

347/3607 - MANEJO DEL PROSTATISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Varona Castrillo^a, R. Lope^b, B. Lluna Peralta^b y D. Aguilar Pérez^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Agustín. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años. Antecedentes personales de hipercolesterolemia, no fumador. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por disuria sin hematuria ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física normal. Pruebas complementarias: Tira de orina: hematuria. Ecografía urológica y analítica (PSA, hemograma, bioquímica, sistemático de orina). Se reservó realizar tacto rectal para el día de recogida de resultados evitando alterar el PSA en sangre. Cuestionario IPSS: 4 (leve). Tratamiento con Permixon 160 mg cada 12 horas hasta resultados. Analítica: PSA 4,8 ng/ml sin alteraciones de función renal ni datos de infección. PSA libre: 0,5 ng/ml. Cociente PSA libre/PSA total: 11% (posible proceso neoplásico). Tacto rectal: próstata plana, volumen I no sospecha patológica. Ecografía: riñones y vejiga normales. Próstata 3 × 3 × 4 cm: volumen 19 ml, residuo posmictacional poco significativo. Se realizó interconsulta a urología que tras biopsia confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma prostático.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma de próstata.

Diagnóstico diferencial: Debemos descartar por la clínica referida: prostatitis, hipertrofia benigna de próstata, tumores vesicales que compriman la próstata.

Comentario final: Determinar PSA en varones con STUI tiene gran utilidad en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, no están claros los beneficios del cribado poblacional en pacientes asintomáticos. De manera aislada el PSA carece de sensibilidad y susceptibilidad suficientes: es un marcador específico de tejido prostático, no de cáncer. Conviene repasar los criterios para determinar este parámetro en AP. Según las guías de SEMFYC, SEMERGEN y SEMG junto con la AEU, se deben comenzar determinaciones a los 40 años si antecedentes familiares. A los 50 años si clínica urológica asociada, suspendiéndose a partir de los 70-80 años salvo clínica sugerente de patología complicada. La determinación del PSA no es una prueba de cribado del cáncer de próstata en población asintomática de riesgo medio. Las cifras de PSA consideradas normales varían con la edad.

Bibliografía

1. Castiñeiras J, Cozar JM, Fernández-Pro A, et al. (SEMAP, SEMG, SEMFYC, AEU). Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para AP. Actas Urol Esp. 2010;34(1):24-34.
2. U.S. Preventive Services Task Force. Final recommendation statement: prostate cancer: screening, May 2012.

Palabras clave: Prostatismo. PSA. Adenocarcinoma de próstata.