



Reporte de cuatro casos con carcinoma neuroendocrino de próstata

» Alicia Quiroga Echeverri¹
» Luis Gabriel González Pérez¹
» Ana María Arango Rivas²

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe

² Clínica Las Américas AUNA

Objetivos: describir cuatro casos de pacientes con carcinoma neuroendocrino de próstata.

Presentación de casos:

Caso 1: paciente de 77 años con antecedente de ECV, hipertensión arterial y diabetes mellitus, en manejo extrainstitucional desde marzo/2020 con degarelix y bicalutamida por neoplasia de próstata. En mayo/2020 requirió resección transuretral (RTU) desobstructiva y fue llevado a orquidectomía. La patología reportó adenocarcinoma de próstata gleason 5+4 score 9 con áreas mal diferenciadas y diferenciación neuroendocrina. El PET-CT PSMA evidenció compromiso polioestóico óseo, ganglionar y prostático con extensión a vejiga, recibió apalutamida por disfunción renal y ECOG 2. Hubo respuesta serológica inicial, a los cuatro meses aumento de PSA y ocho meses desde el inicio de la hormonoterapia progresión clínica y de imágenes. Recibió radioterapia dosis única en columna y se inició enzalutamida. Evolución desfavorable, falleció cuatro meses después.

Caso 2: paciente de 71 años con antecedente de EPOC, HTA y ERC, con adenocarcinoma de próstata gleason 3+4 score 7 T1N0M0 manejado con radioterapia en octubre/2016. Dos años después con recaída bioquímica y con oligometástasis a hueso sacrococcígeo y adenopatías regionales, recibió goserelina desde marzo/2019 con respuesta bioquímica. En octubre/2020 requirió RTU de próstata por síntomas obstructivos con progresión bioquímica, local y ósea. Recibió radioterapia paliativa a nivel sacro. La patología reportó carcinoma neuroendocrino alto grado de células pequeñas. Inició manejo con etopósido y carboplatino por seis ciclos hasta mayo/2021 logrando respuesta completa. Presentó recaída ganglionar, reinició etopósido y carboplatino en febrero/2022, completó cinco ciclos con respuesta completa, continuó en seguimiento periódico estrecho.

Caso 3: paciente de 72 años con antecedente de cardiopatía isquémica y marcapasos por disfunción sinusual. Diagnóstico de adenocarcinoma de

Autor para correspondencia: Alicia Quiroga Echeverri

Correo electrónico: aliciaqx@yahoo.com

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

próstata gleason 3+4 score 7, manejado con cirugía oncológica en febrero/2021, pT2N0M0. Tres meses después con recaída bioquímica, se inició bloqueo hormonal. En agosto/2022 requirió RTU por hematuria, la patología reportó carcinoma neuroendocrino de células grandes grado 3. Se revisó patología quirúrgica encontrando en 2 % de la muestra un carcinoma neuroendocrino. Los estudios de extensión evidenciaron compromiso óseo, local y ganglionar por lo que se inició manejo con cisplatino y etopósido, cambiado a partir de segundo ciclo a carboplatino por lesión renal aguda; completó seis ciclos en febrero/2022 con respuesta completa. Tres meses después progresión clínica y por imágenes, tuvo obstrucción intestinal neoplásica y múltiples complicaciones infecciosas con deterioro clínico, falleció tres meses después.

Caso 4: paciente de 69 años con diagnóstico en junio/2021 de carcinoma neuroendocrino de próstata de células grandes grado 3, debutó con gran compromiso locoregional y metástasis a hígado. Recibió quimioterapia con cisplatino más etopósido por seis ciclos hasta octubre/2021, con respuesta parcial. Un mes después con progresión

pulmonar, hepática y locoregional, recibió segunda línea con gemcitabina más paclitaxel. Por neuropatía periférica y síndrome cerebeloso se suspendió el paclitaxel al quinto ciclo y continuó con gemcitabina. En mayo/2022 progresión hepática, ECOG 1, recibió tercera línea con topotecán, luego de tres ciclos progresión local y ósea con fractura patológica de húmero. Presentó declinación funcional y falleció.

Conclusiones: el carcinoma neuroendocrino de próstata es una entidad infrecuente y de pobre pronóstico. Puede desarrollarse dentro de un adenocarcinoma en focos únicos o múltiples o como un tumor de novo individual, lo cual es extremadamente raro, en cuyo caso puede presentarse como de células pequeñas o grandes. La mayoría de los casos son metastásicos al momento del diagnóstico. El tratamiento sistémico de elección son el platino y etopósido, y en los casos de diferenciación neuroendocrina la resistencia al tratamiento hormonal es alta.

Palabras Clave:

Quimioterapia; neoplasias de la próstata; carcinoma neuroendocrino.

Figuras y Tablas:

Tabla 1.

Paciente		Diagnóstico		Tratamiento	
Caso	Edad	PSA*	Metástasis	Primera línea	OS+
1	77	47.4	Hueso, Ganglios, Vejiga	Apalutamida	14
2	71	4.2	Hueso, Ganglios, Local	EP	Actual
3	72	0.0	Hueso, Ganglios, Local	EP	12
4	69	0.3	Hígado, Ganglios, Local	EP	14

Nota: (*)PSA= antígeno específico de próstata al momento del diagnóstico de neuroendocrino o diferenciación neuroendocrina

(+)OS=supervivencia global en meses

(*)EP= carboplatino/cisplatino y etopósido