



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 482/1031 - ¿ES NECESARIO UN CRIBADO SISTÉMICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA?

F. Ruiz Sáinz<sup>1</sup>, A. Suárez Rodríguez<sup>2</sup>, M. Sáenz Aldea<sup>3</sup>, M. Domínguez Suárez<sup>4</sup> y A. Villaplana Soto<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Residente de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años fumador, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias por dolor en columna dorsal de 4 días de evolución. Asocia dolor en costado izquierdo. El dolor es constante, aumentando con los movimientos, la inspiración profunda y en decúbito supino; impidiendo el correcto descanso nocturno (EVA 8/10). No ha tomado analgesia. Niega antecedente traumático. Refiere bultoma a nivel clavicular izquierdo del mismo tiempo de evolución. No fiebre ni otra clínica asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. Constantes estables. Buen estado general. No se palpan adenopatías. ACP normal. Tórax: dolor a la palpación a nivel de línea axilar en espacios intercostales de forma bilateral. Bultoma a nivel de clavícula izquierda bien definido, no fluctuante, doloroso a la palpación. Columna: dolor a nivel de primeras apófisis espinosas dorsales. Se realiza Rx de tórax, columna dorsal y clavícula en la que no se objetivan signos de fractura. Además se solicita analítica (leucocitos 11.600 y PCR 8,6) y ecografía de partes blandas de forma preferente. En la ecografía se objetiva periostitis compatible con proceso infeccioso VS tumoral por lo que se completa estudio con RM y biopsia de lesión. En la RM se objetiva infiltración medular difusa y en la AP adenocarcinoma acinar prostático (metástasis). Analítica posterior PSA > 1.000.

**Orientación diagnóstica:** Adenocarcinoma de próstata metastásico.

**Diagnóstico diferencial:** Tumor óseo primario. Absceso. Enfermedad hematológica.

**Comentario final:** El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente en varones, aumentado la incidencia notablemente a partir de los 50 años. La elevada prevalencia de este tumor y la aprobación del uso del PSA para la detección precoz han llevado a plantear la posibilidad de un cribado sistemático. Sin embargo, los resultados del mismo han sido motivo de controversia en la comunidad médica y urológica debido al aumento del diagnóstico de tumores no significativos y la posibilidad de sobretratamientos. Por lo tanto, aunque en este caso el cribado hubiese sido beneficioso, lo recomendado es seguir una estrategia personalizada en función del riesgo.

## **Bibliografía**

1. Portela Pereira P, Ramirez Vargas RD, Fernández Calvo O. Guías clínicas: Cáncer de próstata. Fistera. Fecha de última revisión: 20/07/2018.
2. Klein EA. Prostate cancer: Risk stratification and choice of initial treatment. UpToDate. Fecha de última revisión: julio 2020.

**Palabras clave:** Dolor. Bultoma. Tumor.