



<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 sobreñadidos. Auscultación cardíaca: rítmico, no se auscultan soplos. Abdomen: ruidos hidroáreos presentes. Blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio. No se palpan masas ni megalías. 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 (estadio 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 bacteriana, 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 2^a y 4^a 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 posmictorial...). 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.