



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1028 - NO TODO ES EL PSA

V. Lao Cañadas^a, M. Álvarez Martín^b, A. Moyano Aguera^c, F. Jiménez Ros^c, J. Guerras Conesa^d y J. Cabrerizo González^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.

^bMédico Residente de 2º año de Endocrinología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 83 años con antecedentes de HTA, FA anticoagulada y síndrome prostático valorado por su MAP con analítica con resultado de PSA de 3 por lo que lo cataloga de HBP. Acude a urgencias por empeoramiento de su situación basal. Los familiares refieren un cuadro de 3 meses de evolución consistente en debilidad, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada. Además refieren hematuria, disuria, y polaquiuria no acompañada de fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 180/77. AC: tonos rítmicos con soplo sistólico en foco mitral. AP: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP. Tacto rectal: doloroso. Se palpa próstata de tamaño aumentado y consistencia pétreo. Analítica: PCR 8,1, leucos 19.780 (RAN 14.790, linfocitos 2.020, monocitos 2.370). Rx tórax: imágenes nodulares hiliares bilaterales. Patrón nodular en ambos campos pulmonares de predominio en base izquierda. Rx abdomen: sin hallazgos significativos, no dilatación de asas, ni edema de pared. PET-TAC que muestra múltiples depósitos patológicos del trazador en infiltración de carácter heterogéneo en prácticamente todo el esqueleto incluido en el estudio e incremento metabólico heterogéneo en ambos lóbulos prostáticos. Biopsia prostática: carcinoma indiferenciado de origen urotelial.

Juicio clínico: Carcinoma urotelial primario prostático.

Diagnóstico diferencial: Infección del tracto urinario. Cáncer de vejiga. Litiasis vesical. HBP. Prostatitis. Cáncer de próstata. Estenosis de uretra.

Comentario final: El carcinoma de células transicionales puro de próstata es una neoplasia infrecuente que supone alrededor de 1-2% de todos los tumores primarios de próstata. En la mayoría de los casos se inicia con sintomatología de ITU, apareciendo hematuria en el 40% de los pacientes. En este tipo de tumores la determinación del PSA está dentro de los rangos de la normalidad por lo que ante un paciente con clínica prostática es fundamental realizar el tacto rectal y solicitar biopsia para confirmar el diagnóstico y no dejarnos guiar solo por los valores analíticos del PSA.

Bibliografía

1. Farreras-Rozman Medicina interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. ResiUrgencias. Madrid. Ediciones Semergen, 2016.

Palabras clave: Cáncer de próstata. Tacto rectal. PSA. HBP.