

347/1105 - DOCTORA, MÁNDEME AL ESPECIALISTA

M. Menéndez Ortega^a, N. Castillo Biscari^b, G. Mora Navarro^c y P. Mendivil López^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alperchines. San Fernando de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años con antecedente de esquizofrenia paranoide, acude a la consulta de Atención Primaria por cólicos renoureterales de repetición (3 episodios en 2 meses) con polaquiuria y tenesmo vesical que ha respondido parcialmente a diferentes tratamientos. No hematuria ni disuria. No fiebre. No síntomas constitucionales. Acude preocupado porque recientemente su hermano de 32 años ha sido diagnosticado de cáncer vesical y demanda derivación urgente al Servicio de Urología.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen blando, depresible sin masas ni megalias. No globo vesical. No signos de irritación peritoneal. Puñopercusión negativa. No autoriza a realizar tacto rectal. En la analítica, presenta función renal normal, PSA 0,49 ng/dl y leve linfocitosis. Sistemático de orina y urocultivo normales. Se decide citar al paciente al día siguiente y programar una ecografía urológica dada la elevada ansiedad que este presenta. En la ecografía se observa vejiga bien replecionada en la que se identifica una lesión mural polipoidea excrescente en la unión pared lateral izquierda- suelo vesical de 7 × 10 mm. Ante los hallazgos ecográficos, el paciente es derivado al Servicio de Urología donde se solicita citoscopia en la que se describe uretra normal, próstata hipertrófica II/IV, vejiga capacidad normal, orificios ureterales normales y una lesión papilar en pared lateral izquierda 1,5 cm de diámetro mayor de la que se toman muestras para citología. Se decide presentar el caso en Comité de Tumores para programar RTU.

Orientación diagnóstica: Carcinoma vesical.

Diagnóstico diferencial: Litiasis vesical, coágulo vesical, hipertrrofia benigna de próstata.

Comentario final: En nuestro caso, el paciente había consultado 3 veces en poco tiempo por la misma sintomatología al servicio de Urgencias. La decisión de realizar la ecografía en Atención Primaria nos permitió, además del rápido diagnóstico de la lesión vesical, reducir el estrés y la ansiedad del paciente. Además, el haber sido valorado por su médico habitual, permitió al paciente expresar sus temores una vez explicado el diagnóstico acorde a su contexto personal, facilitando la adherencia al seguimiento y al posterior tratamiento.

Bibliografía

1. Segura-Grau A, Herzog R. Ecografía del aparato urinario. Semergen. 2016;42(6):388-94.

Palabras clave: Carcinoma vesical. Ecografía. Atención primaria.