



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

199/24 - SÍNTOMAS MICCIONALES EN VARÓN DE 65 AÑOS

M. Infante Ruiz^a, J. Fernández Escribano^b y A. Morales^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villa del Río. Córdoba. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuensanta. Córdoba. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 65 años que consulta por polaquiuria y urgencia miccional de unos meses de evolución sin otra clínica acompañante. No antecedentes familiares de interés. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, hipercolesterolemia y es fumador de dos cigarrillos al día. Se aporta al paciente en la consulta la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS) presentando una puntuación de 6 (nicturia 1/5, urgencia miccional 2/5, sensación de evacuación incompleta 3/5).

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física presenta un aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador, eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria, exploración abdominal y de miembros inferiores sin hallazgos patológicos. Tacto rectal: doloroso a la palpación prostática. Analítica sanguínea: hemograma normal. Bioquímica: normal (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total, HDL, LDL, GGT, FA, ALT, AST). Sistemático de orina: negativo. Antígeno prostático específico (PSA) 6,6 (PSA libre 35%). Dada la sintomatología y resultados de pruebas complementarias se decide derivación a Urología para estudio. En consulta de Urología se realiza tacto rectal que lo describen como palpación de próstata adenomatosa y aplanada sin nódulos, de superficie lisa. Se solicita biopsia transuretral guiada por ecografía cuyo resultado anatomo-patológico se informa como adenocarcinoma prostático mínimo de 0,8 mm sugestivo de grado 7 de Gleason, sin observarse infiltración perineural ni invasión linfovascular. Se informa al paciente del resultado y se proporcionan dos posibles opciones terapéuticas: radioterapia o cirugía radical. Tras valoración de ventajas e inconvenientes decide finalmente someterse a intervención quirúrgica. Después de la misma, el paciente se encuentra asintomático y con PSA de 0,04 en primer control posquirúrgico.

Juicio clínico: Adenocarcinoma prostático.

Diagnóstico diferencial: Hipertrofia benigna de próstata. Prostatitis.

Comentario final: El cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentemente diagnosticados en varones en los países occidentales. Este hecho está íntimamente relacionado con la generalización del uso del antígeno prostático específico y el aumento de la esperanza de vida. La solicitud del PSA, al que se puede acceder desde la consulta de atención primaria, junto con una anamnesis y tacto rectal nos van a orientar los casos sospechosos y por tanto subsidiarios de ser estudiados en la consulta de Urología, por lo que el papel del Médico de Atención Primaria es primordial ya que supone el primer escalón en el diagnóstico de dicha patología. Por otro lado, recientes estudios como el europeo ERSPC y el estudio norteamericano PLCO, han puesto de manifiesto que el cribado de cáncer de próstata detecta más casos y lo hace en estadios y edades

más precoces, pero no supone un impacto sobre la mortalidad y además se asocia a daños colaterales relacionados con las pruebas complementarias y terapéuticas. Por ello es fundamental individualizar cada caso, solicitar el PSA en aquellos pacientes en los que esté indicado y finalmente antes de iniciar el estudio informar al paciente sobre los beneficios y posibles efectos secundarios que conlleva el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marzo Castillejo M, Nuin Villanueva M.A., Vela Vallespín C. Recomendaciones en contra del cribado de cáncer de próstata con antígeno prostático específico. Rev. Atención Primaria. 2012;44:377-8.