



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1093 - ADENOCARCINOMA PROSTÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Frontela Asensio<sup>1</sup>, E. Galindo Cantalejo<sup>2</sup>, A. Lozano Martínez<sup>3</sup> y A. Fernández Herrero<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid. <sup>2</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tórtola. Valladolid. <sup>4</sup>Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Cigales. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus, acude a consulta por dolor costal izquierdo persistente de un mes de evolución, tras mínimo traumatismo accidental. Fue valorado en nuestra consulta tras el incidente refiriendo dolor localizado a punta en 5<sup>o</sup> arco costal, motivo por el que se inició tratamiento con analgesia habitual. Acude expresando persistencia del dolor, y refiere además dolor lumbar no traumático durante los últimos días. Reconoce hiporexia y pérdida reciente de 3 kg de peso.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración destaca apofisalgia en últimas vértebras lumbares con dolor exacerbado a la flexo-extensión de columna y disminución de fuerza en extremidades inferiores sin claro nivel sensitivo. Se realiza tacto rectal objetivando lóbulos prostáticos indurados de tamaño aumentado. Se solicita analítica que muestra Hb 9,8 g/dl; fosfatasa alcalina 1.068 U/I; vitamina B12 1,116 pg/ml; ferritina 15,788 ng/ml, LDH 476 U/l, PSA 238 ng/ml. Se realiza radiografía lumbar visualizando alteración pedicular y aplastamiento de L4 no existente en previamente. Ante exploración y elevación de reactantes bioquímicos sugerentes de patología tumoral se deriva a Unidad de Diagnóstico Rápido de Medicina Interna.

**Orientación diagnóstica:** Se realiza estudio de extensión mediante body-TAC informando de múltiples áreas blásticas en esqueleto axial que se confirman en gammagrafía ósea, con diagnóstico de enfermedad metastásica ósea. Se finaliza estudio mediante biopsia transrectal con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma prostático (Gleason 7) con focos de carcinoma neuroendocrino.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial incluye el despistaje de las neoplasias más frecuentes, ya que las metástasis óseas representan el resultado concomitante de un amplio abanico de procesos tumorales avanzados, especialmente el mieloma múltiple, el cáncer de próstata, el mamario o el pulmonar.

**Comentario final:** El adenocarcinoma prostático es el cáncer más frecuente en la población masculina en países desarrollados. Típicamente los síntomas aparecen cuando el crecimiento provoca hematuria u obstrucción. En devastadoras ocasiones el debut lo marcan fracturas patológicas secundarias a patología metastásica. El diagnóstico requiere de tacto rectal o determinación del antígeno prostático específico, confirmándose con biopsia transrectal.

### Bibliografía

1. Súchil L. Epidemiología del cáncer de próstata. Rev Oncología. 2001;3:11-21.

2. Albert V, Maestro E. Cáncer de próstata. SEMERGEN. 2002;28(6):315-23.

**Palabras clave:** Adenocarcinoma prostático. Metástasis.