

347/994 - CARCINOMA PROSTÁTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. García Hunter^a, M. Ortiz Aneiros^b, M. Torrecilla García^c y A. Martínez Marín^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 92 años, con antecedentes de hipertensión arterial, trombosis venosa profunda en tratamiento anticoagulante y carcinoma prostático en 2009 tratado con hormonoterapia, que acude por dolor abdominal difuso con sensación nauseosa y anorexia. Presentaba aumento de signos obstructivos prostáticos y lo habíamos derivado recientemente a Urología por aumento de antígeno prostático específico (PSA) en analítica anual.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración el paciente presentaba adecuada coloración cutáneo-mucosa. El abdomen era globuloso con dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. Presentaba hepatomegalia y en el tacto rectal se palpaba consistencia pétrea de la próstata. Se realiza analítica destacando aumento discreto de las enzimas hepáticas así como los marcadores de inflamación. El PSA era 10,3 (Había aumentado 3 puntos respecto a análisis previo) con PSA libre bajo. Realizamos ecografía en el centro de salud observando múltiples imágenes hipoeucogénicas de contorno irregular en hígado, la mayor de 6 cm, así como imágenes hipoeucogénicas, que no captan ecodoppler, en la zona aortomesentérica que se interpretan como adenopatías retroperitoneales. La próstata estaba aumentada con un tamaño de 69 ml. Se consensua con la familia tratamiento paliativo y se inicia tratamiento analgésico. Un mes más tarde el paciente acude por clínica de vómitos persistentes, imposibilidad para la ingesta y marcada ictericia. Realizamos nueva ecografía persistiendo las lesiones hepáticas y retroperitoneales, apreciándose importante distensión gástrica con contenido en su interior y dilatación de la vía biliar intrahepática. Se deriva al paciente para ingreso hospitalario y tratamiento paliativo.

Orientación diagnóstica: Obstrucción gastroduodenal secundaria a carcinoma prostático metastásico.

Diagnóstico diferencial: Proceso neoplásico expansivo, pancreatitis, colecistitis.

Comentario final: El control de la patología prostática se fundamenta en: PSA, tacto rectal, ecografía y clínica (cuestionario IPSS). Nuestro paciente presentaba alteración de todos los parámetros y en efecto tenía una fase ya terminal de su carcinoma prostático. Sin embargo controlando esos cuatro pilares podemos evitar diseminación de carcinoma prostático en pacientes jóvenes.

Bibliografía

1. Brenes FJ, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para Atención Primaria, 3^a ed. Madrid: Undergraf, S.L.; 2015.

2. Heidenreich A, et al. Guidelines for Prostate Cancer. European Association of Urology, 2012.

Palabras clave: Carcinoma prostático. PSA. Ecografía prostática.