DISCUSIÓN

Las metástasis intracraneales del adenocarcinoma prostático son una entidad infrecuente, presentándose entre 1 y 6% en series de autopsias (1). Los sitios más comprometidos son: en el 67% las leptomeninges, en el 25% el cerebro y en el 8% el cerebelo (2). Lynes (3) señala compromiso de la duramadre en el 67%. Según Taylor (4) el compromiso dural puede estar presente en el 85% de los

casos. Se suelen diagnosticar metástasis intracraneales en cánceres prostáticos avanzados y con pobre a moderada diferenciación histológica (3,4,5). Usualmente se diagnostican en la séptima década de la vida (6). En la literatura se encuentran reportes de casos en los que la enfermedad intracraneal metastásica precede el diagnóstico del cáncer de próstata, e incluso se pueden encontrar en ausencia de síntomas urológicos (6).

Las manifestaciones principales de las metástasis dures son la cefalea, la alteración del nivel de conciencia a consecuencia de hipertensión endocraneana y la parálisis de un nervio craneal por compresión o infiltración tumoral (6). Las principales vías de diseminación del adenocarcinoma de próstata son la extensión directa y la vía hematogena a través del sistema cava o el plexo de Batson (7,8).

Los hallazgos imagenológicos de las metástasis dures del cáncer prostático se deben al engrosamiento nodular de la duramadre o a la presencia de masas. Es frecuente la presencia de edema cerebral (6). La RMN es más sensible que el TAC en la detección de metástasis cerebrales múltiples, especialmente en la unión de la sustancia blanca con la sustancia gris (9).

En el TAC los hematomas subdurales agudos se observan como masas extra cerebrales cóncavas de gran densidad. Pueden tener espesor mínimo o considerable y a veces presentar una convexidad hacia el interior. Se observan áreas isodensas o hipodensas cuando existe: anemia significativa, coagulopatía intravascular diseminada o desgarros en el aracnoides, con dilución de los hematíes en el líquido cefalorraquídeo (7,8).

Los hematomas subdurales subagudos suelen organizarse en capas, con células o restos celulares en la parte más declive y un sobrenadante acelular. El sedimento es más denso que el sobrenadante. La lesión suele ser cóncava, pero en ocasiones, los hematomas crónicos pueden ser convexos y desplazar hacia el interior las venas de la convexidad, que discurren por la superficie interna de la aracnoides. Pueden no estar confinados a las suturas craneales y pueden

observarse hipodensos o isodensos. Las lesiones subdurales subagudas y crónicas pueden captar los materiales de contraste, lo cual se debe a la vascularización de las membranas subdurales que se forman una a tres semanas después del evento. (10). En el TAC se puede observar realce homogéneo de la duramadre cuando existen metástasis tumorales, mientras que en el hematoma subdural agudo no se presenta ningún tipo de realce.

Además del hematoma subdural crónico, otras patologías se deben tener presentes al realizar diagnóstico diferencial de las imágenes sugestivas de metástasis de cáncer prostático. Ellos son: meningioma, hematoma subdural aislado, linfoma, neurosarcooidosis, tuberculosis y otras metástasis de melanoma o cáncer de mama (6).

CONCLUSIÓN

Las metástasis intracraneales del adenocarcinoma de próstata son poco frecuentes, no obstante deben ser incluidas en el diagnóstico diferencial de cefalea y signos de deterioro neurológico en varones mayores de 70 años con o sin antecedente de tumores malignos de próstata.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores.

AGRADECIMIENTOS: a la doctora Gina de la Rosa. Médica Neurocirujana, por el acompañamiento y las enseñanzas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tremont-Lukats IW, Bobustuc G, Lagos GK, Lolas K, Kyritsis AP, Puduvalli VK. Brain metastasis from prostate carcinoma: the M.D. Anderson Cancer Center experience. *Cancer*. 2003;98(2):363-368.
2. Ramsis B. Neurologic complications of prostate Cancer. *American Family Physician*. 2002;65(9):1834-1840.
3. Lynes WL, Bostwick DG, Freiha FS, Stamey TA. Parenchymal brain metastases from Adenocarcinoma of prostate. *Urology*. 1986;28:280-287.
4. Taylor HG, Lefkowitz M, Skoog SJ, Miles BJ, McLeod DG, Coggin JT. Intracranial metastases in prostate cancer. *Cancer* 1984;53(12):2728-2730.
5. McCutcheon IE, Eng DY, Logothetis CJ. Brain metastasis from prostate carcinoma: antemortem recognition and outcome after treatment. *Cancer* 1999;86(11):2301-2311.
6. Guedes Bd, Da Rocha AJ, Pinto Gama HP, Da Silva CJ. Dural metastases from prostate carcinoma: A systematic review of the literature apropos of six patients. *Eur J Radiol*. 2011 Nov; 80(2):236-40
7. Bubendorf L, Schöpfer A, Wagner U, et al. Metastatic patterns of prostate cancer: an autopsy study of 1,589 patients. *Hum Pathol*. 2000;31(5):578-583.
8. Nayak L, Abrey L, Iwamoto F. Intracranial Dural Metastases. *Cancer*. 2009;115:1947-1953.
9. DeAngelis LM. Metastatic disease of the nervous system. *Curr Treat Options Neurol* 1999;1:409-416.
10. Grossman RI, Yousem DM. *Neuroradiologia: traumatismos cefálicos. Hematoma subdural*. 2da edición. Madrid, Editorial Marban. 2077.