

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

424/833 - IR AL MÉDICO POR DOLOR LUMBAR Y ACABAR DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

C. Palacios García¹, V. Llorca Asenjo² y N. Rodríguez Vargas¹

¹Médico de Familia. CAP Piera. Barcelona. ²Enfermera. CAP Piera. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años, con AP de colitis ulcerosa, DLP, exfumador, un cólico renal en 2016, que presentó un episodio de dolor lumbar súbito intenso de segundos de duración con cortejo vegetativo que se autolimitó espontáneamente. Al día siguiente acudió a su MAP para explicárselo. En la anamnesis le comentó que en los últimos meses tenía disminución de la fuerza del chorro de la orina y leve tenesmo vesical. Hacia 5 años que no acudía a realizarse los controles de rutina.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TA: 131/73 mmHg. FC: 79 lpm. Afebril. AC: tonos rítmicos sin soplos. No edemas EEII. No ingurgitación yugular, ni reflejo hepato-yugular. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas ni megalías, peristaltismo conservado, no signos de irritación peritoneal. Puñopercusión lumbar bilateral negativa. Espalda: buena movilidad columna lumbar. No dolor a la palpación. Maniobras radiculares negativas. No lesiones cutáneas. Analítica general: todos los parámetros dentro de la normalidad excepto PSA 21. RMN prostática: lesión de alto grado de sospecha en zonas periféricas de ambos lóbulos a predominio derecho, posiblemente en la zona de transición derecha y ambas bases de las vesículas seminales. Evolución: se derivó al paciente a urología de forma urgente. Tras realizar todas las exploraciones complementarias necesarias y ser estudiado el caso por el comité de tumores, se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó prostatectomía radical + linfadenectomía ilio-obturatrix bilateral + resección cara anterior del recto por infiltración con buen postoperatorio siendo dado de alta a los 8 días de la intervención. Actualmente continúa en seguimiento por oncología, pendiente de iniciar radioterapia postquirúrgica.

Orientación diagnóstica: Neoplasia maligna de próstata T3b N1 M0.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal. Lumbalgia. ITU.

Comentario final: La importancia de realizar una adecuada historia clínica y analíticas de control crónico periódicas, así como la importancia del PSA en aquellos pacientes con síntomas genitourinarios que nos puedan sugerir patología prostática.

Bibliografía

1. Prostate cancer screening using prostate-specific antigen: The views of general and laboratory physicians.
2. Evidencia en medicina de familia: Cribado del cáncer de próstata.

Palabras clave: Dolor lumbar. Neoplasia de próstata. Prostatectomía.