Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):54

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 212/2683 - Un PSA elevado

*R. Gambín Follana[a], I. Marín Cabrera[b], J.F. Serna Gea[a] y C. Guillén Montiel[b]*

*[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de La Riva. Orihuela.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 69 años que consulta por trastornos urinarios con dificultad de inicio de la micción, residuo posmiccional, polaquiuria con nicturia, disuria y tenesmo. Antecedentes personales: no RAM. Fumador 60 años/paquete. No HTA. No DM. No DLP. Queratosis actínica en seguimiento por Dermatología. No intervenciones quirúrgicas. Jubilado. Antecedentes familiares: no antecedentes cardiovasculares, ni tumorales. Tratamiento habitual: ac. salicílico + fluorouracilo 100 µg solución cutánea. Situación basal: IABVD. En consulta pasamos cuestionario IPSS con resultado de 32 puntos. Realizamos tacto rectal palpando próstata II delimitada con aumento de consistencia en lóbulo izquierdo y solicitamos AS, obteniendo un PSA: 21,60 UG/DL PSA Libre: 1,93 UG/DL, Ratio: 0,09 g/dl, por lo que derivamos al servicio de urología.

**Exploración y pruebas complementarias:** En urología realizan ecografía urológica en la que hallan volumen prostático de 57 ml. Ante la sospecha de prostatitis crónica se pauta terapia antibiótica y tamsolusina. A las 6 semanas se vuelve a citar al paciente para una nueva valoración, refiere mejoría clínica pero persiste PSA elevado, por lo que se cita para realización de biopsia prostática transrectal, con el resultado en la anatomía patológica de adenocarcinoma de próstata en lóbulo derecho con Gleason 6 (3+3) sin invasión perineural. Dada la edad del paciente y el resultado de AP se decide administrar radioterapia junto tratamiento hormonal con leuprorelina 45 mg im semestral y bicalutamida 50 comprimidos.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de próstata.

**Diagnóstico diferencial:** Prostatitis aguda. Prostatitis crónica. Hiperplasia prostática benigna.

**Comentario final:** La aplicabilidad de este caso es para demostrar que el PSA es específico de próstata pero no de cáncer, sus niveles se pueden ver afectados en multitud de ocasiones y puede disminuir con el tratamiento antibiótico, el cual tendemos a administrar cuando vemos niveles elevados y pudiera tratarse de un prostatismo, enmascarando un adenocarcinoma subyacente. Por lo que el uso de terapia antimicrobiana es controvertido y está indicado repetir el PSA a las 6-8 semanas y realizar biopsia prostática si los niveles permanecen altos.

**Bibliografía**

1. Fábregas Escurrola M, Guix Font L. Antígeno porstático específico elevado: AMF.

2009;5:106-10.
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica de Cáncer de Próstata en Personas de 15 años y más, 2006.
3. Serie de Guías Clínicas MINSAL n º34.

***Palabras clave:*** *PSA. Cáncer próstata. Escala Gleason.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.