

## 377/58 - DOCTOR: ¿NO ERA SOLO UNA HIPOGLUCEMIA?

S. Hernández Sánchez<sup>1</sup>, V. Berdión Marcos<sup>2</sup>, I. Cuesta Bermejo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Lumbreras. Salamanca. <sup>2</sup>Enfermera. Centro de Salud de Bejar. Salamanca. <sup>3</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años, vive sola. AP: DM2, dislipemia, insuficiencia renal, ITUs de repetición con hematuria (7 en el último año), anemia ferropénica. Tratamiento: Glimepiride 4 mg (0-1-0), Janumet 50 mg/1000 mg (1-0-1), Simvastatina 20 mg (1-0-0), Hierro Protein-succinilato 800 mg (1-0-0).

**Exploración y pruebas complementarias:** Aviso de urgencias por somnolencia, obnubilación e incontinencia del esfínter vesical relacionado con el episodio. No cortejo vegetativo, no clínica infecciosa previa. Aumento esa mañana de la dosis de Janumet 50 mg/1000 mg al establecer su MAP objetivo de suspensión de sulfonilurea. TA: 154/78 mmHg, T<sup>o</sup>: 36.2<sup>o</sup>, glucemia capilar: 56 mg/dl, FC: 110 lpm. Pérdida de peso no cuantificada en el último año. CyO, BEG, palidez de piel y mucosas, leve deshidratación de mucosas. Eupneica en reposo. AC: RCR a 110lpm, no soplos, roces ni extratonos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, poco depresible, masa en hipogastrio-FII, dura, dolorosa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. RHA conservados. Puñopercusión renal negativa. EEII: no edemas ni signos de TVP. Neurológica: Glasgow 15. PICNR, pterigón bilateral, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas. Analítica: Hb: 8.9 g/dL, Hcto: 28.9%, MVC: 76.7 fL, MCH: 23.6 pg, RDW: 14.8, IS 6%, leucos: 17.32 $\times 10^3$  NE 91%, Li 4.6%. FG 51 mL/min/1.7603m<sup>2</sup>, glucosa tras glucagón y S. glucosalino: 263 mg/dL, Ur: 43 mg/dL, creatinina: 1.08 mg/dL, Na: 134 mmol/L, Hb A1c: 6.1%. Ecografía abdominal: Hígado y bazo de tamaño y ecoestructura normal. Vesícula biliar y vía biliar sin alteraciones. Páncreas no visualizado por interposición de gas. Ambos riñones presentan signos de ureterohidronefrosis grado II-III secundarios a obstrucción a nivel distal por masa en hipogastrio que parece depender de la pared posterior y lateral izquierda de la vejiga de aproximadamente 10 x 11 cm. (imágenes 1, 2, 3,4).

**Juicio clínico:** Ureterohidronefrosis grado II-III secundaria a obstrucción distal por masa en hipogastrio, probablemente vesical.

**Diagnóstico diferencial:** Litiasis vesical, cistitis, varices de la pared vesical, divertículos y cambios post-radiación en la pared de vejiga, pueden ocasionar hematuria. Causas de obstrucción como: litiasis ureterales, problemas de vaciamiento de vejiga, masas en pelvis o retroperitoneo. También puede deberse a diuresis fisiológica muy activa, sobredistensión de la vejiga, reflujo vesicoureteral, episodios previos de obstrucción u otras. (2)

**Comentario final:** Aunque está comúnmente aceptado que mujeres > 50 años con diabetes de más de 20 años de evolución, tienen una prevalencia sobre la población general de entre 2-3 veces de presentar infecciones urinarias (E.coli en el 75% de casos), los síntomas de ITU en pacientes de edad avanzada pueden ser un

presagio de cáncer de vejiga. Además, la hematuria es un dato de enfermedad genitourinaria grave hasta que no se compruebe lo contrario. Incluso un solo episodio, debe considerarse significativo y debe efectuarse una evaluación completa. La ecografía abdominal realizada en Atención Primaria, además de su bajo coste e inocuidad, aporta una exploración bastante completa del aparato urinario, alcanzando una alta sensibilidad para la detección de enfermedades relevantes a nivel renal, vesical y prostático.

## Bibliografía

Segura-Grau A, et al. Ecografía del aparato urinario. Semergen. 2016; 42(6): 388-394.

García Méndez L, et al. Hematuria. AMF 2011;7(1): 39-43.