



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3253 - VARÓN CON DISURIA Y FIEBRE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. García Cánovas¹, C. del Campo Guillén², A. Moreno Latorre¹ y J. Villaescusa Ruíz¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años, no antecedentes nefrourológicos conocidos, enfermedades de transmisión sexual, ni otros antecedentes médico quirúrgicos de interés. No alergias medicamentosas. Acudió a la consulta de Atención Primaria con mal estado general, sensación distérmica con escalofríos. Refería disuria, tenesmo vesical y dificultad para la micción de 3 días de evolución, sin dolor lumbar asociado. Dada la necesidad de pruebas complementarias urgentes, se derivó al servicio de urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Tª 38,5 °C. Mal estado general. Abdomen: dolor a la palpación en hipogastrio, destacaba posible globo vesical. Puño percusión renal bilateral negativa. Exploración genital sin alteraciones. Tacto rectal doloroso con palpación de próstata aumentada de temperatura, consistencia blanda. Exploraciones complementarias: Analítica de sangre: creatinina 1,91 mg/dl, resto de bioquímica e ionograma sin alteraciones. PCR 13 mg/dl. Hemograma: leucocitosis y neutrofilia. Anormales y sedimento: 100-150 leucocitos/campo. Urocultivo: Positivo para E. coli.

Orientación diagnóstica: Prostatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Retención aguda de orina (RAO): etiología obstructiva, infecciosa, farmacológica, neurológica.

Comentario final: La infección del tracto urinario se considera complicada en varones, siendo el motivo principal la afectación de la próstata. La prostatitis aguda puede ser manejada desde atención primaria siempre que no existan criterios de urgencia o ingreso, como la RAO o la bacteriemia. Es importante el tratamiento antibiótico precoz, además de pauta larga de hasta 4-6 semanas y seguimiento posterior para prevenir la cronicidad de la misma. El paciente fue ingresado en el hospital, con sondaje vesical y tratamiento con ceftriaxona 1 g/24h intravenosa y sueroterapia. Tras estabilidad clínica y hemodinámica fue dado de alta, continuando tratamiento antibiótico 4 semanas más de forma ambulatoria, además de seguimiento estrecho posterior con urocultivos tras finalizar el tratamiento antibiótico.

Bibliografía

1. Jiménez-Cruz JF, Broseta-Rico E. Clasificación, etiología, diagnóstico y tratamiento de las prostatitis. Otros tipos de prostatitis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23 (Supl.4):47-56.
2. Naval ME, Lleal. Retención aguda de orina. *AMF*. 2016;12(3):152-6.

Palabras clave: Prostatitis. Urología. Retención aguda de orina.