

TROMBOCITOPENIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CÁNCER METASTÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.***Thrombocytopenia as a presentation of metastatic cancer. A case report.***Cecilia María Méndez Villalba, María Ileana Caballero Abente ¹

1. Universidad Nacional de Itapúa, Facultad de medicina; Residencia en medicina interna.

RESUMEN

La trombocitopenia en el adulto mayor puede obedecer a múltiples causas, dentro de ellas las neoplasias son una causa frecuente en este grupo etario. Se presenta el caso de un adulto mayor portador de hiperplasia prostática de larga data que acude al servicio de urgencias del Centro Médico Nacional de Itauguá por hematuria macroscópica, dentro del análisis de rutina se encontró como dato de valor una bicitopenia, a expensas de anemia y trombocitopenia. El diagnóstico se realizó por punción aspiración medular en la cual se encontraron células compatibles con Neoplasia prostática de alto grado en médula ósea causante de las alteraciones hemáticas.

Palabras clave: Trombocitopenia; neoplasias de la próstata; médula ósea; metástasis de la neoplasia; síndromes paraneoplásicos.

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

*Cecilia María Méndez Villalba; María Ileana Caballero Abente.
Trombocitopenia como forma de presentación de cáncer metastásico. A
propósito de un caso. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):86-91.*

ABSTRACT

Thrombocytopenia in older adults can be due to multiple causes, with neoplasia being a common cause in this age group. We present the case of an older adult with long-standing prostatic hyperplasia who arrived to the emergency department of the National Medical Center in Itauguá with hematuria. Routine blood tests revealed bicytopenia, both anemia and thrombocytopenia. The diagnosis was made by bone marrow aspiration, which revealed cells compatible with high-grade prostatic neoplasia causing the hematologic abnormalities.

Key words: thrombocytopenia; prostatic neoplasms; bone marrow; neoplasm metastasis; paraneoplastic syndromes.

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia en el adulto mayor puede obedecer a múltiples causas, siendo las más comunes patologías autoinmunes, radioterapia, fármacos quimioterápicos, neoplasias hematológicas las causas más frecuentes en el grupo etario. (1)

En el varón adulto mayor de 50 años una de las neoplasias más frecuentes después del cáncer pulmonar es el cáncer de próstata,

una neoplasia con capacidad de ocasionar metástasis a órganos distantes siendo los más frecuentes huesos, ganglios linfáticos, pulmón, hígado y sistema nervioso central. (2)

Se trata de una neoplasia que no presenta sintomatología en etapas tempranas por lo que se detecta en estadios avanzados en la mayoría de los casos. El dosaje de PSA como método de tamizaje puede detectarlo en

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación noviembre: 2025

*Autor de correspondencia Méndez, Cecilia. E-mail: ceciliamiyo@hotmail.com



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

estadios tempranos con la posibilidad de brindar un tratamiento adecuado y evitar su progresión. (3)

Describir el caso de un adulto mayor que presenta trombocitopenia como forma inicial de manifestación de un carcinoma de próstata pobremente diferenciado con metástasis a médula ósea, y discutir los principales elementos clínico-hematológicos e imagenológicos que orientan el diagnóstico en este contexto.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 75 años de edad procedente de J. A. Saldívar acude al servicio de urgencias por cuadro de 3 meses de evolución de micciones de coloración sanguinolenta que aparecen de forma intermitente y se acompañan de dolor en hipogastrio, refiere haber perdido aproximadamente 8 kg durante el último mes. En las últimas 24 horas presentó mareos y decaimiento del estado general posterior a salida de orina de coloración roja rutilante por lo cual es traído por familiares. Antecedentes patológicos personales: Refiere antecedente de hiperplasia prostática, sin tratamiento ni seguimiento desde hace 4 años.

Signos vitales al ingreso: FC 78 PA 120/80 MMHG T 36.2°C SAT 94%

Al examen físico llamaba la atención palidez marcada de piel y mucosas. Resto del examen físico no mostró particularidades.

Paciente ingresa a sala de clínica médica lúcido, eupneico sin oxígeno suplementario, normotenso, afebril, se instala sonda vesical

para cuantificación de diuresis, la misma resultó dificultosa con posterior salida de orina de coloración rojo rutilante. Se solicita evaluación por el servicio de urología quienes solicitan ecografía renovesicoprostática e indican lavado vesical hasta aclaramiento de diuresis.

Laboratorios al ingreso: hb: 4.9 hto 15 vcm 87 hcm 30 glóbulos blancos 6260 n 45% 1 42% plaq 21000 pcr 3.60 fosfatasa alcalina 2900 urea 69 cr 1.27 k: 5.3 coagulograma normal. Se solicitaron marcadores tumorales de los cuales retornó un PSA de 1329.

Se transfundió 2 concentrados de glóbulos rojos y 1 pool de plaquetas en el servicio de urgencias. Se realizó ecografía renovesicoprostática que mostró una próstata aumentada de tamaño con un volumen de 62 g. 56x44x47 de diámetro. Se solicitó resonancia magnética de pelvis en donde se evidenciaron focos de infiltración ósea y medular. (figura 1)



Figura 1: RMN de pelvis en donde se observan focos osteolíticos en sacro e infiltración en médula lumbar.

Con todos los hallazgos se planteó biopsia prostática para definir fenotipo neoplásico,

sin embargo, se posterga por plaquetopenia persistente refractaria a trasfusiones. Se solicitó interconsulta con el servicio de hematología quienes plantean diagnóstico de Trombopenia Inmune secundaria a infiltración de médula ósea por neoplasia prostática de alto grado. En dicho contexto se toma muestra de Punción aspiración de médula ósea y se inicia corticoides (Prednisona) a razón 2 mg/kilopeso. Se observó mejoría notable de plaquetopenia durante la internación. Ascenso de plaquetas a 124.000. La anatomía patológica de la PAMO retornó médula ósea hipocelular con células atípicas correspondientes a carcinoma de próstata pobremente diferenciado. (figura 2)

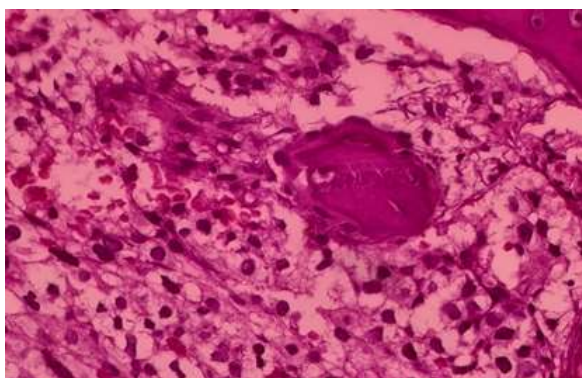


Figura 2: Imagen de pieza de anatomía patológica en donde se observa infiltración de médula ósea por células prostáticas con marcada atipia.

El paciente fue sometido a biopsia prostática para estadificación y fue derivado al INCAN para seguimiento ambulatorio. Al alta presentó cifras de plaquetas superior a 100.000 y ausencia de hematuria.

El paciente consulta por hematuria macroscópica de tres meses de evolución, dolor hipogástrico y pérdida de peso de

aproximadamente 8 kg en el último mes, a lo que se suma, en las últimas 24 horas, mareos y marcado decaimiento. Al ingreso se constata palidez intensa y, en el laboratorio, anemia severa (Hb 4,9 g/dL) asociada a trombocitopenia marcada (21.000/ μ L), con leucocitos en rango normal y coagulograma sin alteraciones. Esta combinación de bicitopenia, hemorragia urinaria y síndrome constitucional obliga a plantear, además del sangrado crónico, diagnósticos como infiltración o aplasia medular, síndromes mielodisplásicos, trombocitopenia inmune y coagulopatías de consumo.

La presencia de fosfatasa alcalina muy elevada (2.900 U/L), un PSA extremadamente alto (1.329 ng/mL) y una próstata aumentada de tamaño en la ecografía orientan fuertemente hacia una neoplasia prostática avanzada. La resonancia magnética de pelvis muestra focos de infiltración ósea y medular, hallazgo que apoya la hipótesis de metástasis con compromiso de médula ósea como causa estructural de la bicitopenia. Ante la persistencia de la trombocitopenia a pesar del soporte transfusional y en ausencia de alteraciones significativas de la coagulación, se refuerza la necesidad de descartar infiltración medular neoplásica mediante punción aspiración de médula ósea.

El estudio de médula ósea evidencia hipocelularidad con células atípicas compatibles con carcinoma de próstata pobremente diferenciado, confirmando el diagnóstico de cáncer de próstata

metastásico con afectación medular. La mejoría progresiva del recuento plaquetario tras el inicio de prednisona a 2 mg/kg/día, junto con la resolución de la hematuria, sugiere además un componente de trombocitopenia inmune secundaria en el contexto de enfermedad neoplásica avanzada. En conjunto, la integración de datos clínicos, bioquímicos, imagenológicos y anatomopatológicos permite concluir que la trombocitopenia fue la forma de presentación de un carcinoma de próstata pobremente diferenciado con metástasis a médula ósea y probable síndrome paraneoplásico asociado (7, 8).

Diagnóstico final.

Carcinoma de próstata pobremente diferenciado con metástasis a médula ósea.

Tabla 1. Línea de tiempo.

Momento	Hechos clínicos principales	Estudios / Conducta
≈ 3 meses antes del ingreso	Inicio de hematuria intermitente con dolor hipogástrico.	Sin estudios registrados.
≈ 1 mes antes	Pérdida de peso de aproximadamente 8 kg.	Sin controles previos documentados.
Día 0 – ingreso	Adulto mayor con hematuria roja rutilante, mareos y decaimiento; palidez marcada.	Laboratorio: bicitopenia (Hb 4,9 g/dL, plaquetas 21.000/μL), FA 2.900 U/L, PSA 1.329 ng/mL; sonda vesical, lavado vesical, transfusiones.

Momento	Hechos clínicos principales	Estudios / Conducta
Internación	Persistencia de trombocitopenia; se sospecha neoplasia prostática metastásica con compromiso medular.	Ecografía y RM de pelvis con infiltración ósea/medular; se realiza punción aspiración de médula ósea e inicia prednisona 2 mg/kg/día con ascenso de plaquetas.
Alta	Mejoría clínica, sin hematuria, plaquetas >100.000/μL.	PAMO: carcinoma de próstata pobremente diferenciado con metástasis a médula ósea; biopsia prostática y derivación a INCAN para seguimiento.

Aspectos Éticos: el trabajo cumplió con los principios de ética, el respeto a la persona, la beneficencia y justicia.

DISCUSION

La trombocitopenia secundaria neoplasias sólidas ya sea como parte de un síndrome paraneoplásico o como fenómeno secundario a invasión de la médula ósea es un hallazgo poco habitual (5)

En el contexto de una activación de citoquinas inflamatorias se utiliza corticoterapia a dosis alta como terapéutica inicial, asimismo se describe terapia inmunosupresora e incluso esplenectomía

sin embargo el tratamiento definitivo es tratar la causa subyacente. (6)

En el caso reportado se optó por usar Prednisona a dosis de 2 mg/kg dosis única diaria por un periodo de 5 días. Se observó un aumento significativo en el número de plaquetas durante el curso de tratamiento.

CONCLUSIONES

El cáncer de próstata se caracteriza por metástasis temprana a hueso, la afectación de la médula ósea por infiltración tumoral puede dar lugar a aplasia medular secundaria, asimismo puede ocasionar trombopenia inmune como fenómeno paraneoplásico. La detección temprana e inicio de tratamiento ya sea quirúrgico o quimioterápico retrasa la progresión al carcinoma metastásico.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RECOMENDACIONES

El estudio de un paciente adulto mayor con trombocitopenia incluye analítica sanguínea y punción aspiración de médula ósea.

La resonancia magnética es una técnica útil para evaluar lesiones osteolíticas en el contexto de secundarismo óseo de un cáncer de próstata. En el contexto de una Trombopenia inmune como causa de un síndrome paraneoplásico un curso corto de corticoides es una opción viable de tratamiento. Los métodos de tamizaje dosaje de PSA y tacto rectal en todo paciente varón mayor de 50 años permite detectar y tratar

de forma temprana las neoplasias prostáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Córdova-Pluma VH, Vega-López CA, Ortega-Chavarría MJ. Trombocitopenia inmunitaria primaria. *Med Int Mex.* 2020;36(5):660-669. [Internet]. 2018 Sep [cited 2024 Sep 15]; . Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95753>
- 2- Carroll PH, Mohler JL. NCCN guidelines updates: Prostate cancer and prostate cancer early detection. In: *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network.* Harborside Press; 2018. p. 620–3.
- 3- F.J. Brenes Bermúdez, A. Alcántara Montero, ¿Detección precoz o cribado en la prevención del cáncer de próstata?, *SEMERGEN - Medicina de Familia*, Volume 43, Issue 2, 2017, Pages 100-108, ISSN 1138-3593, disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.01.014>.
- 4- García-Perdomo Herney Andrés, Zapata-Copete James Alejandro, Sánchez Adalberto. Una mirada global y actualizada del cáncer de próstata. *rev.fac.med.* 66(3): 429-437 [Internet]. 2018 Sep [cited 2024 Sep 15]; . Available

from:<https://doi.org/10.15446/revf-acmed.v66n3.65770>..

<https://doi.org/10.1186/s13256-021-02843-0>.

- 5- Alice, D., Darzé, C., Cunha Darzé, A., Gil-Santana, L., de Oliveira, P., Dourado, C., Santana Do Rosário, M., Santos, L., Alvarenga, F., Batista, J. C., & Filho, O. (2019). Púrpura Trombocitopênica Imune Secundária à Neoplasia Metastática de Próstata Immune Thrombocytopenic Purpura Secondary to Metastatic Prostate Cancer.

www.revistacientifica.hospitalsantaizabel.org.br

- 6- Schwartz KA, Slichter SJ, Haker LA. Immunemediated platelet destruction and thrombocytopenia in patients with solid tumours. *BJH*. 1982;51;17-24. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.1982.tb07285.x>

- 7- Nieder C, Haukland E, Pawinski A, Dalhaug A. Anaemia and thrombocytopenia in patients with prostate cancer and bone metastases. *BMC Cancer*. 2010;10:284.

- 8- doi:10.1186/1471-2407-10-284.

Disponibile en:
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-10-284>

- 9- da Silva MACN, Manhães VPR, Gasparotto Júnior L, Tsukumo DML, Lalli CA. Pancytopenia as an initial manifestation of prostate cancer: a case report. *J Med Case Rep*. 2021;15:247.

- 10- doi:10.1186/s13256-021-02843-

0. Disponibile en: