

CASO CLÍNICO

Importancia del tacto rectal en el diagnóstico del cáncer de próstata en Atención Primaria

David García Gutiérrez¹. Alejandro Vicente Candaliga². Lorena Fernández Montarroso³.

1. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, C.S. El Puerto. Coslada. Madrid.
2. MIR 4º. Especialidad en Medicina de Familia y Comunitaria, C.S. El Puerto. Coslada. Madrid.
3. Facultativo Especialista en Urología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

David García Gutiérrez.
E-mail: dgarcia@salud.madrid.org

Recibido el 12/02/2016
Aceptado el 17/05/2016
Publicado el 24/05/2016

Citar como: García Gutierrez D., Vicente Candaliga A. y Fernández Montarroso L.
Importancia del tacto rectal en el diagnóstico del cáncer de próstata en Atención Primaria. fml. 2016; 20(17):4p

Resumen:

Se presenta el caso clínico de un varón de 64 años que consulta por primera vez en Atención Primaria para “chequeo prostático” solicitando realización de PSA en analítica de sangre. Se le realiza una anamnesis y exploración física básica con resultado de tacto rectal patológico, motivo principal por el que es derivado a Urología.

Introducción:

Debido a la acumulación cada vez más importante de conocimientos médicos y al desarrollo de nuevos avances tecnológicos de incuestionable eficacia diagnóstica y terapéutica en el campo de la salud, la asistencia médica ha cambiado profundamente en los últimos años. Tanto es así que, en muchas ocasiones, las herramientas básicas de diagnóstico clínico, anamnesis y exploración física, han quedado subordinadas dando paso a la excesiva tecnificación diagnóstica.

En Atención Primaria, sin embargo, a pesar de la irrupción de la ecografía como una herramienta de ayuda para el diagnóstico y la toma de decisiones en patología urológica, sigue siendo fundamental el correcto abordaje de nuestros pacientes con una exhaustiva y correcta anamnesis de los síntomas miccionales y del tacto rectal pese a la subjetividad a priori del mismo.

Caso clínico:

Se trata de un varón de 64 años que acude a consulta solicitando que se le realice un “chequeo prostático” con la realización del PSA en analítica de sangre. Se explica al paciente que el PSA no tiene valor diagnóstico como prueba aislada¹ y que para hacer una correcta evaluación de su motivo de consulta es necesario además hacer una valoración de los síntomas miccionales mediante escala IPSS y la realización de un tacto rectal. El paciente da su consentimiento. Se entrega cuestionario para que lo cumplimente en domicilio, se solicita analítica y se programa nueva cita con resultados en una semana.

-Escala IPSS: 3 QoL 0

-Analítica: PSA 4.65 ng/ml psa libre 1.06 y Cociente PSA 0.23; resto de bioquímica normal; sedimento urinario: sin alteraciones.

-Tacto rectal: próstata con aumento de consistencia sospechosa en lóbulo derecho, superficie lisa, tamaño mediano, no dolorosa.

Se explican al paciente los hallazgos de la exploración física y se deriva a Urología como **SOSPECHA DE MALIGNIDAD por TACTO RECTAL PATOLÓGICO.**

En Urología:

-Tacto rectal: próstata dura, muy sospechosa, sobretudo el lado derecho que está fijo. Alta sospecha de T3.

-Eco renal vesicoprostática: a descartar esteatosis y/o hepatopatía difusa. Pequeños quistes corticales subcentimétricos bilaterales. Imagen sugestiva de doble sistema pielocalicial renal derecho. Vejiga de esfuerzo.

-Eco transrectal: próstata de 42cc, heterogénea a expensas de focos hiperecoicos, cápsula íntegra, vesículas seminales normales.

-Biopsia prostática: adenocarcinoma de próstata puntuación 7 de Gleason (3+4) con afectación de ambos lóbulos. Se reconoce infiltración perineural en lóbulo derecho.

Se le explican las alternativas terapéuticas: cirugía y radioterapia, pero el paciente inicialmente prefiere solo radioterapia por lo que se inició Bloqueo Hormonal adyuvante.

Se solicitan TAC y gammagrafía previa a radioterapia.

-TAC abdominal: cambios postquirúrgicos en hiato toracoabdominal. Lesión inespecífica en cuerpo vertebral L1 a valorar con gammagrafía.

-Gammagrafía ósea: ausencia de actividad patológica. Sin evidencia de metástasis.

Posteriormente el paciente cambió de opinión y eligió tratamiento quirúrgico por lo que finalmente se realizó prostatectomía radical.



-Anatomía patológica: adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4+3) de 22cc, que afecta a ambos lóbulos. Grasa peri prostática libre. Bordes quirúrgicos y borde de resección del ápex, haces vasculares y vesículas seminales respetadas. pT2c

-PSA postoperatorio 0.02

Discusión:

El cáncer de próstata es la neoplasia no cutánea más frecuente en el varón y la segunda causa de muerte relacionada con cáncer en los hombres del mundo occidental.² Aproximadamente el 12% de los casos de cáncer de nuevo diagnóstico en Europa son cánceres de próstata, y en España, uno de los tumores más prevalentes, diagnosticándose casi 19.000 casos nuevos al año y más de 80 casos por 100.000 habitantes/año. El 71% de los pacientes tienen más de 65 años. Alrededor de un 4% de los pacientes se diagnostican con enfermedad diseminada y un 90% con enfermedad clínicamente localizada, siendo un 37% neoplasia de grado bajo de riesgo, el 23% de riesgo intermedio y el 28% de alto riesgo.³ Las muertes por cáncer de próstata se producen en varones menores de 55 años en un 2%, en el 28% de los casos en varones con edades comprendidas entre 55 y 74 años, y el 70% en varones mayores de 75 años. Es por ello que es importante diagnosticarlos precozmente.⁴

Este caso clínico pretende ser ilustrativo de los siguientes aspectos:

1.- La importancia de la anamnesis y la exploración física⁵ en un paciente que solicita una valoración prostática y que en muchas ocasiones la única información que conoce es la que han recibido de forma sesgada de los medios de comunicación sobre la relación entre PSA y el cáncer de próstata.

2.- Aunque algunos centros de salud pueden estar dotados de ecógrafos como un instrumento de ayuda diagnóstica, la ecografía vesicoprostatica no sirve para el diagnóstico del cáncer de

próstata. Por tanto, serán siempre los datos recogidos en la anamnesis y la exploración física las herramientas de aproximación diagnóstica más importantes en Atención Primaria.

3.- Sabemos además que la mayor parte de los cánceres de próstata son asintomáticos, con lo que el diagnóstico de enfermedad muchas veces se retrasa por esta circunstancia. Y es que la clínica miccional que relatan algunos enfermos con frecuencia es atribuible a la hiperplasia benigna de próstata que suele coexistir con el cáncer⁶.

4.- Hasta un 18% de los pacientes con cáncer de próstata se diagnostican por tacto rectal patológico independientemente del nivel de PSA.

La mayoría de los cánceres de próstata con un volumen mayor a 0.2ml pueden ser palpables, debido a su localización en la próstata periférica⁷.

5.- El antígeno prostático específico es órgano-específico, pero no cáncer específico, lo que hace de él un marcador relativamente inespecífico, ya que aumenta en casos de hiperplasia benigna prostática o prostatitis⁸.

6.- En cuanto a los niveles de PSA ajustados por edad se consideran normales en la franja de 60 a 69 años valores de hasta 4.5 ng/ml. Si bien el valor inicial de PSA de nuestro paciente era 4,65 ng/ml, la ratio era superior de 0,2 ng/ml, con lo que la biopsia prostática no estaría indicada en ausencia de un tacto rectal patológico⁹.

7.- El tacto rectal anormal se asocia con un aumento del riesgo de tener cáncer de próstata con una puntuación de Gleason más alta¹⁰. Por eso es tan importante su realización.



Bibliografía

1. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, et al. Screening for prostate cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; issue 1. Art. N° CD004720.
2. Siegel MA, MA J, Zou Z, et al. CA Cancer J Clin. 2014 Jan-Feb; 64(1): 9-29. Doi: 10.3322/caac.21208. Epub 2014 Jan 7.
3. Cózar JM, Miñana B, gómez-Veiga F, et al. Registro Nacional de Cáncer de Próstata 2010 en España. Acts Urol. Esp. 2013; 37(1): 12-19.
4. Hayes JH, Barry MJ. Screening for prostate cancer with de prostate-specific antigen test. A review of curret evidence. JAMA. 2014; 311 (11): 1143-49.
5. Loeb S, Gonzalez Cm, Roehl KA, et al. Pathological characteristics of prostate cancer detected through prostate specific antigen based screening. J Urol 2006 Mar;175(3 Pt 1):902-6.
6. Mottet N; Bellmunt J, Briers E, et al. Guidelines on prostate cancer. European Association of Urology 2015.
<http://www.uroweb.org/guidelines>
7. Richie JP, Catalona WJ, Ahmann FR, et al. Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate specific antigen and digital rectal examination. Urology 1993 Oct;42(4): 365-74. <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7692657>
8. Stamey TA, Yang N, Hay Ar, et al. Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate. N Engl J Med 1987 Oct;317(15):909-16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2442609>
9. Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG, et al. Serum prostate-specific antigen in a community-based population of healthy men. Stablishment of age-sepecific refeence ranges. JAMA 1993;270(7):860-64.
10. Okotie OT, Roehl KA, Han M, et al. Characteristics of prostate cancer detected by digital rectal examination Orly. Urology 2007 Dec;70(6):1117-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18158030>

