Prostatitis por IgG4 – simulando un "PI-RADS 5"

Muñoz R.[2], Labra A.[1], Barahona D.[1], González F[1], Radic N.[2]

(1) Departamento de Imágenes Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo

(2)Residente de Radiología Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una patología autoinmune sistémica, infrecuente en la próstata, pero potencialmente simuladora de cáncer. En general se asocia a bajos niveles de APE (antígeno prostático especifico) debido al compromiso infiltrativo en conductos prostáticos y su presentación clínica suele asemejarse a la hiperplasia benigna, con síntomas obstructivos que suelen ceder rápidamente con el uso de corticoides.

OBJETIVO:

Describir e ilustrar a partir de la evolución de un caso clínico, la utilidad de distintas técnicas de imágenes para un correcto diagnóstico de prostatitis por ER-IgG4.

CASO CLINICO - Parte 1

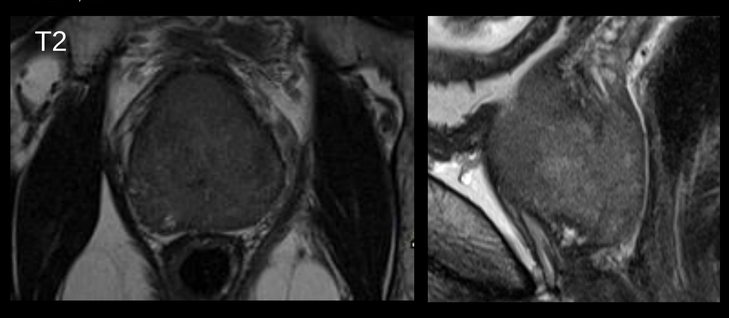
Paciente de 47 años consulta por síntomas urinarios obstructivos severos de 2 meses de evolución; en la evaluación por especialista de urología destaca una induración difusa al tacto rectal y antígeno prostático especifico (APE) de 0,28 ng/mL. Se solicita RMmp.

RESONANCIA MULTIPARAMETRICA (RMmp)

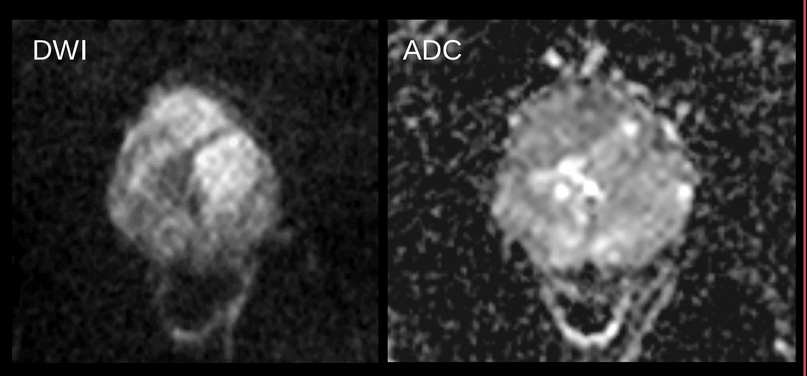
En la actualidad se utiliza el sistema de reporte PI-RADS por RMmp de próstata para la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo, donde la categoría PI-RADS 5 traduce el mayor riesgo.

Volumen prostático de 46 cc.

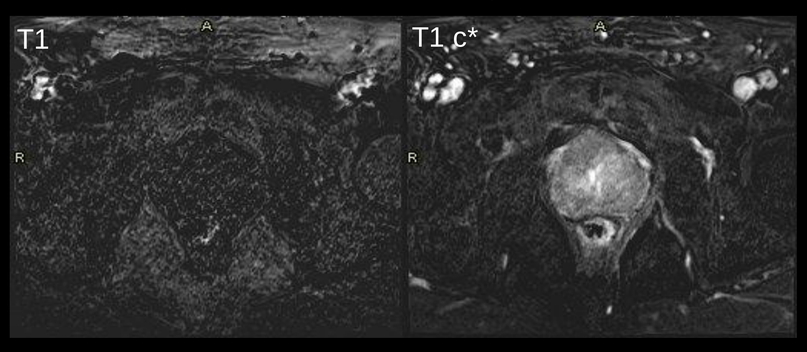
PSAD: 0,006



Im 1,2. RMmp, T2W. Baja señal difusa de la glándula prostática, con pérdida de la diferenciación entre la glándula central y periférica.



Im 3,4. RMmp, DWI y Mapa ADC. Aumento de la señal en secuencia de difusión con correlato en mapa ADC.



Im 5,6. RMmp, T1 y T1 C* con sustracción. Impregnación difusa de la próstata.

RMmp - IgG4 v/s Cáncer prostático

El compromiso prostático por ER-IgG4 generalmente es indistinguible de un cáncer prostático clínicamente significativo dado que pueden llegar a presentar similares características imagenológicas. Sin embargo, hay hallazgos que deben ampliar nuestro diagnóstico diferencial como:

- Compromiso difuso con/sin pérdida de la diferenciación anatómica de la glándula prostática.
- Valores bajos de densidad de antígeno prostático (PSAD).
- Resolución de alteraciones imagenológicas con el uso de corticoides.
- Afectación de otros órganos.

REPORTE: PI-RADS 5 → CONDUCTA: BIOPSIA

CASO CLINICO - Parte 2

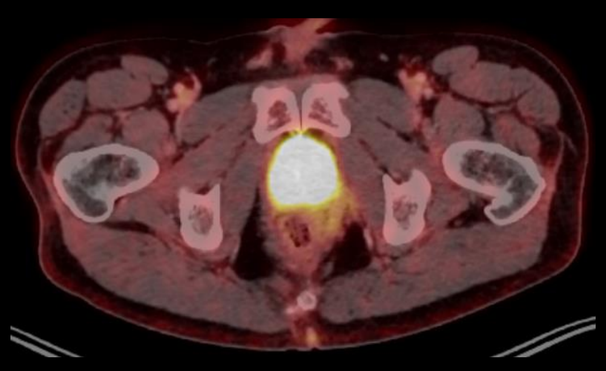
Biopsia: Extenso infiltrado linfocitario y niveles elevados de IgG4, sin evidencia neoplásica.

Se complementa estudio con PET/CT F18-FDG para evaluar otros órganos afectados.

PET-CT FDG (flúor-18-fluorodeoxiglucosa)

El PET/CT con uso de FDG (análogo de la glucosa) demuestra la actividad metabólica de las células que consumen glucosa mediante los transportadores GLUT. En ER-IgG4, el PET-CT FDG es útil para la identificación de los órganos afectados en el cuerpo completo, para monitorizar la respuesta terapéutica y en la vigilancia de recurrencias.

En caso de compromiso prostático, la glándula prostática muestra captación difusa del trazador.

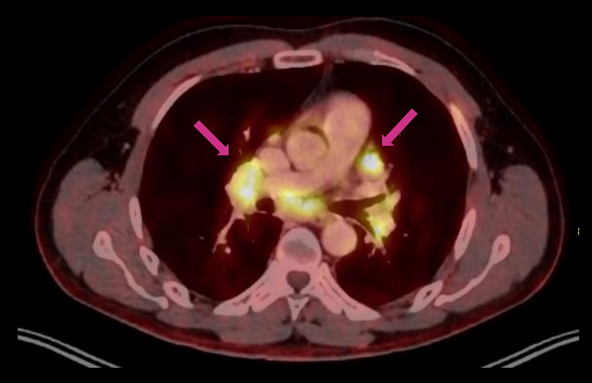


Im 7. PET-CT FDG axial fusión. Aumento difuso de la captación del trazador en glándula prostática.

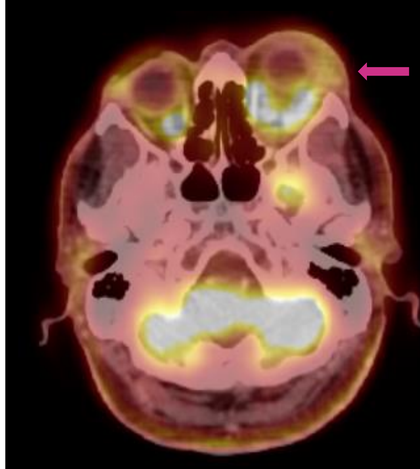
Im 8. PET-CT FDG coronal MIP. Captación del trazador multifocal (Flechas)

PET-CT FDG - IgG4 v/s Cáncer prostático

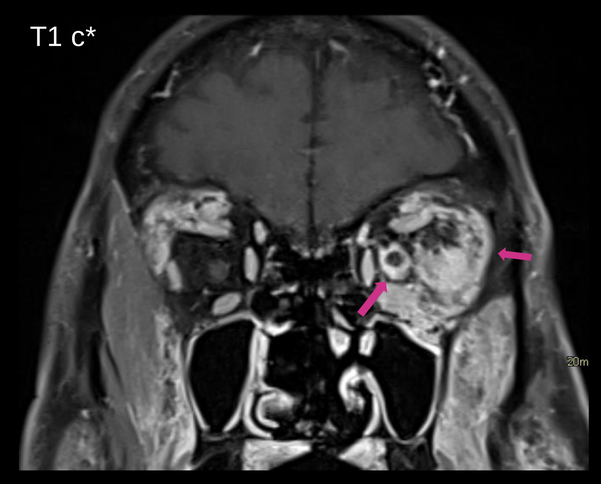
El PET-CT con uso de FDG posee escaso valor en la detección del cáncer prostático dado que la mayoría de estos tumores no son hipermetabólicos, a menos que presenten desdiferenciación histológica o sean muy agresivos. En cambio, la gran mayoría de las neoplasias prostáticas muestran sobreexpresión de receptores de PSMA. Por lo tanto, el hipermetabolismo difuso de la glándula y/o la afectación de otros órganos puede ampliar nuestro diagnóstico diferencial.



Im 9. PET-CT FDG axial fusión. Adenopatías hipermetabólicas mediastínicas e hiliares bilaterales (Flechas)



Im 10. PET-CT FDG axial fusión. Exoftalmos izquierdo con tejido de partes blandas levemente hipermetabólico periorbitario (Flecha)



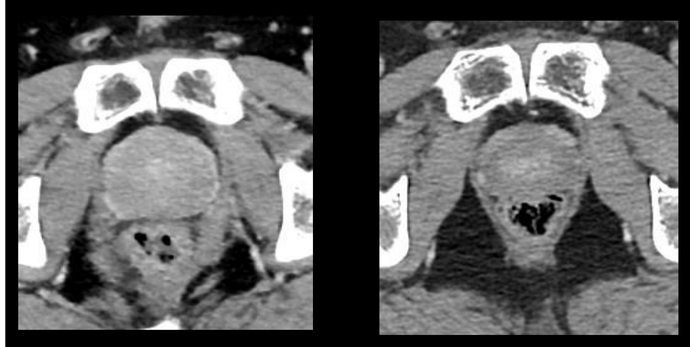
Im 11. Estudio de complemento. RM de órbitas secuencia T1 C* coronal. Engrosamiento e impregnación del músculo recto lateral e inferior izquierdos, además de la vaina del nervio óptico ipsilateral (Flechas)

CASO CLINICO - Parte 3

Estudio serológico: Se confirma diagnóstico con niveles de IgG de 1.966 mg/dL (Normal hasta 1.600 mg/dL) e IgG4 de 344 mg/dL (Normal <86 mg/dL).

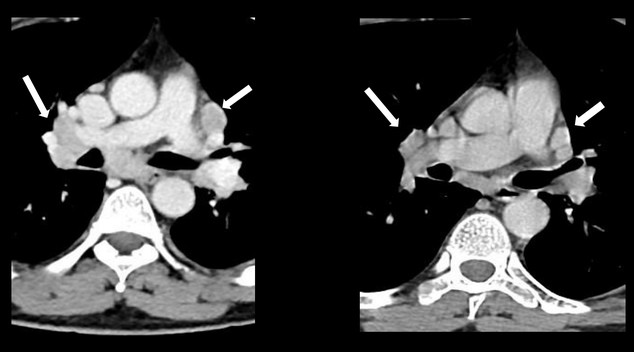
Paciente inicia tratamiento con corticoides orales con resolución de los síntomas en 48 horas y se cita a control en 1 mes con Tomografía Computada.

TOMOGRAFIA COMPUTADA – Seguimiento



Im 12,13. TC C* axial. Disminución del tamaño e impregnación de la glándula prostática.

1 MES



Im 14,15. TC C* axial. Reducción de volumen de adenopatías hiliares y mediastínicas (Flechas)

La Tomografía computada contrastada (TC C*) puede ser una herramienta útil para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con ER-IgG4, al igual que el PET-CT, sin embargo, con menor sensibilidad.

TC C* IgG4 vs Cáncer prostático

La TC posee escasa relevancia en la detección de una neoplasia prostática y sus hallazgos son más bien inespecíficos, a menos que se trate de un tumor extenso con infiltración de órganos vecinos. Su mayor rol se encuentra en la evaluación del compromiso nodal en la estadificación de un cáncer de alto riesgo.

CASO CLINICO – PARTE 4, final.

Resolución clínica e imagenológica. Paciente se mantiene en controles ambulatorios.

CONCLUSIONES

El conocimiento de esta entidad y la colaboración interdisciplinaria es crucial en el diagnóstico correcto de esta enfermedad. La combinación de técnicas de imagen, biopsia y análisis serológicos ayuda a diferenciarla del cáncer y permite un tratamiento adecuado, con el uso de corticoides.

BIBLIOGRAFÍA