

# Carcinoma da Próstata com Metástases Cutâneas

## A propósito de um Caso Clínico

Miguel Carvalho<sup>1</sup>; Pedro Soares<sup>2</sup>; A. Madeira<sup>3</sup>; Nuno Bello<sup>3</sup>; João Rosa<sup>4</sup>; Gomes de Oliveira<sup>5</sup>; M.J.Brito<sup>6</sup>

Serviço de Urologia e de Anatomia Patológica – Hospital Garcia de Orta - Almada - Portugal

1 - Interno do 6º ano de Urologia - HGO

2 - Interno do 4º ano de Urologia - HGO

3 - Assistente Hospitalar Graduado de Urologia - HGO

4 - Assistente Hospitalar de Urologia - HGO

5 - Chefe e Director de Serviço de Urologia - HGO

6 - Director de Serviço de Anatomia Patológica - HGO

Correspondência: Miguel Carvalho – Serviço de Urologia - Hospital Garcia de Orta – Pragal – 2800 Almada - Portugal

### Resumo

A pele pode ser envolvida por metástases de 2% a 9% dos casos de todos os tumores malignos, sobretudo da mama, pulmão, rim e cólon. As metástases cutâneas de carcinoma da próstata (CaP) são extremamente raras, estando apenas descritos cerca de 50 casos na literatura. Apresenta-se um caso clínico de um doente com metástases cutâneas de um adenocarcinoma da próstata.

**Palavras Chave:** Neoplasias da próstata; metástases; pele

### Abstract

The skin may be involved in metastasis from 2% - 9% of malignant tumors, most frequently from mammary, pulmonary, renal and colonic cancers. Cutaneous and subcutaneous deposits from prostatic cancer are extremely rare, e.g., only 50 cases described in the literature. We present a clinical case of a patient with cutaneous metastasis from prostatic adenocarcinoma.

**Keywords:** Prostatic neoplasms; metastasis; skin.

### Introdução

Os casos clínicos referentes à metastização cutânea de tumores urológicos são muito pouco frequentes na prática clínica actual. O carcinoma de células renais e o carcinoma de células de transição são, dentro deste grupo, aqueles que geralmente

podem metastizar com mais frequência para a pele. Inversamente, o adenocarcinoma da próstata é uma entidade que raramente apresenta um padrão de disseminação sistémica semelhante, representando apenas 1% destes casos. No diagnóstico desta patologia, as técnicas de imunohistoquímica revelam-se fundamentais para a confirmação de uma situação



Fig. 1 – Nódulo supraclavicular e lesão angiomasosa retroauricular esquerda.

particular e infrequente da história natural destes tumores, cujo prognóstico é geralmente muito reservado e a evolução muito desfavorável neste contexto.

### Caso Clínico

Homem, 61 anos, caucasiano, fumador (20 cig/d há 30 anos), diabético tipo II medicado e vigiado regularmente, foi submetido a avaliação urológica em Outubro de 1996 por apresentar LUTS sugestivos de obstrução. Nessa altura apresentava PSA=2,7 ng/mL e o toque rectal era suspeito à direita pelo que foi efectuada biópsia prostática transrectal ecoguiada em sextante que revelou um CaP T2b Gleason 7 (4+3).

Em Novembro de 1996 foi submetido a prostatectomia radical retropúbica nos EUA cujo exame histopatológico confirmou a existência de um CaP no estadiopT3a N0 M0, Gleason 7 (4+3), com penetração capsular focal e sem invasão das vesículas seminais. O doente encontrou-se clinicamente bem até Novembro de 1999, altura em que, estando assintomático, surgiu falência bioquímica (PSA = 0,5 ng/mL). A gamagrafia óssea foi negativa e o Prostascint® compatível com recorrência na local prostática,

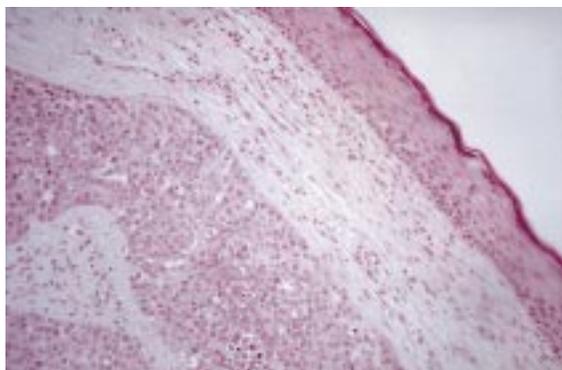


Fig. 2 – (HE) – Fragmento de pele com envolvimento subcutâneo por células de adenocarcinoma.

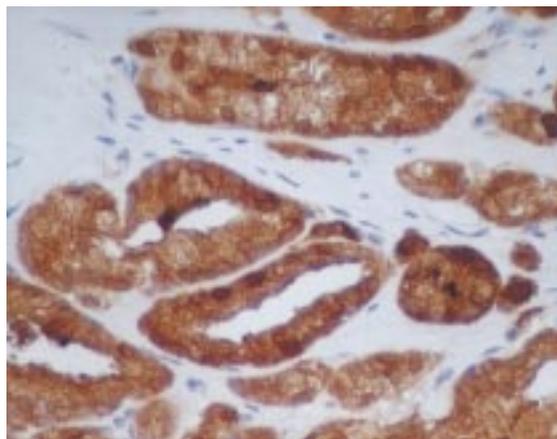


Fig. 3 – Técnica de Imunohistoquímica positiva para PSA – adenocarcinoma da próstata.

levantando a dúvida para a existência de compromisso ganglionar abdominal. Efectuou RT pélvica (70 Gy) e bloqueio hormonal completo (MAB) com remissão bioquímica (PSA < 0,1 ng/mL).

Em Dezembro de 2000 o doente inicia queixas súbitas de dor intensa ao nível da articulação sacroilíaca direita. A gamagrafia óssea mostrou imagem compatível com metástase única ao nível de L5 – S1, aspectos corroborados pela TAC lombo-sagrada, onde se visualizava lesão osteolítica em L5 com compromisso radicular. Com intuito paliativo foi submetido a RT local (30 Gy), tendo retomado novamente o MAB, com alívio relativo das queixas álgicas.

Em Março de 2001 surge lesão nodular supraclavicular esquerda, bem delimitada, sólida, com 2 cmØ, indolor, relativamente aderente aos planos profundos e com superfície irregular com algumas telangiectasias e outra lesão, retroauricular esquerda com características angiomasos, indolor, fixa aos planos profundos, com cerca de 1 cmØ (Fig. 1). Foi efectuada exérese das lesões sob anestesia local e o exame histopatológico e imunohistoquímico demonstrou tratar-se de metástases cutâneas de CaP (Fig. 2 e 3).

Desde essa altura assistiu-se a um aparecimento, progressão e disseminação explosiva de novas lesões, com características idênticas às das lesões excisadas, para o couro cabeludo e abdómen (Fig. 4), com agravamento acentuado do estado geral do doente, que culminou com o seu falecimento em Maio de 2001 (Fig. 5).

### Discussão e Conclusões

O adenocarcinoma da próstata é o segundo tipo de cancro mais frequente na população masculina e a terceira causa de morte em homens com mais de 55 anos, representando cerca de 95% das neoplasias



Fig. 4 – Metástases cutâneas abdominais.

deste órgão. A sua disseminação pode efectuar-se por extensão local, disseminação linfática e hematogénea. A extensão local para a uretra, colo vesical, trígono e vesículas seminais é frequente. Por outro lado, a disseminação linfática para os gânglios obturadores, hipogástricos, ilíacos, pré-sagrados e para-aórticos constitui também uma importante via de metastização. O plexo de Batson está por sua vez implicado na disseminação hematogénea para os ossos da bacia, coluna lombo-sagrada, fémur e restante esqueleto axial, incluindo as costelas.

As metástases viscerais do CaP localizam-se preferencialmente nos pulmões, fígado e glândulas supra-renais. Nos restantes tecidos, a probabilidade de metastização de CaP é muito rara.

A pele pode ser envolvida por metástases em cerca de 2% a 9% dos casos de tumores malignos, sobretudo da mama, pulmão, rim, cólon e melanoma. As metástases cutâneas de CaP são extremamente raras e de facto, o CaP representa apenas cerca de 1% dos tumores que podem metastizar para a pele.

Assim, numa série de 2200 autópsias efectuadas em doentes neoplásicos Gates encontrou apenas 58

casos (2,6%) de metástases cutâneas, somente uma das quais era de CaP (1,7%). Brownstein e Hellwig investigaram 724 casos de metástases cutâneas e observaram apenas 5 casos com origem na próstata (0,7%). Held e Johnson, num universo de 46929 doentes com neoplasias, dos quais 961 eram CaP, referenciaram apenas 3 casos de metástases cutâneas neste último grupo. Reingold descreveu também 3 casos de metástases cutâneas de CaP numa série de 2300 autópsias feitas em doentes com várias neoplasias primitivas. Até 1980 só estavam descritos, na revisão efectuada por Marquis e Benson, 29 casos de metástases cutâneas de CaP. Em meados do ano 2000 esse número rondava os 50 casos.

Foram propostas várias teorias para tentar explicar as vias de disseminação cutânea do CaP, encontrando-se entre elas a via arterial (que pode explicar o aparecimento de metástases no couro cabeludo), a embolização venosa, a via linfática e a via linfática perineural.

A metastização cutânea no CaP ocorre geralmente nas fases tardias de evolução da doença, podendo as lesões surgir clinicamente sob a forma de nódulos cutâneos e subcutâneos, sólidos de aparecimento súbito e assintomático, de máculas ou pápulas com telangiectasias na sua superfície ou ainda sob a forma de nódulos com características angiomatosas. As lesões localizam-se preferencialmente no tronco, quadrantes inferiores do abdómen e região genital, simulando por vezes outras dermatoses com características benignas. No nosso caso a localização no couro cabeludo é de facto extremamente invulgar.

Dada a elevada variabilidade de manifestações dos carcinomas metastáticos, o diagnóstico provisório destas lesões é confirmado pelo resultado positivo do teste imunohistoquímico para o PSA efectuado em amostras das lesões excisadas, pois ainda é o teste com maior grau de sensibilidade e especificidade nestes casos.

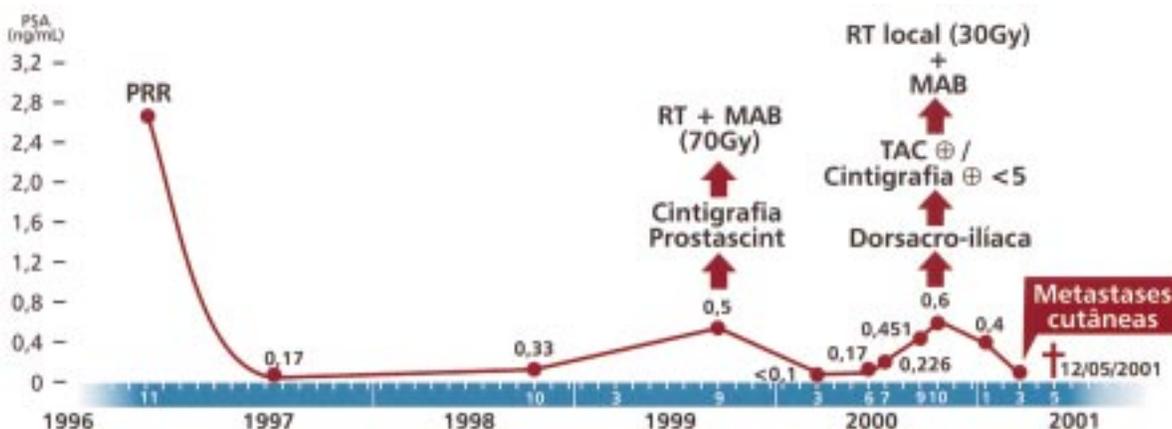


Fig. 5 – Quadro resumo do caso clínico.

O prognóstico desta situação relaciona-se sobretudo com o grau de envolvimento sistémico, é extremamente desfavorável, com evolução exuberante e fulminante, como ilustrado neste caso, que parece representar, com base na literatura, o primeiro caso descrito de metástases cutâneas de CaP em Portugal.

### Bibliografia

- Gates O. Cutaneous metastases of malignant disease. *Am J Cancer* 1937; 30: 718 – 730.
- Brownstein MH, Hellwig EB. Metastatic tumors of the skin. *Cancer* 1972; 29: 1298 – 307.
- Held B, Johnson DE. Cutaneous metastases from malignant genitourinary disease. *South Med J* 1972; 65: 569.
- Reingold IM. Carcinoma of the prostate gland:: report of a case with skin involvement. *Br J Clin Pract* 1984; 25: 239 – 42.
- Marquis W, Benson K. Long – Term survival with skin metastases from carcinoma of the prostate. *Urology* 1980; 16: 407.
- Paz-Ares L, Olivia E, Carey RW, Smith MR. Skin lesions in malignancy. Case 2. Skin metastases from prostate adenocarcinoma. *J Clin Oncol* 2001 Apr 1; 19(7): 2099-100.
- Pervaiz N, Fellner MJ, Davis JE. Cutaneous metastases from prostatic carcinoma. *Urology* 1978 Apr; 11(4): 403-5.
- Schellhammer PF, Milsten R, Bunts RC. Prostatic carcinoma with cutaneous metastases. *Br J Urol* 1973 Apr; 45(2): 169-72.
- Katske FA, Waisman J, Lupu AN. . Cutaneous and subcutaneous metastases from carcinoma of prostate. *Urology* 1982 Apr; 19(4): 373-6.
- Landow RK, Rhodes DW, Bauer M. Cutaneous metastases. Report of two cases of prostatic cancer. *Cutis* 1980 Oct; 26(4): 399-401, 409.