

<http://www.elsevier.es/semegen>

424/2446 - DOCTOR, CÁMBIEME LA PASTILLA DE LA PRÓSTATA

J. Asensio Martín¹, P. Baz González¹, S. Gómez Velasco² y J. de Dios Hernández³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santomera. Murcia. ³Unidad Docente. Gerencia de Atención Primaria Salamanca. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años, cuidador últimos años de su mujer, fallecida hace 1 semana de cáncer. Diagnosticado de hipertrofia benigna de próstata (HBP) y lumbociatalgia. En tratamiento con gabapentina, AINES y tamsulosina/solifenacina. Refiere empeoramiento de síntomas urinarios últimas semanas. Según dice, no le hace efecto la combinación solifenacina/tamsulosina y presenta micción frecuente de pequeña cantidad e incontinencia. Desea cambio de tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Apreciamos TA 155/86 con frecuencia cardíaca de 65 y se encuentra afebril.

Orientación diagnóstica: Sospechando retención aguda de orina, se coloca sonda vesical obteniendo 1.300 ml de orina clara, con sondaje fácil sin complicaciones. Ese mismo día se realiza ecografía en la consulta de Atención Primaria, apreciándose hidronefrosis obstructiva bilateral por la retención urinaria, no encontrando LOES renales con paredes vesicales lisas con próstata de unos 50,5 ml. En control de la función renal, se objetiva Insuficiencia renal con urea 73, creatinina 1,94 y filtrado glomerular 32. Los días posteriores el paciente refiere micciones frecuentes y abundantes, llegando la diuresis hasta 4.000 ml al día. Se aconseja hidratación frecuente para evitar deshidratación por poliuria desobstructiva, que ocurre tras resolución de la obstrucción crónica al flujo en la Hidronefrosis. Se mantiene la sonda y se cita para revisiones ecográficas periódicas donde se aprecia la disminución de la dilatación pielocalicial y el aumento de grosor del parénquima renal hasta la normalidad tras 2 meses, mejorando la función renal hasta apreciarse creatinina 1,39 con un filtrado de 49, disminuyendo el volumen de diuresis hasta la normalidad. Posteriormente se programa adenoidectomía por Urología para mejoría de síntomas.

Diagnóstico diferencial: Las causas más frecuentes de retención aguda de orina (RAO) e hidronefrosis obstructiva son HBP, procesos expansivos y urolitiasis principalmente. Además son frecuentes problemas displásicos y congénitos, en los que no pensamos en este paciente como opciones principales.

Comentario final: La hidronefrosis obstructiva ocurre por los cambios estructurales y funcionales que se producen como resultado de la dificultad para el normal tránsito de la orina en las vías urinarias.

Bibliografía

- Caravia I, Reyes R, de la Concepción O, Alonso L. Uropatía Obstructiva. Revista Cubana de Cirugía [internet]. 1997 [consultado 29 Julio 2019];36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931997000100008

Palabras clave: Hidronefrosis. Retención. Poliuria.