



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

212/780 - Doctor, no puedo orinar DESDE ayer

A.E. Pérez Díaz^a, E.M. Fernández Cueto^b, L. Tomás Ortiz^c, M. Martínez Hernández^b, M.N. Plasencia Martínez^a, M.S. Fernández Guillén^d, S. López Zacarez^c, A.M. Fernández López^b, C. Celada Roldán^e y E.R. Schmucke Forty^f

^aMédico Residente. Centro de Salud San Antón; ^bMédico de Familia. Cartagena. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 63 años, hipertenso en tratamiento con valsartán 160 mg como único antecedente de interés, que acude a urgencias por molestias en fosa renal derecha de forma intermitente, irradiado a hipogastrio siguiendo el trayecto ureteral y acompañado de síndrome miccional desde hace una semana. Además, refiere anuria de 24 horas de evolución sin fiebre, cortejo vegetativo ni otra sintomatología acompañante. A su llegada presenta pico hipertensivo de 197/110 mmHg, por lo que se administra tratamiento y se decide sondaje vesical ante la ausencia de micción espontánea obteniendo únicamente unos 5-10 mL de orina.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA 197/110 mmHg, buen estado general, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen globuloso, sin masas ni megalías, doloroso a la palpación en hipogastrio. Sin signos de irritación peritoneal. No se palpa globo vesical. Puño-percusión renal bilateral no dolorosa. Extremidades inferiores sin edemas. Analítica: glucosa 103 mg/dl, urea 184 mg/dl, creatinina 10,6 mg/dl, sodio 125 mmol/L, potasio 5,4 mmol/L, proteína C reactiva 13,6 mg/dl, leucocitos 12.420, neutrófilos 73,6%. Orina: pH 7,5, densidad 1.020, nitrito positivo, esterasa leucocítica ++, sedimento 50-100 eritrocitos/campo, 20-50 leucocitos/campo. Radiografía simple de abdomen: no se aprecian imágenes radioopacas. Ecografía: ureterohidronefrosis grado II izquierda con litiasis obstructiva de 6 mm localizada en uréter distal. Ureterohidronefrosis grado II-III derecha con litiasis obstructiva de 7 mm en unión de uréter proximal y medio. Leve cantidad de líquido perirrenal bilateral.

Juicio clínico: Fracaso renal agudo por uropatía obstructiva litiasica bilateral.

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis aguda e hiperplasia benigna de próstata.

Comentario final: Ante un paciente con dolor lumbar, anuria y deterioro agudo de la función renal, sin globo vesical, debe sospecharse patología obstructiva supravesical. El tratamiento consiste en la derivación urinaria urgente mediante cateterismo, siendo necesaria la realización de nefrostomía percutánea en los casos con mala evolución. La litotricia extracorpórea para la expulsión de los cálculos se realiza en un segundo tiempo una vez estabilizado el paciente.

Bibliografía

1. Portis AJ, Sundaram CP. Diagnosis and initial management of kidney stones. *Am Fam Physician*. 2001;63:1329-38.
2. Sánchez-Celaya del Pozo M, Sánchez Sánchez MD, Alonso Sandoica E. Litiasis urinaria. *AMF*. 2005;1:245-56.

Palabras clave: *Uropatía obstructiva litiásica.*