

347/157 - RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PACIENTE JOVEN

B. Pérez González^a, J. Sánchez Colom^b, M. González Zambrano^b y S. Juan Ezquerro^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Margarida de Montbui. Barcelona.^b Médico de Familia. Centro de Salud Santa Margarida de Montbui. Barcelona.^cMédico de Familia. Centro de Salud Igualada Urbà. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años. Consulta a urgencias por cuadro progresivo de hipoestesia en EEII en sentido ascendente hasta cadera con hipoestesia en silla de montar. Refiere que 5 días previos inicia cuadro de faringoamigdalitis con placas purulentas y fiebre por lo que inicia tratamiento con amoxicilina/clavulánico; 3 días después presenta cuadro de RAO y parestesias en dedos pies por lo que reconsulta en urgencias donde se coloca sondaje vesical y se inicia tratamiento con tamsulosina.

Exploración y pruebas complementarias: Valoración llegada a urgencias el paciente presenta Glasgow 15, pares craneales preservados. Nivel sensitivo subumbilical en T12-L1 alteraciones de todas las sensibilidades, hiperreflexia rotuliana y aquilea simétrica, con aumento de área reflexógena y clonus agotable, RCP de retirada, no Hoffman. Se realiza analítica que muestra leucocitosis linfocítica, restos de parámetros normales. Radiografía de tórax y TC craneal sin alteraciones. Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo en cristal de roca, bioquímica normal, con 19 células de predominio linfocítico. Se inicia tratamiento con metilprednisolona 1 g, 5 días, posteriormente pauta descendente. RMN cerebral con contraste sin alteraciones y cervicodorsal que muestra alteración de señal del cordón medular que se extiende desde D1 hasta D8 con amplia afectación del área seccional del cordón, con máxima afectación a nivel de D4, sin captación de contraste, orientado como mielitis aguda. Marcadores tumorales, serología y autoinmunidad siendo todo negativo. Ingreso con buena evolución, remisión de la clínica y micción espontánea.

Orientación diagnóstica: Síndrome medular a estudio orientado como posible mielitis parainfecciosa.

Diagnóstico diferencial: Tumor o masa del cono medular o cauda equina. Síndrome Guillain-Barré. Esclerosis múltiple. Mielitis transversa.

Comentario final: Los trastornos urológicos por afectación medular pueden ser también consecuencia de cuadros infecciosos. La mielitis tras infección viral es un cuadro que condiciona cuadros de RAO, suele acompañarse de hipoestesia en dermatomas sacros. Las RAO secundarias a infecciones virales requieren un alto índice de sospecha para el rápido diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

- Rosenstein D, Mc Aninch JW. Urologic emergencies. Med Clin North Am. 2004;88(2):495-518.
- Haerer AF, ed. DeJong's the neurologic examination, 5th ed. J.B. Lippincott Company.
- Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

4. Rey Pérez A, ed. Urgencias neurológicas. Diagnóstico y tratamiento. Doyma.

Palabras clave: RAO. Mielitis.