

CASO PRÁCTICO 1

Varón de 73 años, con antecedentes personales de obesidad, HTA, insuficiencia renal y cáncer de próstata Gleason 6(3+3) tratado con radioterapia en 2008, con buenos controles de PSA. En seguimiento en consulta tras varios cuadros de retención aguda de orina, precisando mantener sondaje permanente.

Acude a urgencias por malestar general, con sensación distérmica y tiritonas. Durante su estancia en urgencias, presenta hipotensión y analítico con elevación de reactantes de fase aguda, con deterioro de función renal.

Datos analíticos al ingreso, hemoglobina de 10,4; leucocitosis 16230 con neutrofilia. Creatinina de 3,6(previa 2,5), PCR de 105,2, procalcitonina de 2,74.

Se instaura tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactan y se repite control analítico ante estabilidad hemodinámica, presentando elevación de reactantes más intensa con leucopenia, procalcitonina de 29,1 y un mayor deterioro de función renal, presentando creatinina de 4,05.

1. En este momento, ¿cuál sería su orientación diagnóstica y cuál sería la siguiente medida diagnóstica a tomar?

2. En el supuesto de que se realizase un estudio ecográfico y el paciente presentase leve ectasia pielocalicial en riñón derecho y más marcada en el riñón izquierdo, identificándose múltiples imágenes hiperecoicas con sombra acústica posterior en ambos riñones, ¿Cuál sería su actitud?

3. Una vez estabilizado el cuadro agudo del paciente, y en el caso de que se sospeche patología litiásica, ¿qué pruebas consideraría necesarias, si no han sido identificadas imágenes de litiasis en la radiografía realizada? Si el paciente presentase en las pruebas consiguientes litiasis ureteral izquierda y vesical ambas infracentimétricas, con datos analíticos de hiperuricemia y orinas ácidas, ¿cómo lo trataría?

CASO PRÁCTICO 2

A nuestra consulta acude un paciente varón de 38 años derivado desde Atención Primaria por infertilidad de 6 meses de evolución. Como único antecedente reseñable fue intervenido de criptorquidia izquierda mediante descenso testicular y orquidopexia al año de vida. No tiene ninguna enfermedad y no sigue ningún tratamiento. No tiene hijos de anteriores parejas. Su pareja es una mujer de 36 años sin hijos previos y asegura no tener ninguna patología.

Como único estudio complementario aporta un seminograma realizado hace 2 meses con un volumen total de 1 ml, una concentración espermática de 8 mill/ml, una movilidad progresiva del 12%, una vitalidad del 30% y una morfología del 1%.

- 1. Con la información dada, ¿cómo definiría el cuadro que padece el paciente y que posible etiología es la subyacente? Justifique cada respuesta.**

- 2. Ante este paciente, ¿qué información adicional extraería durante su visita presencial en consulta?**

- 3. Tras finalizar la primera visita del paciente, ¿cuál sería su actitud a seguir? Justifique el porqué de cada prueba solicitada o de cada tratamiento iniciado.**

- 4. Los hallazgos observados mediante las pruebas complementarias no descubren ninguna etiología, orientando el caso a una infertilidad idiopática. ¿Cuál sería su recomendación terapéutica y qué posibilidades de éxito de recién nacido vivo existe?**

CASO PRÁCTICO 3

Paciente varón de 57 años hipertenso, con un índice de masa corporal de 25, que tras elevación de PSA sérico (12 ng/ml), resonancia magnética multiparamétrica con lesión PIRADS 5 de 12 mm en lóbulo periférico derecho sin evidencia de extensión extracapsular o adenopatías patológicas, y biopsia fusión transperineal, es diagnosticado de un adenocarcinoma de próstata Gleason 9 (4+5) en el 60% de la muestra, tanto de la lesión PIRADS 5 descrita en la resonancia, como de los 6 cilindros tomados de forma sistemática en lóbulo derecho. Tras descartar la presencia de metástasis en el estudio de imagen inicial, el paciente es tratado del tumor primario. En la revisión tras 8 meses del tratamiento, el PSA que inicialmente fue anulado (<0.01 ng/ml) asciende a 0,21, 0,37 ng/ml y 0,63 ng/ml respectivamente, tras tres determinaciones separadas por cuatro semanas (PSA DT 1.3 meses).

1. ¿Cómo habría tratado al paciente de su tumor primario al debut de la enfermedad según la clasificación por grupos de riesgo d'Amico y por qué?

2. ¿Qué tipo de pruebas de imagen habría solicitado al diagnóstico inicial para descartar el debut metastásico de la enfermedad y por qué?

3. ¿Qué prueba de imagen según la evidencia actual sería más sensible y solicitaría, por tanto, para evaluar la presencia de metástasis a distancia tras la recidiva bioquímica, que ha presentado el paciente a los 8 meses de tratamiento?

4. ¿Cómo definiría la recidiva bioquímica que ha presentado el paciente según "EAU BCR risk groups", teniendo en cuenta que el grado ISUP de la biopsia o bien de la pieza, si se hubiera realizado prostatectomía radical, se mantiene en 5?

5. Suponiendo que en el estudio de extensión realizado tras la recidiva bioquímica no se detectan metástasis, ¿qué actitud tomaría con el paciente?