



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2545 - RETENCIÓN AGUDA DE ORINA RESISTENTE A SONDAJE

M. Vega Sánchez, M. Vargas Ucles, M. Valls Gay y M. Cuevas

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Roquetes-Canyelles. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 74 años de edad con antecedentes de dislipemia, EPOC tipo bronquítico crónico, bronquiectasias, valvulopatía mitral severa, y neoplasia de colon sin evidencia de recidiva en el último control oncológico. Transaminasemia. Catarata senil. Glaucoma. Acudió a urgencias de Atención Primaria por primer episodio de retención aguda de orina hacía una semana, con nueva retención urinaria al intentar retirar la sonda. Se colocó sonda permanente. Desde entonces episodios de hematuria con coágulos y anuria de 24 horas de evolución. Fue derivado a urgencias hospitalarias para valoración urgente.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general normocoloreado, normohidratado. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en región suprapúbica, globo vesical. Analítica de urgencias: leucocitos 15.440/?L, hemoglobina 13 g/dL, plaquetas 235.000/?L, neutrófilos 12.570/?L, actividad protrombina 90,0%, INR 1,07; glucosa 95,5 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL, filtrado glomerular CKD-EPI 88,96 mL/min, urea 32,4 mg/dL, sodio 130 mmol/L, potasio 4,4 mmol/L, ALT 24,6 U/L, PCR 53,1 mg/L, procalcitonina 0,30 ng/mL. TAC abdominal: próstata aumentada de tamaño con absceso prostático bilobar. El izquierdo de 27 mm de diámetro y de 22 mm el derecho. Indicación de drenaje transrectal. Metástasis hepática y adenopatía retrocural derecha patológica. Se inició tratamiento con piperacilina/tazobactam ev. Ingresó en Urología en dieta absoluta para drenaje transrectal. Se realizó interconsulta a Oncología por recidiva tumoral de cáncer de colon.

Orientación diagnóstica: Retención aguda de orina secundaria a absceso prostático.

Diagnóstico diferencial: Causas de retención aguda de orina: Obstrucción del tracto de salida (hiperplasia prostática benigna, un cáncer de próstata o una estenosis uretral); bolos fecales; prolapsos; cirugías previas; cistocele; divertículos vesicales; infecciones; lesiones de médula espinal.

Comentario final: La dificultad de este caso radica en que el paciente no presentaba clínica infecciosa para sospechar causa infecciosa de la retención urinaria. Por otro lado, las infecciones son una causa menos frecuente de las retenciones urinarias, encontrándose dentro de las principales la HBP la hiperplasia benigna de próstata o cualquier causa obstructiva. Las múltiples consultas del paciente, el dolor y la ineficacia del sondaje son datos clínicos que deben alertar para plantear otras etiologías menos frecuentes.

Bibliografía

1. Shenot PJ. Incontinencia urinaria en adultos. Manual MSD. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-de-la-micci%C3%B3n/incontinencia-urinaria-en-adultos#v1051709_es

Palabras clave: Retención urinaria. Absceso. Próstata.