

Resonancia nuclear magnética de la columna

A.M. Martín Rubio, A.B. Romero Fernández, M. Omar Mohamed, R. García Jiménez y J.J. Hernández Burruezo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ciudad de Jaén. España.



Fig. 1.

Caso clínico

Paciente de 57 años, fumador de un paquete diario y bebedor de más de 50 gr de alcohol al día. Desde hace 18 meses sufre dolor lumbar que trata con antiinflamatorios no esteroideos y miorrelajantes con poco alivio. Consulta por aumento del dolor junto a la aparición de hematomas en región glútea y ambos muslos sin antecedente traumático. Refiere pérdida de 10 kg de peso en los últimos seis meses.

En la exploración únicamente destaca, además de los hematomas referidos, la existencia de una próstata aumentada de tamaño (IV/IV) y de consistencia pétreo. Entre las pruebas complementarias únicamente destaca un hemograma con 82.000 plaquetas y un estudio

de coagulación con un aumento de dímero D (8.000 ng/ml), tiempo de protrombina 60% y tiempo de cefalina de 42 s (control 34,8 s). Fibrinógeno indetectable, fosfatasa alcalina 1.990 UI/l, GGT 40 UI/l. Calcio normal. Antígeno prostático específico (PSA): mayor de 500. Seriada ósea metastásica: imágenes blásticas visibles en cuerpos vertebrales lumbares y sacro. En la resonancia nuclear magnética de columna dorso lumbar (fig. 1) se aprecia una infiltración neoplásica de prácticamente todos los cuerpos vertebrales. Biopsia de próstata: adenocarcinoma grado 3/4 de Gleason, con infiltración perineural.

Tras la toma de la biopsia el paciente presenta cuadro de rectorragias que obligan a la transfusión repetida de plasma, plaquetas y concentrados de hematíes. El pa-

ciente inicia tratamiento con flutamida (antineoplásico hormonal antiandrogénico) y goserelina (análogo de la hormona liberadora de gonadotropinas), junto con analgésicos mejorando su sintomatología así como sus alteraciones hematológicas, encontrándose con buen estado general tres meses después de diagnosticado el cuadro; el paciente está en revisión por el Servicio de Oncología.

Comentario

Nuestro paciente presenta un adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas y coagulación intravascular diseminada (CID) secundaria.

Los síndromes de CID se encuentran en un 40-70% de pacientes con una neoplasia con metástasis a distancia. Una de las neoplasias que producen este hecho con mayor frecuencia es el carcinoma de próstata, apareciendo en un 13% de casos, después del cáncer de pulmón y el de páncreas. Lo más habitual es una CID subclínica, pero a veces aparecen manifestaciones tromboembólicas o, lo más frecuente, hemorrágicas. En nuestro paciente el cuadro produjo la aparición de hematomas cutáneos, espontáneos, sin evidencia de sangrado en la cavidad abdominal. Se han descrito también hematuria y hematomas del músculo psoas ilíaco.

En nuestro caso la analítica indicaba la existencia de un cuadro de CID: alargamiento de los tiempos de protrombina y de cefalina, descenso del fibrinógeno, aumento de los productos de degradación del fibrinógeno y trombopenia.

Aunque la fisiopatología es mal conocida, se sabe que los fenómenos hemorrágicos producidos por la CID se explican en el carcinoma de próstata por su capacidad de liberar activadores de la fibrinólisis.

La exploración y la elevación del PSA nos orientó hacia la existencia de una neoplasia prostática, que fue confirmada por la biopsia. La gran diseminación tumoral explicaba la coagulopatía y ésta produjo los fenómenos hemorrágicos del paciente. Al corregir la causa desencadenante, se resolvió el cuadro.

Bibliografía general

- Cabane J, Etarian C, Louvet C, Robert A, Blum L, Wattfiaux MJ, et al. Coagulation intravasculaire disséminée associée au cancer de la prostate. *Rev Méd Interne* 1995;16:219-24.
- Colman RW, Rubin RN. Disseminated intravascular coagulation due to malignancy. *Semin Oncol* 1990;17:172-86.
- Levi M, Cate H. Disseminated intravascular coagulation. *N Engl J Med* 1999;341:586-92.
- Nand S, Messmore H. Hemostasis in malignancy. *A J Hematol* 1990; 35:45-55.