

Massa supraclavicular esquerda como forma de apresentação de adenocarcinoma da próstata

Left supraclavicular lymph node enlargement as the initial manifestation of metastatic prostate cancer

Rita Dutschmann*, Maria João Nunes da Silva**, Carlos Pires**, Luís Costa***, Margarida Lucas§, Rui M M Victorino§§

Resumo

O envolvimento metastático ganglionar supraclavicular por metastização do carcinoma da próstata é habitualmente considerado raro, sendo excepcional como forma de apresentação da doença. Descrevemos o caso clínico de um homem de 77 anos com adenopatias supraclaviculares esquerdas com três meses de evolução e em que a investigação conduziu ao diagnóstico de carcinoma da próstata com metastização ganglionar disseminada. A terapêutica hormonal instituída levou à quase completa regressão de todas as adenopatias e com redução do PSA de 4642 ng/dl para 0,1 ng/dl. O carcinoma da próstata deverá sempre ser considerado no diagnóstico diferencial de adenopatias supraclaviculares em doentes com idade superior a 45 anos, mesmo na ausência de sintomas de prostatismo e discute-se a recente sugestão de que esta forma de apresentação possa ser mais frequente do que o tradicionalmente reportado.

Palavras-chave: Carcinoma da próstata, metástases, adenopatias supraclaviculares

Abstract

The involvement of supraclavicular lymph nodes in metastatic prostate cancer is usually considered uncommon, and is extremely rare as the initial manifestation of the disease. We describe the clinical case of a 77 year-old man, who presented with left supraclavicular lymphadenopathy for 3 months, with no other symptoms. The investigation led to the diagnosis of prostate cancer with metastatic ganglionic dissemination. Hormonal therapy induced an almost complete regression of all lymphadenopathies and a reduction of PSA from 4642 ng/dl to 0.1 ng/dl. Prostate cancer must always be considered in the differential diagnosis of supraclavicular lymphadenopathies in patients with more than 45 year-old, even in the absence of prostatic symptoms. The recent suggestion that this presentation could be more frequent than traditionally reported is discussed.

Key words: Prostate cancer, metastasis, supraclavicular nodes.

Introdução

A presença de adenopatias cervicais e supraclaviculares por metastização do carcinoma da próstata é considerada rara (0,4% na série de Saitoh),¹ admitindo-se ser ainda mais rara como forma de apresentação da doença.^{2,3} De facto, habitualmente a neoplasia da próstata apresenta-se com crescimento in situ, invasão

local, metastização linfática regional ou metástases ósseas sistémicas. A metastização para gânglios linfáticos não regionais, supradiafragmáticos, é assim menos frequente, apesar de recentemente ter sido sugerido na literatura que a frequência desta metastização possa ser mais elevada do que a tradicionalmente apontada⁴. Apresenta-se um caso ilustrativo de uma neoplasia da próstata em que as adenopatias supraclaviculares foram a forma de apresentação da doença.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 77anos, com antecedentes de hipertensão arterial conhecida, não medicada, que recorre ao Serviço de Urgência por massa supraclavicular esquerda com 3 meses de evolução, sem outra sintomatologia acompanhante. O doente apresentava-se apirético, com bom estado geral e de nutrição e, na região supra-clavicular esquerda, observava-se uma massa com cerca de 10cm de diâmetro, consistência elástica, móvel em relação aos planos superficiais e

* Interna de Medicina Interna

** Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna

*** Director do Serviço de Oncologia do Hospital de Santa Maria, Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina de Lisboa

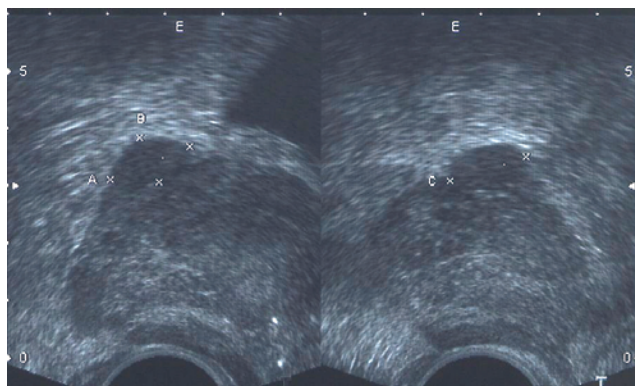
§ Chefe de Serviço de Medicina Interna

§§ Director do Serviço de Medicina 2, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa

Serviço de Medicina 2, Serviço de Oncologia Médica, Hospital Universitário de Santa Maria

Recebido para publicação a 10.12.07

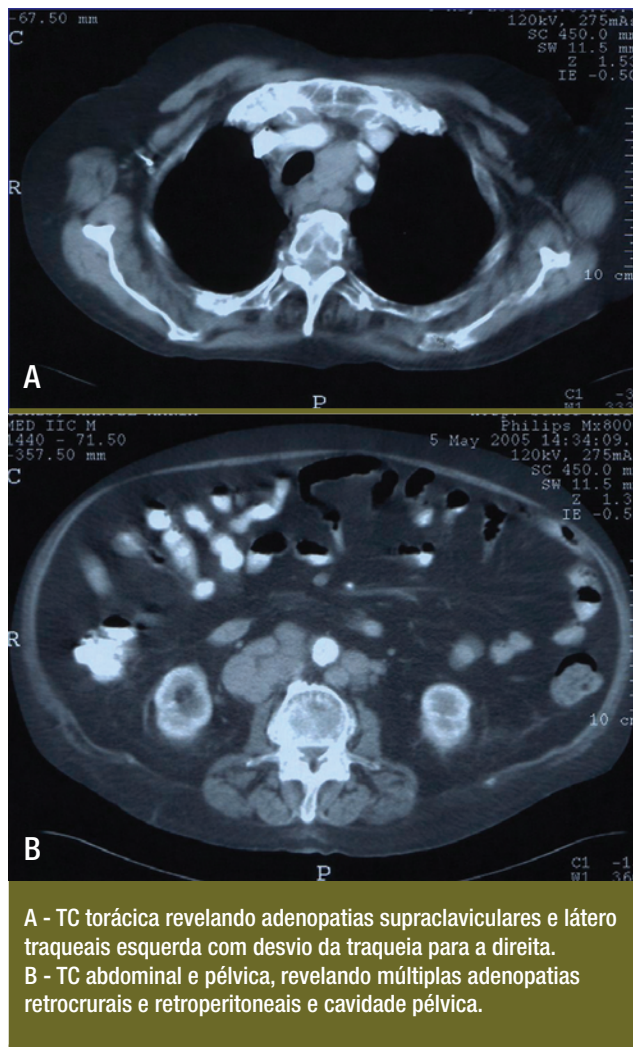
Aceite para publicação a 06.02.08



Ecografia transrectal revelando imagens hipocogénicas múltiplas. Formação hipocogénica com 1,2cm de diâmetro invadindo a cápsula.

FIG. 1

profundos, indolor, sem sinais inflamatórios. Não existiam outras adenopatias palpáveis, a restante observação não apresentava alterações e, no toque rectal identificava-se uma próstata aumentada de volume, consistência elástica, sem nódulos palpáveis. A radiografia do tórax PA era normal e a ecografia do pescoço demonstrou a presença de adenopatias supraclaviculares esquerdas. Foi colocada a hipótese de provável metástase tumoral, sendo as situações mais prováveis o linfoma, a neoplasia do pulmão, a neoplasia gástrica e outras neoplasias abdominais incluindo a neoplasia da próstata, considerando-se ainda as neoplasias do mediastino e esófago. Foi efectuada uma avaliação laboratorial inicial, que revelou Hb 14,1 g/dL, VS 37mm, LDH 610 U/L, GGT 161 U/L e PSA total 4642 ng/dL, que orientou de imediato as investigações no sentido de identificar uma neoplasia da próstata metastazada. A ecografia abdominal não mostrou alterações, a ecografia vesico-prostática demonstrou conglomerado adenopático peri-vesical e ao longo dos vasos ilíacos à direita e na ecografia prostática transrectal foram identificadas múltiplas imagens hipocogéneas, nomeadamente formação hipocogénea com 1,2cm de maior eixo, que invadia a cápsula (Fig. 1). A TC tóraco-abdomino-pélvica demonstrou a existência de adenopatias nas regiões supraclavicular e latero-traqueal à esquerda, condicionando ligeiro desvio da traqueia para a direita e múltiplas adenopatias em localização retro-crural e retro-peritoneal inter-aorto-cava, estendendo-se para a fossa ilíaca direita e cavidade pélvica (Fig. 2).

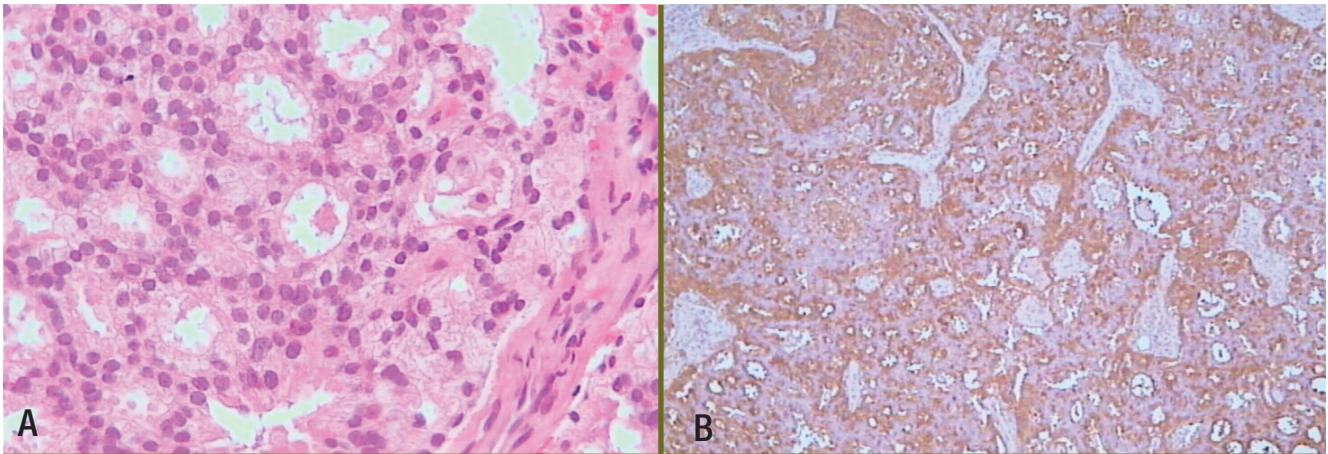


A - TC torácica revelando adenopatias supraclaviculares e látero traqueais esquerda com desvio da traqueia para a direita.
B - TC abdominal e pélvica, revelando múltiplas adenopatias retrocrurais e retroperitoneais e cavidade pélvica.

FIG. 2

Foi realizada biópsia da massa cervical, cuja histologia revelou tratar-se de um adenocarcinoma, com marcação imuno-histoquímica para o PSA intensa e difusamente positiva, achados que permitiram confirmar o diagnóstico de metástase de adenocarcinoma da próstata (Fig. 3). A neoplasia apresentava-se no estágio T3m N3 M1: tumor multifocal com invasão da cápsula, com disseminação ganglionar e metastização à distância. Na cintigrafia óssea não foram detectadas metástases ósseas.

Foi iniciada terapêutica hormonal com Flutamida na dose de 750 mg/dia a que se associou, um mês depois, Goserelina (agonista GnRH). Após 5 meses de follow-up o doente apresentava-se com uma excelente resposta à terapêutica, com desaparecimento quase total das adenopatias na TC toraco-abdomino-pélvica



A - Biopsia ganglionar revelando adenocarcinoma da próstata (coloração hematoxilina eosina).
B - Biopsia ganglionar com marcação imuno-histoquímica difusamente positiva para o PSA.

FIG. 3

e cervical de controlo e ao 8º mês de seguimento o PSA era 1 ng/dl. O doente manteve-se estabilizado durante os 24 meses seguintes, sem evidência de metastização óssea e com um valor normal de PSA (0,1 ng/dL). No entanto, 2 meses depois foi reinternado no contexto de insuficiência cardíaca congestiva e fibrilhação auricular rápida, vindo a falecer devido a pneumonia nosocomial.

Discussão

A presença de adenopatias periféricas sem causa óbvia após colheita de história e exame objectivo, representa um problema de diagnóstico diferencial importante, sendo a lista de possíveis etiologias extensa. Uma larga percentagem (34 e 50% em dois estudos internacionais) corresponde a neoplasias malignas, sendo esta percentagem maior nos doentes com idade superior a 40 anos.⁵ Classicamente a presença de adenopatias supraclaviculares esquerdas (nódulo de Virchow) é sugestiva de neoplasia abdominal (estômago, vesícula, pâncreas, rim, testículos, ovários ou próstata) e as adenopatias supraclaviculares direitas estão associadas a neoplasia do mediastino, pulmão ou esófago.⁶ O envolvimento metastático supraclavicular no carcinoma da próstata é considerado pouco frequente, sendo excepcional como forma de apresentação da doença.^{2,3} No entanto, num artigo recente, Ahmed⁴ sugere que o envolvimento de gânglios supraclaviculares no contexto de neoplasia da próstata possa ser mais frequente do que tradicionalmente se admitia, baseando-se num estudo retrospectivo de uma grande

série de autópsias, em que são apresentados dados que apoiariam uma frequência superior ao tradicionalmente considerada (de 914 doentes com metástases supraclaviculares 18% tinham carcinoma da próstata)⁷ e na série de Buttler et al, referente a 19 doentes com adenopatias supraclaviculares como manifestação inicial de carcinoma da próstata, diagnosticados num período de 12 anos.⁸

Esta metastização poderá dever-se a disseminação retrógrada de células tumorais envolvendo os gânglios supraclaviculares esquerdos, próximos da entrada do canal torácico para a veia subclávia esquerda. Assim, Saeter et al descreveram a metastização para a fossa supra-clavicular esquerda como o local mais comum de metastização linfática não regional no carcinoma da próstata.⁹ Saitoh et al verificaram, em achados de autópsia, que 0,4% dos doentes (5 de 1367 doentes) com neoplasia da próstata tinham metástases nos gânglios cervicais esquerdos.¹ Cho et al descreveram uma série de 26 doentes com carcinoma da próstata metastizado para gânglios supradiafragmáticos, em 15 dos quais havia metastização para os gânglios supraclaviculares; em 45% dos doentes o toque rectal era normal e 35% não tinham metástases ósseas.¹⁰ Isto levou à recomendação, por parte de vários autores, da exclusão de carcinoma da próstata em todos os doentes com mais de 45 anos com adenopatias supraclaviculares esquerdas, mesmo com toque rectal normal e sem metastização óssea.^{2,3,4} A marcha diagnóstica inicial para a identificação do tumor primário num doente com adenopatias supraclaviculares deverá

incluir o toque rectal e a determinação do PSA.⁴ No presente caso o valor extremamente elevado do PSA detectado no início da investigação permitiu rápido estabelecimento do diagnóstico de carcinoma da próstata multifocal com invasão da cápsula, disseminação ganglionar e metastização à distância (T3m N3 M1). O carcinoma da próstata com metastização supraclavicular é uma situação de doença avançada, com uma sobrevida média de 18 meses e com indicação para hormonoterapia.¹¹ Esta deve ser iniciada logo após o diagnóstico, induzindo geralmente uma melhoria na qualidade de vida do doente, mesmo que não se traduza numa melhoria significativa da sobrevida.¹² No presente caso foi efectuada terapêutica com Flutamida e um agonista da GnRH (Goserelina), com boa resposta clínica, laboratorial e radiológica. Cerca de 22 meses após o diagnóstico, o doente mantinha um bom estado geral, apresentando regressão das adenopatias visualizadas na TC toraco-abdominopélvica de controlo, e normalização dos valores do PSA para 0,1 ng/dL, o que representou uma resposta excelente á terapêutica.

Este caso é ilustrativo de adenopatias supraclaviculares como forma de apresentação de neoplasia da próstata, devendo esta ser equacionada no diagnóstico diferencial de adenopatias supraclaviculares esquerdas e a terapêutica hormonal deverá ser a primeira opção a instituir, mesmo nos estádios avançados da doença. ■

Bibliografia

1. Saitoh H, Hida M, Shimbo T, Nakamura K, Yamagata J, Satoh T. Metastatic patterns of prostate cancer: correlation between sites and number of organs involved. *Cancer* 1984; 54:3078 – 3084.
2. Wang HJ, Chiang PH, Peng JP, Yu TJ. Presentation of prostate carcinoma with cervical lymphadenopathy: Report of three cases. *Chang Gung Med J* 2004; 27: 840 – 844.
3. Chitale SV, Harry L, Gaches CGC, Ball RY. Presentation of prostatic adenocarcinoma with cervical lymphadenopathy . Two case reports and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 125: 431-432.
4. Ahamed SH, Agarwal AK, Raju PP. Metastatic prostate carcinoma presenting as supraclavicular lymphadenopathy – is it unusual? *Ann R Coll Surg Engl* 2006; 88 (6): W4 -54.
5. Chau I, Kelleher MT, Cunningham D et al. Rapid access multidisciplinary lymph node diagnostic clinic: analysis of 550 patients. *Br J Cancer* 2003; 88: 354.
6. Morgenstern L. The Virchow – Troisier node: a historical note. *Am J Surg* 1979; 138: 703?
7. Cozzi PJ and Schmidt GA. Airway compression by a mediastinal mass. *Chest* 1994;106:1237-1238.
8. Butler J, Howe CD, Johnson DE. Enlargement of supraclavicular lymph nodes as the initial sign of prostatic carcinoma. *Cancer* May 1971;13(6): 1055-1063.
9. Saeter G, Fosso SD, Ous S, Blom GP, Kaalhus O. Carcinoma of the prostate with soft tissue or non –regional lymphatic metastases at the time of diagnosis : a review of 47 cases. *Br J Urol* 1984; 56: 385 – 390.
10. Cho KR, Epstein J. Metastatic prostatic carcinoma to supradiaphragmatic lymph nodes: a clinicopathologic and immunohistochemical study. *Am J Surg Path* 1987; 11: 457-463.
11. Sternberg CN. What's new in the treatment of advanced prostate cancer? *Eur J Cancer* 2003; 39: 136-146.
12. Sciarra A, Cardi A, Salvatori G, D'Eramo G, Mariotti G, Silvério F. Wich patients with prostate cancer are actually candidates for hormone therapy? *Int Braz J Urol* 2004; 30: 455-465.