



160/691 - SEGUIMIENTO de un dolor lumbar recidivante

M. Quesada Caballero^a, A. Carmona García^b y M.I. Arias de Saavedra Criado^c

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Dr. López Barneo. Zona Sur. Jaén. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 89 años de edad acude por lumbalgia de características mecánicas. Tras examen médico completo se realiza analítica que orienta la sospecha de adenocarcinoma prostático con PSA > 1.000 ng/ml tras tacto rectal anómalo. Debido a su edad y a las imágenes encontradas se decide de manera conjunta con el paciente y la familia; realizar un seguimiento cercano, obviando la realización de biopsia diagnóstica. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por nuestra parte; con ayuda de la unidad de paliativos.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física paciente consciente, estable y colaborador. Apirético con saturación de O₂ a 93% y 70 lpm. Estado general conservado. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, sin apreciar soplos. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular leve. Abdomen: blando y Depresible, no doloroso, no signos de peritonismo. No se aprecian masas ni megalias. Ruidos intestinales presentes. Extremidades: pulsos periféricos conservados, no signos de trombosis venosa profunda ni edemas, así como buen relleno capilar. Exploración neurológica: paciente Glasgow 15/15, sin focalidad neurológica, pares craneales conservados, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, fuerza y sensibilidad conservada. Analítica (28/3/2014). Hemograma: tanto serie roja como serie blanca con cifras en rango. Bioquímica: cifras en rango. PSA > 1.000. Sistemático y bioquímica orina: cifras en rango. Radiografía tórax: aumento de densidad ósea a nivel del esqueleto. Elongación aórtica. Radiografía columna dorsolumbar. Calcificación aorta abdominal. Aumento de densidad ósea a nivel de columna dorsolumbar. Artrosis dorsolumbar. Radiografía de pelvis: calcificaciones vasculares. Aumento de densidad ósea a nivel de ambas caderas. Radiología compatible con metástasis osteoblásticas óseas en posible cáncer de próstata.

Juicio clínico: Adenocarcinoma prostático con metástasis óseas (C61CIE-10; 185CIE-9; D011471MeSH). Cuidados paliativos (CIE9: V66.7; CIE-10:Z5.5; D010166MeSH).

Diagnóstico diferencial: Metástasis que tienen mayor tendencia a producir imágenes osteocondensantes son: tumor carcinoide bronquial, carcinoma vesical con afectación prostática, carcinoma nasofaríngeo, carcinoma estómago, carcinoma mama radiado, neuroblastoma y meduloblastoma. También el linfoma, el cordoma y el mieloma de células plasmáticas. No tumorales encontramos la osteomielitis, mastocitosis, esclerosis tuberosa, mielofibrosis, enfermedad de Paget, osteodistrofia renal, fracturas por compresión y sarcoidosis.

Comentario final: El adenocarcinoma de próstata es el tumor maligno más frecuente del tracto genitourinario masculino. El antígeno prostático específico (PSA) está ligado al tejido prostático al ser secretado por este. Al encontrarnos cifras superiores a 10 ng/ml aumentamos entre un 45-60% las posibilidades de padecer un cáncer de próstata. Aun así existe un entre un 10-20% de casos de cáncer donde no se aprecia elevación de PSA. Aunque el tacto rectal y la determinación de PSA son el método más efectivo para la detección precoz; solo la biopsia positiva confirma la existencia del mismo. El abordaje integrado conjunto a la unidad de paliativos surge ante la necesidad de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia ante un estado de salud delicado en un paciente. Actualmente se encuentra estable con analgésicos y morfínicos (1^{er}, 2^o y 3^{er} escalón-terapéutico) con una aceptable calidad de vida ayudado en todo momento por su familia. Evitar el sufrimiento excesivo y el encarnizamiento terapéutico, así como el respeto hacia la autonomía y seguridad del paciente son pilares del ejercicio médico contemporáneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mottet N, et al. Guía de la EAU sobre el cáncer de próstata Parte II. *Actas Urol Esp.* 2011;35(10):565-79.
2. Singh JA, Sloan JA, Atherton PJ, Smith T, Hack TF, Huschka MM, et al. Preferred roles in treatment decision making among patients with cancer: a pooled analysis of studies using the Control Preferences Scale. *Am J Manag Care.* 2010;16(9):688-96.
3. Kelley AS, Wenger NS, Sarkisian CA. Opinions: end-of-life care preferences and planning of older Latinos. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(6):1109-16.
4. Cabrera León A, et al. Cuidados paliativos en Andalucía. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Sevilla, 2010.