



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



423/51 - MANEJO DEL PSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Hernández Iglesias¹, B. Oter López²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Parada del Molino. Zamora, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Santa Elena. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años, con antecedentes de HTA y dislipemia, acude a su MAP, para control analítico, evidenciándose elevación del PSA, (5,97). Se vuelve a repetir la analítica pasado un mes, objetivando el mismo valor. Se pide interconsulta a Urología, que solicita ecografía de próstata y biopsia (2/11/2018). Está en tratamiento con ciprofloxacino. El 3/11/18 el paciente acude a urgencias de Atención Primaria por disuria, tenesmo vesical y polaquiuria. Se le realiza un combur test: leucocitos (-), hematíes 3+. Continúa con tratamiento pautado por Urología. El 13/11/18 el paciente acude de nuevo a urgencias de Atención Primaria por mal estar general, fiebre, escalofríos y disuria. En consulta comienza con vómitos. Se realiza tira de orina: leucocitos 3+, hematíes 4+, proteínas 4+. Se remite urgencias hospitalarias para continuar estudio y realizar pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Urgencias hospitalarias: Exploración física: T^a 38,5 °C, TA: 108/70 FC: 120 Consciente y orientado en las 3 esferas. Eupneico en reposo. Normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Auscultación cardíaca: rítmico, no se auscultan soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio. No se palpan masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. Puño-percusión renal negativa. No escroto agudo. Tacto rectal: próstata grande, adenomatosa, dolorosa a la palpación. Se pauta: ceftriaxona 2 gramos IV, 1 ampolla Zofrán IV, 1 gramo paracetamol. ECG: ritmo sinusal, 100 lpm, eje izquierdo, no alteraciones de la repolarización. Analítica: leucocitos 3,30, urea 56, FG 75 (estadío 2). Orina: 3+ hematíes, leucocitos 250. Rx tórax PA y lateral: sin hallazgos patológicos. Hemocultivos: negativos. Urocultivos: se aísla Escherichia coli: > 100.000 UFC/ml.

Juicio clínico: Prostatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Prostatitis crónica bacteriana, prostatitis crónica no bacteria, prostatodinia, síndrome doloroso pelviano, neoplasia prostática, absceso prostático, infección tracto urinario.

Comentario final: El paciente ingresó en Urología, para control de la clínica y tratamiento vía intravenosa (cefalosporinas 3^a generación). Actualmente está asintomático, siguiendo controles tanto analíticamente, como de la clínica y tratamiento, por su médico de Atención de Primaria. El resultado de anatomía patológica: Adenocarcinoma de próstata Gleason 6, está en espera para ser

intervenido de prostatectomía radical. La prostatitis es la infección aguda del parénquima prostático, más habitual en el varón entre la 2ª y 4ª décadas de la vida. Clínicamente se caracteriza por la presencia de fiebre, dolor suprapúbico y/o perineal, síndrome miccional (polaquiuria, tenesmo, dolor miccional) y síndrome obstructivo inferior (dificultad de inicio, goteo posmiccional...). Los uropatógenos más habituales son E. coli, Proteus, etc. El diagnóstico se establece por la exploración física (tacto rectal), sedimento urinario, analítica con PSA, urocultivo y hemocultivos. Tratamiento: primera opción, fluoroquinolonas, dada su buena difusión en el tejido prostático, segunda opción cotrimoxazol, 4-6 semanas y realizar cultivos de control a las 2 y 4 semanas, y a los 6 meses tras finalizar el tratamiento.

Bibliografía

Yuste JR, Carmona-Torre F. Infecciones del tracto urinario. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada. 2018;12(51):3020-30.

León Torres K. Prostatitis. Revista Médica Sinergia. 2018;2(1):26-31.