Semergen. 2015;41 (Espec Congr):421

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/792 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

C. Rodríguez San Pío[a], S. Merino Salas[b] y M.J. Sanabria Medina[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Roquetas Norte. Roquetas de Mar. Almería. [b]Facultativo Especialista en Urología. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 67 años que acude a la consulta de Atención Primaria por síntomas del tracto urinario inferior (STUI). Sus antecedentes personales son DM tipo 2, HTA, obesidad grado I, fumador activo de 25 cigarrillos diarios desde los 14 años. Está en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas, desde hace 5 años, con controles de hemoglobina A1c de 7% y enalapril 10 mg. Se han realizado en dos ocasiones intervención por parte de su Médico de Atención Primaria para deshabituación tabáquica, no siendo exitosa. Refiere que desde hace 6 meses, con un inicio más o menos brusco, presenta nocturia de 2-3 veces, con chorro entrecortado y sensación de micción incompleta. No tiene urgencia miccional. A veces el chorro es fino, otras veces lo considera normal. El IPSS es de 17+5. Comenta que 6 meses antes, no tenía nocturia, o solo 1 vez ocasional, el chorro era siempre fuerte, y nunca había notado previamente el chorro entrecortarse. No ha tenido hematuria, no nota escozor ni dolor miccional.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración los genitales son normales, la próstata es adenomatosa, aumentada de tamaño. Se realiza analítica con creatinina (1,01 mg/dl), PSA (1,5 ng/ml) y sistemático urinario (que resulta negativo). Ante la no concordancia completamente con la clínica, por el hecho del inicio brusco de la sintomatología, sin claro desencadenante infeccioso, se realiza ecografía, apreciando próstata aumentada de tamaño (63,4 cc), y varias lesiones de aspecto papilar en suelo vesical, uno de ellos cerca de la desembocadura de la vejiga. Los riñones son normales. Se decide derivación preferente a consulta de urología donde el paciente, tras la confirmación diagnóstica, está pendiente de cirugía.

Juicio clínico: Se confirma el diagnóstico de tumor vesical.

Diagnóstico diferencial: Los STUI en el varón tienen origen en múltiples causas, entre ellas destacar obstrucción prostática benigna, hiperactividad del detrusor, poliuria nocturna, detrusor hipoactivo, vejiga neurógena, infección del tracto urinario inferior, cuerpos extraños, prostatitis, estenosis de uretra, tumores vesicales, litiasis ureteral distal y otras.

Comentario final: La ecografía es fundamental para el diagnóstico de múltiples patologías. Sin embargo, según la guía andaluza de práctica clínica, con un grado de recomendación B (GRB), se indica en caso de dolor abdominopélvico, hematuria, infecciones urinarias de repetición, creatinina elevada o retención urinaria crónica y según la guía europea, también con un GRB, en caso de

residuo postmiccional, hematuria o historia de urolitiasis. No obstante, los autores consideran que en caso de discrepancia clínica, aunque no esté indicada, la ecografía, como técnica incruenta, puede aportar mucha información con ausencia de efectos adversos.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.