

Hiperplasia prostática gigante. Adenocarcinoma. Reporte de un caso

Giant prostatic hyperplasia. Adenocarcinoma. Case report

Dr. Ihosvani Baños Hernández^{1*}

Dr. Juan Francisco Román Graverán²

Dra. Iliana de Armas Ampudia²

¹ Hospital Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río, Cuba.

² Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.

* Autor para la correspondencia: ibanos@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de una hiperplasia prostática gigante, combinada con un adenocarcinoma que se presentó como una tumoración abdominal. El paciente presentaba una tumoración palpable en hipogastrio y un síndrome obstructivo urinario bajo. Se intervino quirúrgicamente y se realizó adenomectomía combinada, transvesical y retropúbica. La biopsia informó pequeño adenocarcinoma prostático acinar Gleason 3-4 puntos, en el contexto de una hiperplasia

prostática. El paciente evolucionó satisfactoriamente y se sigue en consulta. La tumoración extraída tenía 736 g y constituye la de mayor peso reportada en Cuba y la quinta a nivel mundial.

Palabras clave: hiperplasia prostática; tumoración abdominal.

ABSTRACT

We describe the case of a giant prostatic hyperplasia, combined with an adenocarcinoma presented as an abdominal tumor. The patient had a palpable tumor in the hypogastrium and a low urinary obstructive syndrome. He was operated and a combined, transvesicular and retropubic adenomectomy was performed. The biopsy informed a little 3-4 points-Gleason, acinar, prostatic adenocarcinoma, in the context of a prostatic hyperplasia. The patient evolved satisfactorily and was followed up in consultation. The removed tumor was 736 g, and is the heaviest one reported in Cuba and the fifth worldwide.

Key words: prostatic hyperplasia; abdominal tumor.

Recibido: 07/02/2017.

Aceptado: 03/04/2018.

INTRODUCCIÓN

Tanto la hiperplasia prostática benigna (HPB) como el cáncer prostático (CP) son enfermedades frecuentes del hombre en todo el mundo.⁽¹⁾ Los síntomas urinarios bajos causados por estas entidades son fenómenos comunes en la tercera edad.⁽²⁾ Se plantea que tienen una prevalencia mayor en pacientes con alteraciones endocrinas como la acromegalia y su progreso clínico puede ser acelerado por el síndrome metabólico y en especial por la diabetes mellitus.^(3,4)

Estos tumores, tanto benignos, como malignos, pueden ocasionar retención de orina, hematuria, precipitar la formación de cálculos en la vejiga, daño renal progresivo e incluso insuficiencia renal obstructiva. No obstante, es raro que se presenten como una tumoración abdominal palpable, como resultó en el caso que se presenta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 67 años, con antecedentes de diabetes que se ingresa en el Servicio de Urología por presentar una tumoración en hipogastrio y un síndrome obstructivo urinario bajo (Fig. 1).

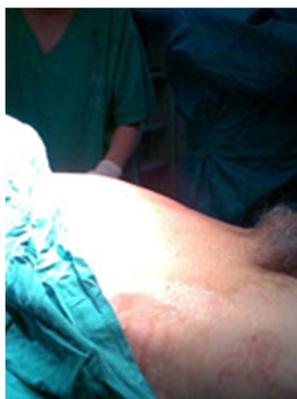


Fig. 1. Tumoración que presentaba el paciente en hipogastrio.

Se realizó un ultrasonido que reportó: una enorme tumoración infravesical que parece corresponder con la glándula prostática, hidronefrosis bilateral más acentuada en el lado izquierdo. En el tacto rectal no se palpa ninguna tumoración.

Cistoscopia: no es posible llegar a la vejiga ni bajo visión directa por la presencia de una gran distorsión de la uretra posterior.

Química sanguínea.

Glicemia: 8,7 mmol/L.

Creatinina: 155 mmol/L.

Hemoglobina: 110g/L.

Se realizó laparotomía exploradora y se encontró una enorme tumoración que se extendía desde el espacio retropúbico, por la cara posterior de la vejiga hasta la cavidad abdominal. En el interior de la vejiga aparece el cuello vesical totalmente desplazado hacia la izquierda con un lóbulo medio prostático.

Se intentó realizar la adenomectomía transvesical como es sugerida en estos casos, pero se hizo evidente la imposibilidad de extraer una tumoración tan grande a través del cuello vesical, por lo que se libera

solo el lóbulo medio y después se incide la cápsula prostática en el espacio retropúbico y se enuclea la enorme tumoración con un peso total de 736 g y con una medida de 17x12x10 cm⁽⁵⁾ (Fig. 2).



Fig. 2. Pieza total extraída en el acto quirúrgico.

El paciente presentó sangramiento transoperatorio moderado y fue transfundido con 500 ml de glóbulos rojos. El postoperatorio resultó satisfactorio y actualmente se sigue en consulta externa. La biopsia informa pequeño adenocarcinoma prostático acinar Gleason 3-4, puntaje total de 7 en el contexto de una enorme hiperplasia prostática.

DISCUSIÓN

La hiperplasia prostática gigante es una entidad muy rara que se caracteriza por un aumento del volumen prostático de más de 500 g. Pocos casos han sido reportados y la mayoría han estado asociados

con síntomas urinarios bajos severos.⁽⁶⁾ Según el peso de la tumoración extraída, esta se ubica en el 5to lugar de las 10 mayores publicadas en la literatura médica referidas a la hiperplasia prostática.⁽⁷⁾

En Japón se reporta un caso remitido al servicio de Gastroenterología por una enorme masa abdominal de 270×208×144 mm, que ocupaba la totalidad de la cavidad pélvica. La biopsia abdominal con aguja fina, guiada por ultrasonografía, demostró un adenocarcinoma Gleason 4+4 sin evidencias de hiperplasia prostática. La combinación de adenoma prostático y adenocarcinoma presentándose como una masa abdominal no ha sido descrita con anterioridad.

En este caso no se encontró ninguna alteración en el tacto debido a que el crecimiento de la tumoración era fundamentalmente hacia el abdomen, lo que es inusual ya que generalmente estos procesos se desarrollan principalmente en el espacio pélvico.⁽⁸⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhang H, Ma X, Peng S, et al. Differential expression of MST4, STK25 and PDCD10 between benign prostatic hyperplasia and prostate cancer. *Int J Clin Exp Pathol* [Internet]. 2014 [citado 14/01/2015];7(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270628/>
2. Greenstein A, Ferman Z, Stav K, et al. Position statement for the diagnosis and treatment of men with benign prostate enlargement and lower urinary tract symptoms. *Harefuah*. 2014 Sep;153(9):546-9. Citado en PubMed; PMID: 25417493.

3. Kumar S, Yadav RN, Gupta P, et al. Prostatic hyperplasia in acromegaly, a myth or reality: a case-control study. EJE [Internet]. 2015 Feb [citado 14/01/2015];172(2). Disponible en: <http://www.eje-online.org/content/172/2/97.full>
4. Fu Y, Zhou Z, Yang B, et al. The Relationship between the Clinical Progression of Benign Prostatic Hyperplasia and Metabolic Syndrome: A Prospective Study. Urol Int. 2016;97(3): 330-335. Citado en PubMed; PMID: 27509202.
5. Ogawa S, Manome M, Yabe M, et al. A giant prostatic hyperplasia treated by open surgery. Int J Gen Med. 2012;5:1009-12. Citado en PubMed; PMID: 23271919.
6. Wroclawski ML, Carneiro A, Tristão RA, et al. Giant prostatic hyperplasia: report of a previously asymptomatic man presenting with gross hematuria and hypovolemic shock. Einstein (São Paulo). 2015 Jul-Sep;13(3):420-2. Citado en PubMed; PMID: 26132361.
7. Maliakal J, Mousa EE, Menon V. Giant Prostatic Hyperplasia Fourth largest prostate reported in medical literature. Sultan Qaboos Univ Med J. 2014 May;14(2):e253-6. Citado en PubMed; PMID: 24790752.
8. Furumido J, Abe T, Kikuchi H, et al. Giant Prostate Carcinoma: A Case Report and Long-Term Outcomes in Japanese Patients. Hinyokika Kiyo. 2016 Jul;62(7): 377-81. Citado en PubMed; PMID: 27569357.

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Baños Hernández I, Román Graverán JF, de Armas Ampudia I.
Hiperplasia prostática gigante. Adenocarcinoma. Reporte de un caso.
Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Sep-Oct [citado: fecha de
acceso]; 40(5). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2187/4017>