Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2859

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4097 - UN GLOBO "ECTÓPICO"

J. de Fez Herraiz[a], R. Sánchez Ibáñez[b], A. Arcega Baraza[c], M. Muñoz Martín[d], J. Cabañas Morafraile[e] y P. Ciardo[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Camarena. Toledo. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bargas. Toledo. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. [d]Médico de Familia. Centro de Salud de Olías del Rey. Toledo. [e]Médico de Familia. Centro de Salud de Burguillos. Toledo. [f]Médico de Familia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 90 años con antecedentes de hipertensión, adenoma suprarrenal, y síndrome prostático, acude a urgencias por presentar en los últimos 3 días, odinofagia, tos poco productiva, disnea leve y febrícula. Así mismo comenta molestia abdominal inespecífica sin cortejo vegetativo asociado. Es parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, deambula con ayuda y no presenta deterioro cognitivo.

Exploración y pruebas complementarias: Se encuentra estable hemodinámicamente, con saturación de oxígeno del 92% en aire ambiente y leve aumento de la temperatura corporal. En la auscultación pulmonar, se aprecia una disminución del murmullo vesicular con roncus dispersos de predominio derecho, mientras que a nivel de hipocondrio izquierdo, se observa y se palpa una masa de consistencia elástica, dolorosa y bien delimitada. No presenta signos de irritación peritoneal. En los miembros inferiores se objetiva leve edemas distales con fóvea. Ante la sospecha diagnóstica de infección respiratoria, administramos broncodilatadores, pautamos antibióticos de amplio espectro y solicitamos pruebas complementarias (analítica y radiografía de tórax) de forma preferente. Pero, debido a que disponemos de un ecógrafo en nuestra consulta, decidimos realizar una ecografía abdominal para filiar la masa anteriormente descrita. Siguiendo la sistemática básica de la exploración abdominal, observamos una hidronefrosis bilaterales de predominio izquierdo además de una dilatación pielocalicial (grado II/IV) del riñón izquierdo que alcanza los 10cm de diámetro. La vejiga muestra un marcado engrosamiento de toda su pared compatible con vejiga de Lucha. Se reinterroga el paciente que refiere una importante disminución de la diuresis, siendo nula en las ultimas 24h. Se realiza entonces sondaje vesical obteniendo 1.500 cc de orina de aspecto claro y posterior disminución de la masa abdominal.

Juicio clínico: Retención urinaria en la pelvis renal.

Diagnóstico diferencial: Quiste medular gigante. Tumor renal.

Comentario final: Debido al síndrome prostático de larga evolución y a la hipertrofia de la pared vesical, se ha desarrollado una adaptación anatómico funcional de la pelvis renal izquierda que debido a su dilatación secundaria, actúa ahora de nueva vejiga.

Bibliografía

1. Zeidel ML, O'Neill WC. Clinical manifestations and diagnosis of urinary tract obstruction and hydronephrosis. Uptodate, 2017. Disponible en: http://uptodates.sescam.csinet.es/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-urinary-tract-obstruction-and-hydronephrosis?source = search_result&search = uropat%C3%ADa%20obstructiva&selectedTitle = 1~150

Palabras clave: Hidronefrosis. Masa abdominal. Vejiga de lucha.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.