

Sangramento retal secundário a carcinoma da próstata: relato de caso e revisão da literatura

Prostate cancer presenting as rectal bleeding: case report and literature review

Fernando Korkes¹, Eduardo Hidenobu Taromaru², Marília Germanos de Castro³,
Walter Henriques da Costa⁴, Roni Carvalho Fernandes⁵, Marjo Deninson Cardenuto Perez⁶

Resumo

A fásia de Denonvilliers possui duas camadas que separam a próstata do reto. A fásia prostática é delgada, podendo ser invadida pela extensão posterior do carcinoma prostático. A segunda camada que recobre o reto é mais espessa, possuindo a função de barreira contra a invasão da parede retal pelo carcinoma da próstata. A invasão desta camada é um evento incomum.

Relatamos o caso de um homem com 70 anos, com sangramento retal devido à infiltração por adenocarcinoma da próstata. Houve remissão completa da enterorragia com o tratamento radioterápico. O estadiamento clínico evidenciou metástases hepáticas e baixos níveis de PSA (antígeno prostático específico). O paciente foi a óbito cinco meses após o diagnóstico, sem resposta à terapia hormonal.

A radioterapia foi eficaz no controle hemostático da invasão retal pelo adenocarcinoma da próstata. Entretanto o prognóstico é reservado por tratar-se de moléstia disseminada e indiferenciada.

Descritores: Neoplasias prostáticas/radioterapia, Próstata, Reto, Adenocarcinoma, Hemorragia gastrointestinal, Invasividade neoplásica

Abstract

The two layers of Denonvilliers' fascia separate the prostate from the rectum. The prostatic layer is thin and may sometimes be invaded by a prostate carcinoma spreading posteriorly. The second layer, closer to the rectum, is much thicker and acts like an effective barrier against invasion of the rectal wall by prostate carcinoma. Invasion to this layer is an uncommon event.

We report a case of a 70-year-old man presenting with bleeding per rectum due to rectal involvement of a prostatic carcinoma. Radiotherapeutic treatment led to complete remission of the bleeding. Further studies demonstrated liver metastasis and low prostate specific antigen levels. The patient died five months after diagnosis, without hormonal response.

Radiotherapy proved to be an effective haemostatic method in rectal invasion by prostate carcinoma. Prognosis however seems to be poor due to these neoplasms' malignancy potential and poor response to hormonal treatment.

Key words: Prostatic neoplasms/radiotherapy, Prostate, Rectum, Adenocarcinoma, Gastrointestinal hemorrhage, Neoplasm invasiveness

Introdução

As duas fásias de Denonvilliers separam a próstata do reto⁽¹⁾. A fásia prostática é delgada, podendo ser invadida pela extensão posterior do carcinoma prostático⁽¹⁾. A segunda camada que recobre o reto é mais espessa, constituindo uma barreira contra a invasão da parede retal pelo carcinoma prostático. Estudos de necrópsias de pacientes com adenocarcinoma da próstata, revelaram uma incidência global de invasão retal de 2,8%.a prática clínica, este evento é pouco observado. Trata-se de um paciente com apresentação atípica do carcinoma da próstata, com envolvimento retal, vesical e metástase hepática.

¹Médico Residente do 5º Ano de Urologia do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

²Médico Residente do 4º Ano de Urologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

³Médica Segundo Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

⁴Médico Urologista. Membro titular da Sociedade Brasileira de Urologia. Pós Graduando da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

⁵Professor Assistente da Disciplina de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia

⁶Professor Titular e Chefe da Disciplina de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa - Departamento de Cirurgia

Trabalho Realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Disciplina de Urologia (Departamento de Cirurgia) e Departamento de Ciências Patológicas.

Endereço para correspondência: Fernando Korkes. Rua Pirapora, 167 - 04008-060 São Paulo – SP – Brasil. Fone: 55-11-38842233. E-mail: fkorkes@terra.com.br

Relato do caso

Homem de 70 anos de idade, com hematúria e sangramento retal. A cistoscopia revelou lesão infiltrativa no colo vesical com aspecto sugestivo de carcinoma primário da bexiga. Foi realizada a ressecção transuretral da lesão vesical, cujo diagnóstico anátomo-patológico foi de infiltração de adenocarcinoma da próstata. A avaliação proctológica demonstrou uma úlcera no reto e outra no sigmóide, a 13 e 20 cm da borda anal respectivamente. Ao toque retal a próstata encontrava-se aumentada de volume e de consistência endurecida em ambos os lobos. A tomografia computadorizada (TC) de abdomen e pelve revelou uma próstata aumentada, irregular, com imagens hipodensas e comprometimento do plano periprostático entre a próstata e o reto. Evidenciou-se também uma lesão lobulada, heterogênea, infiltrativa de 11,0 X 7,0 X 6,0 cm, estendendo-se da borda anal até a transição para o sigmóide (figura 1). A espessura da parede vesical sugeria infiltração da bexiga. Múltiplas lesões nodulares hipodensas foram encontradas no fígado, com hipercaptação periférica na fase com contraste. A cintilografia óssea foi negativa.

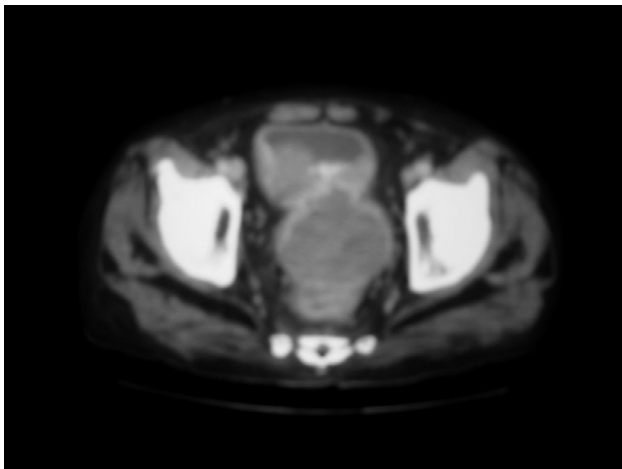


Figura 1 - TC pélvica demonstrando aumento prostático com hipodensidade irregular, perda do plano periprostático entre a próstata e o reto, e invasão vesical.

O valor do PSA ao diagnóstico era de 16,0 ng/dl e o nível sérico do antígeno carcinoembrionário (CEA) era de 1,8 ng/ml. A análise histopatológica das lesões retais demonstrou adenocarcinoma pouco diferenciado. O estudo imuno-histoquímico foi sugestivo de carcinoma de origem prostática, caracterizado pela positividade para anticorpos anti-PSA e fosfatase ácida prostática (PAP). (figura 2).

Foi realizada a terapia hemostática radioablativa e após cinco sessões diárias (total de 200 cGy), houve interrupção do sangramento retal. O tratamento

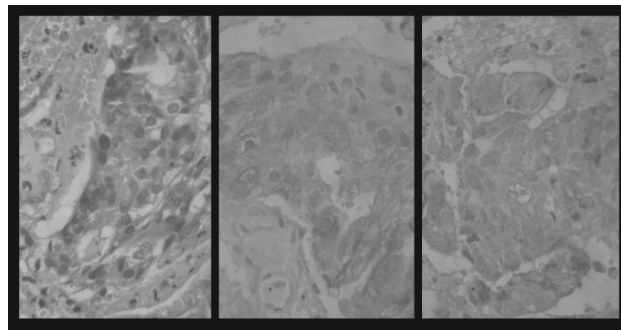


Figura 2 - Fotomicroscopia mostra detalhe da neoplasia epitelial sob forma de glândulas fusionadas com aspecto cribriforme. (A) HE x400 (B) Imuno-histoquímica mostra positividade para PSA (x400) (C) Imuno-histoquímica mostra positividade para PAP (fosfatase ácida prostática, x400).

hormonal também foi instituído, inicialmente com 300mg de ciproterona diário e posteriormente foi realizada orquiectomia subcapsular bilateral.

Mesmo com os tratamentos instituídos, houve elevação progressiva do nível sérico do PSA de 16,0 ng/dl para 66,4 ng/dl após três meses. O paciente foi a óbito cinco meses após o diagnóstico, devido a abscesso hepático e sepse. A necrópsia demonstrou múltiplas lesões hepáticas metastáticas, carcinoma primário da próstata com escore de Gleason 4+4, infiltrando a pelve, bexiga e reto (figura 3).

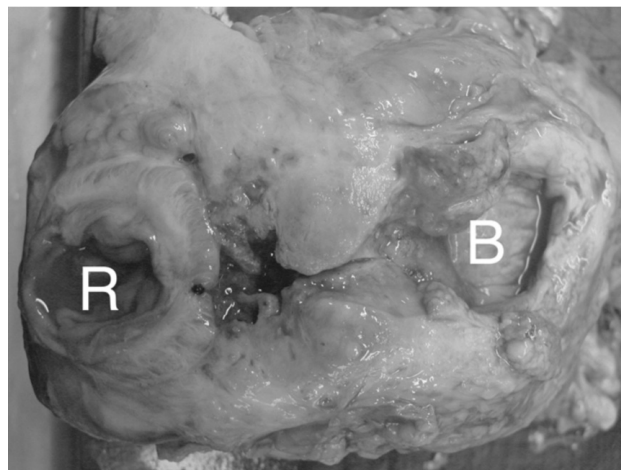


Figura 3 - Peça da autópsia, retirada em monobloco representada por bexiga (B), próstata e reto (R), evidenciando extenso tumor na topografia da próstata com espessamento parietal do reto e bexiga. Nota-se ainda infiltração de tecido adiposo peri-prostático, peri-vesical e peri-retal.

Comentários

Goldfarb, Leiter, 1980⁽²⁾ descreveram três modalidades clínicas diferentes de envolvimento retal pelo carcinoma da próstata. Na modalidade tipo I, o tu-

mor invade apenas a primeira camada da fáscia de Denonvilliers, abaulando a luz do reto como uma massa retal anterior. Na modalidade tipo II, ocorre invasão da primeira camada da fáscia de Denonvilliers e progressão ao redor da parede retal, determinando uma constricção em ampulheta. O caso relatado pode ser classificado como tipo III, devido à invasão da segunda camada da fáscia de Denonvilliers e penetração da parede retal, determinando ulceração. Este último tipo é uma situação extremamente rara, representando 1% dos casos de envolvimento retal pelo carcinoma da próstata.⁽²⁾

O diagnóstico diferencial entre carcinoma de próstata e retal pode ser difícil nestes casos.^(2-5,7,9,10) Frequentemente a biópsia é inconclusiva, revelando apenas carcinoma indiferenciado. A análise imuno-histoquímica auxilia na confirmação da origem prostática, como constatado no paciente em questão. Entretanto, em alguns casos pode ocorrer detecção imuno-histoquímica do CEA associada à ausência de PSA e fosfatase ácida prostática em carcinoma de próstata, dificultando o diagnóstico.⁽¹¹⁾

Os carcinomas pouco diferenciados geralmente apresentam menor expressão de PSA quando comparados aos bem diferenciados.⁽¹²⁾ Partin et al(1990)⁽¹²⁾ demonstraram que em neoplasias pouco diferenciadas, mesmo em estadios avançados e grande volume tumoral, em geral a produção relativa de PSA por grama de tumor é menor.⁽¹²⁾ O paciente descrito apresentava nível anormal do PSA, no entanto, muito abaixo do esperado para uma doença de grande volume e disseminação sistêmica. Esta constatação deve-se ao fato do tumor em questão ser pouco diferenciado (grau 8 de Gleason). Notamos também ausência de resposta ao tratamento hormonal, demonstrado pela elevação contínua dos níveis do PSA, mesmo após bloqueio hormonal, aspecto também característico dos carcinomas pouco diferenciados.⁽¹³⁾

Estudos de necropsia em homens com carcinoma prostático demonstraram metástases hematogênicas em 35% dos casos, sendo os ossos, o local mais frequente, em cerca de 90% dos casos. A metástase hepática é mais rara, comprometendo apenas 25% destes indivíduos. No presente caso ocorreram metástases hepáticas sem que houvesse acometimento ósseo. Somado a este achado, a curta sobrevida após o diagnóstico também é uma manifestação incomum para o adenocarcinoma prostático.

O câncer de próstata é altamente prevalente, acometendo cerca de 17% dos homens em algum momento da vida.¹ Este fato faz com que o reconhecimento de apresentações pouco frequentes assumam importância clínica. Deve ser dada atenção especial no diag-

nóstico diferencial com o carcinoma retal, evitando-se diagnóstico incorreto e um tratamento ineficaz. Nos casos inconclusivos, a dosagem do PSA sérico e os marcadores imuno-histoquímicos, podem auxiliar no diagnóstico favorecendo a instituição de tratamento adequado.

Em relação ao sangramento retal secundário à infiltração por adenocarcinoma prostático, a terapia radioablativa provocou uma resposta rápida, sustentada e de baixa morbidade. Embora seja o primeiro caso relatado a receber esta modalidade de tratamento, a radioterapia provou ser um método hemostático efetivo na invasão retal pelo carcinoma da próstata. No entanto, a despeito deste tratamento paliativo, o prognóstico para esta forma de neoplasia permanece reservado.

Referências bibliográficas

1. Buck AC, Chisholm GD. Rectovesical fistula secondary to prostatic carcinoma. *J Urol*. 1979; 121:831-2
2. Goldfarb S, Leiter E. Invasion of the rectum by carcinoma of the prostate. *Arch Surg*. 1980; 115:1117-9.
3. Bowrey DJ, Otter MI, Billings PJ. Rectal infiltration by prostatic adenocarcinoma: report on six patients and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl*. 2003; 85:382-5.
4. Desai PA, Fioerelli RL, Finkelstein LH. Incomplete rectal obstruction secondary to adenocarcinoma of the prostate. *J Am Osteopath Assoc*. 1991; 91:803-6.
5. Fry DE, Amin M, Harbrecht PJ. Rectal obstruction secondary to carcinoma of the prostate. *Ann Surg*. 1979; 189:488-92.
6. Hon N, Lynn N, Chen TF. Rectal infiltration by prostatic adenocarcinoma: a report on six patients and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005; 87:72-3.
7. Mason JT, Crenshaw WB. Rectal obstruction by carcinoma of the prostate. *Am J Surg*. 1958; 96:319-23.
8. Stuart JR, Klutz WS. Rectal obstruction due to carcinoma of the prostate. Complication does not necessarily indicate an ominous prognosis. *R I Med J*. 1971; 54:211-2 passim.
9. Wadhwa P, Mandal AK, Singh SK, Goswami AK, Sharma SC, Joshi K, et al. Primary transitional cell carcinoma of the prostate presenting as a rectal ulcer. *Urol Int*. 2004; 72:176-7.
10. Uemura M, Nakagawa M, Kanno N, Nishimura K, Miyoshi S, Kawano K. [Endometrioid adenocarcinoma of the prostate: report of 3 cases]. *Hinyokika Kyo*. 2004; 50:825-8.
11. Carter H, Partin A. Diagnosis and staging of prostate cancer. In: Wash P, Retik AB, Vanghan ED Jr, Wein AJ, editors. *Campbell's urology*. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998. v.3, p.2519-37.
12. Partin A, Carter H, Chan D, Epstein JI, Oesterling JE, Rock RC, et al. Prostate specific antigen in the staging of localized prostate cancer: Influence of tumor differentiation, tumor volume and benign hyperplasia. *J Urol*. 1990; 52:747-52.
13. Makiyama K, Fukuoka H, Ikeda I, Suwa Y, Sekiguchi Y, Kawakami S, et al. [Endometrioid adenocarcinoma of the prostate: a case report]. *Hinyokika Kyo*. 1997; 43:153-6.

Trabalho recebido: 22/06/2007

Trabalho aprovado: 03/03/2008