

Adenopatia cervical: uma apresentação rara de câncer da próstata

Cervical lymphadenopathy – a rare presentation of prostate cancer

Adelaide Figueiredo¹, Patrícia Paiva², Ivo Castro¹, Rui Abreu³, Maria Cristina Esteves¹, Luís Siopa¹

RESUMO

A metastização ganglionar cervical por neoplasia da próstata é rara, sendo ainda menos frequente como manifestação inicial da doença. O presente estudo é um relato de um caso clínico de uma pessoa do sexo masculino, com 72 anos, que apresentava massa cervical esquerda, indolor, com 2 meses de evolução e dores ósseas lombar e torácica. A citologia aspirativa por agulha fina com estudo imuno-histoquímico revelou positividade para o antígeno prostático específico, concluindo se tratar de metástase ganglionar de carcinoma da próstata. Analiticamente, constatou-se que o valor do antígeno prostático específico foi maior que 1.000ng/mL, além da elevação da fosfatase alcalina. A cintilografia óssea de corpo inteiro revelou envolvimento ósseo secundário. Após o diagnóstico, o paciente iniciou hormonoterapia e recusou radioterapia com intuito paliativo. Oito meses após o diagnóstico, constatou-se a recorrência da doença, com elevação do valor do antígeno prostático específico novamente. Dessa forma, relata-se um caso de neoplasia da próstata com metastização óssea e ganglionar cervical esquerda em um indivíduo assintomático do ponto de vista urológico. Salienta-se que, no diagnóstico diferencial de adenopatias cervicais, deve-se considerar a neoplasia da próstata em pessoas do sexo masculino.

Palavras-chave: Neoplasias; Próstata; Metástase neoplásica

ABSTRACT

Cervical lymph nodes involvement is rare in prostate cancer and uncommon as an initial manifestation. This study is a clinical case report of a 72-year-old man who presented with a left cervical painless mass of 2-month progression, and bone pain on the lumbar and thoracic regions. Fine-needle aspiration cytology with immunohistochemistry staining was performed and revealed positivity for prostate-specific antigen consistent with prostate adenocarcinoma metastasis. Blood tests revealed a prostate-specific antigen of more than 1,000ng/mL, as well as high alkaline phosphatase. Whole-body bone scan showed secondary bone involvement. Following diagnosis, the patient started hormonal therapy and refused palliative radiotherapy. Eight months after diagnosis, recurrence was observed, with prostate-specific antigen elevation again. Thus, a clinical case of prostate cancer with bone and cervical lymph node metastasis in a patient with no urologic symptoms is reported. It should be noted that prostate cancer shall always be considered in the differential diagnosis of cervical lymphadenopathies in male patients.

Keywords: Neoplasms; Prostate; Neoplasm metastasis

INTRODUÇÃO

A neoplasia da próstata é o quarto câncer mais frequente globalmente, sendo o segundo mais comum em pessoas do sexo masculino, logo após o câncer do pulmão.¹ A maioria dos casos é diagnosticada entre 70 e 74

anos, sendo que cerca de 85% têm mais de 65 anos no momento do diagnóstico.^{2,3}

A investigação etiológica de sintomas miccionais pelo crescimento e pela invasão local da neoplasia da próstata pode levar ao seu diagnóstico.^{4,5} No entanto,

¹ Serviço de Medicina, Hospital de Santarém, EPE, Santarém, Portugal.

² Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, Coimbra, Portugal.

³ Serviço de Urologia, Hospital de Santarém, EPE, Santarém, Portugal.

Data de submissão: 26/6/2019. **Data de aceite:** 31/7/2019.

Autor correspondente: Adelaide Figueiredo. Serviço de Medicina 4, Hospital de Santarém, EPE – Avenida Bernardo Santarém – Código Postal: 2005-177 – Santarém, Portugal – Tel.: +351 243300200 – E-mail: adelaide.sofia.figueiredo@gmail.com

Fonte de auxílio à pesquisa: nenhuma. **Conflitos de interesse:** nenhum.

Contribuição dos autores: Concepção e delineamento do projeto: AF, PP, IC e MCE.

Coleta, análise e interpretação de dados: AF, PP, IC e MCE.

Redação e revisão crítica do manuscrito: AF, PP, IC, MCE, RA e LS.

Aprovação da versão final do manuscrito a ser publicada: AF, PP, IC, MCE e LS.

essa patologia pode ser diagnosticada pela elevação assintomática dos valores do *prostate-specific antigen* (PSA) ou pela investigação de sintomas pela metastização a distância.⁵ Os locais mais comuns de metastização do câncer da próstata são os gânglios linfáticos regionais, o osso, o pulmão, a bexiga, o fígado, a glândula suprarrenal e o rim, sendo muitas vezes acompanhados por sintomas sistêmicos.^{2,5,6}

As adenopatias supraclaviculares podem expressar reações locais ou sistêmicas. Frequentemente outros linfomas ou outras neoplasias, como as da cabeça e do pescoço e do tubo digestivo, também se expressam como esse tipo de adenopatia.^{2,3,5} A metastização ganglionar cervical de neoplasia da próstata é rara, ocorrendo em cerca de 0,4% a 1% dos casos, sendo ainda menos frequente como forma de apresentação.^{4,6,7} A citologia aspirativa por agulha fina ou a biópsia excisional do gânglio são fundamentais para o diagnóstico definitivo.⁸

O objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de uma adenopatia cervical esquerda, cujo estudo etiológico confirmou se tratar de uma metástase ganglionar de neoplasia da próstata.

RELATO DE CASO

Indivíduo do sexo masculino, de 72 anos, sem história mórbida progressiva e sem medicação habitual conhecida, foi referenciado à consulta de medicina interna para investigação etiológica de uma massa cervical esquerda com 2 meses de evolução. Na história da doença atual, salienta-se o quadro de dores na região lombar e torácica com 8 meses de evolução e perda ponderal de 2kg nos 8 meses que antecediam a consulta. Negava queixas respiratórias, gastrintestinal ou geniturinárias, bem como traumatismo e/ou cirurgias cervicais. Apresentava história familiar de pai falecido por neoplasia da próstata.

Ao exame objetivo, destacavam-se três adenopatias na cadeia cervical esquerda, com 1cm de maior eixo, consistência dura, indolores à palpação e móveis nos planos superficiais. Palpava-se, também, uma adenopatia inguinal direita, com cerca de 0,5cm de maior eixo, indolor à palpação. Toque retal com nódulo volumoso à esquerda, de consistência dura. O restante do exame objetivo não apresentou alterações.

Dos exames complementares de diagnóstico realizados, as análises sanguíneas com hemograma, função renal e função hepática não apresentaram alterações, exceto pela elevação da fosfatase alcalina (423U/L; valores de referência 40U/L a 150U/L) e, ainda, alteração do valor de PSA (1.292ng/mL; valor de referência <4ng/mL). Na tomografia computadorizada toracoabdominal eram

descritas adenopatias suspeitas mediastínicas, retroperitoneais, intraortocavais. A cintigrafia óssea apresentava inúmeros focos de hipercaptação envolvendo a coluna vertebral, toracocostal, cinturas escapulares, bacia, úmeros e fêmures, traduzindo disseminação óssea metastática de predomínio blástico.

Diante da suspeita de neoplasia da próstata com metastização óssea, o paciente foi referenciado e internado no serviço de urologia, sendo avaliado pelo serviço de hematologia e excluída a doença linfoproliferativa. A citologia aspirativa do gânglio supraclavicular esquerdo revelou estudo imuno-histoquímico com positividade para PSA, concluindo tratar-se de metástase ganglionar de carcinoma da próstata. Em consulta de decisão terapêutica, foi decidido pela não realização de biópsia prostática para não acrescentar morbidade ao doente e não interferir na conduta terapêutica que seria instituída. O paciente iniciou bicalutamida (150mg ao dia, durante 3 semanas) e leuprorelina (45mg injetável semestral). Foi proposta ao paciente a radioterapia antiálgica paliativa, que ele inicialmente recusou.

O valor de PSA desceu inicialmente para 9,26ng/mL após 3 meses. Após 6 meses, o valor de PSA era 264,22ng/mL. Cerca de 8 meses após o diagnóstico, apresentava agravamento do estado geral e dor não controlada, tendo iniciado radioterapia. Observou-se nesse momento a recidiva da doença, com o valor do PSA superior a 1.000ng/mL, apesar do bloqueio hormonal instituído. O paciente faleceu 10 meses após o diagnóstico.

DISCUSSÃO

A neoplasia da próstata é o segundo câncer mais frequente nos homens.¹ O diagnóstico de neoplasia da próstata pode surgir por meio da investigação de sintomas relacionados com o crescimento local da neoplasia ou devidos à metastização ganglionar ou a distância.^{4,5} Frequentemente, o diagnóstico é realizado pela análise da elevação do PSA sem outros sintomas associados.⁵

O local de invasão mais comum do câncer da próstata é diretamente nos órgãos pélvicos ou corpos vertebrais.⁹ Também tem sido observada a metastização a distância com envolvimento pulmonar, ósseo, de bexiga, fígado e glândulas suprarrenais.^{2,5,6,9} As metástases de adenocarcinoma da próstata em gânglios supraclaviculares são raras (0,4% a 1% dos casos), sendo ainda menos comum como forma de apresentação.^{4,6,7} Jones et al.⁷ reportam uma série de 11 casos de neoplasia da próstata com metástases ganglionares cervicais, todas localizadas à esquerda.

A disseminação linfática locoregional é frequentemente observada, principalmente na região pélvica ou

retroperitoneal, pelas cadeias linfáticas obturadoras e hipogástricas.^{7,9} Essa disseminação continua pela via ganglionar ilíaca e para-aórtica, em direção ao ducto torácico, e segue pela veia subclávia esquerda.^{7,9} Desse modo, pode se explicar a predileção para o carcinoma da próstata metastizar na região cervical esquerda.⁷

A investigação etiológica de adenopatias supraclaviculares impõe a realização de uma história clínica detalhada e exame físico completo, sendo seu diagnóstico diferencial muito amplo.^{4,5} Desse modo, é fundamental a exclusão de doença linfoproliferativa.¹⁰ Neste caso clínico em particular, o doente apresentava história familiar positiva para neoplasia da próstata, em familiar de primeiro grau. Além disso, o paciente não referia queixas relacionadas ao sistema geniturinário. As dores das regiões lombar e torácica juntamente da massa cervical foram a manifestação inicial.

O exame complementar de diagnóstico de eleição para investigação etiológica de adenopatias cervicais é a citologia aspirativa de agulha fina, tendo sido, neste caso, determinante para o diagnóstico o estudo imuno-histoquímico com coloração específica para PSA.^{8,9,11,12}

O estudo analítico com determinação do valor de PSA, bem como o hemograma, as provas hepáticas e as de função renal, é importante para a avaliação de pessoas doentes com massas cervicais. No caso clínico apresentado, os valores muito elevados de PSA levaram à suspeição de neoplasia da próstata. As dores ósseas apresentadas, juntamente da elevação da fosfatase alcalina, induziu a suspeita de envolvimento ósseo secundário, confirmada com a cintigrafia óssea de corpo inteiro.

Considera-se a neoplasia da próstata com envolvimento ganglionar supraclavicular um estágio avançado da doença, devendo ser tratada como doença sistêmica. Em casos como esse, preconiza-se o bloqueio hormonal como terapêutica de primeira linha.⁹ Recomenda-se a radioterapia no intuito paliativo de controlar os sintomas locais, como a compressão nervosa ou obstrução venosa.⁹ Apesar de doença avançada, a sobrevida média estimada é de 18 a 26 meses, com melhoria da qualidade de vida após o início do tratamento, havendo relatos de casos livres de sintomas por 9 anos.^{2,9,12} No caso clínico aqui reportado, o paciente não apresentou melhora franca da qualidade de vida, sobretudo por recusar radioterapia antiálgica ao diagnóstico, verificando-se ainda recorrência da doença aos 8 meses de diagnóstico, vindo a falecer 10 meses após o diagnóstico.

Com a descrição do presente caso clínico, pretende-se reportar um caso de carcinoma da próstata num

doente assintomático do ponto de vista urológico, com metastização óssea disseminada e metastização ganglionar cervical como manifestações iniciais da doença. Deste modo, a neoplasia da próstata deve ser incluída no diagnóstico diferencial de adenopatias cervicais, em pessoas do sexo masculino, mesmo sem sintomas do sistema geniturinário.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [Internet]. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi: <http://doi.org/10.3322/caac.21492>
2. Lin YY, Lin DS, Kang BH, Lin YS. Neck mass as the first presentation of metastatic prostatic adenocarcinoma. *J Chinese Med Assoc*. 2011;74(12):570-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcma.2011.09.012>
3. Sepúlveda L, Gorgal T, Pires V, Rodrigues F. Prostate cancer metastatic to the cervical lymph nodes. *Case Rep Urol*. 2015;2015:1-4. doi: <https://doi.org/10.1155/2015/263978>
4. Dutschmann R, Da Silva MJ, Pires C, Costa L, Lucas M, Victorino RM. Massa supraclavicular esquerda como forma de apresentação de adenocarcinoma da próstata. *Rev da Soc Port Med Interna*. 2008 [citado 2021 Ago 11];15:137-40. Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n2_2008_137_140.pdf
5. Temido H, Oliveira-Santos M, Parente F, Carvalho A. Adenopatia supraclavicular como forma de apresentação de cancro da próstata metastizado. *Galicía Clín* [citado 2021 Ago 11]. 2018;79(1):21. Disponível em: <https://galiciaclinica.info/PDF/47/1491.pdf>
6. Davarci M, Gokce A, Guven EO, Yalcinkaya FR, Esen H, Sevinc A. Metastatic prostate adenocarcinoma presenting as supraclavicular lymphadenopathy: A report of two cases. *Wspolczesna Onkol*. 2012 16(1):53-5. doi: <https://doi.org/10.5114/wo.2012.27337>
7. Jones H, Anthony PP. Metastatic prostatic carcinoma presenting as left-sided cervical lymphadenopathy: a series of 11 cases. *Histopathology*. 1992;21(2):149-54. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2559.1992.tb00363.x>
8. Pepper C, Pai I, Hay A, Deery A, Wilson P, Williamson P, et al. Investigation strategy in the management of metastatic adenocarcinoma of unknown primary presenting as cervical lymphadenopathy. *Acta Otolaryngol*. 2014;134(8):838-42. doi: <https://doi.org/10.3109/00016489.2014.884726>
9. Dubhashi SP, Kumar H, Nath SR. Prostate cancer presenting as cervical lymphadenopathy. *AM J Case Rep*. 2012;13:206-8. <https://doi.org/10.12659/AJCR.883334>
10. Gameiro C, Lopes SP, Pardal H, Vilas-Boas V, Severo L. Linfadenopatias generalizadas como apresentação de Carcinoma da Próstata. 2009 [citado 2021 Ago 11];61(2):2009. Available from: <https://www.apurologia.pt/acta/2-2009/c83.pdf>
11. Bhattar R, Maheshwari A, Yadav SS, Tomar V. Unusual presentation of prostate carcinoma: a case report. *J Clin Diagnostic Res*. 2017; 11(2):PD06-7. doi: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24584.9250>
12. Lad M, Sharma A, Patten DK. A surprising diagnosis: metastatic prostate cancer causing cervical lymphadenopathy. *BMJ Case Rep*. 2014;2013-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-201630>