

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

330/19 - UROPATÍA OBSTRUCTIVA: NO TODO SON LITIASIS

V. Medina Pedraza¹; M. Ricote Belinchón²; G. Córdoba Quishpe¹; D. Alfonso Pérez¹; G. Herrera Viera³; A. Salazar Puntas⁴.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años con antecedentes personales de HTA, diabetes mellitus y dislipemia de más de 10 años de evolución con óptimo tratamiento farmacológico. Nefropatía diabética con último FG: 45ml/min. Buen control de cifras tensionales y glucemias. En analítica de rutina presenta valores de Cr: 1.6mg/dl, FG: 28.9ml/min y cociente albumina/creatinina: 39. Se repite analítica obteniendo cifras de FG: 29.8ml/min.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 125/70 mmHg, ACP y Abdomen: Normal. MMII: No edemas, ni signos de TVP. Se cita para ecografía abdominal y se deriva a consultas de nefrología por progresión rápida de la enfermedad. Se realiza ecografía en el centro de salud en el que se objetivan ambos riñones de tamaño y localización normal y dilatación de ambos uréteres, alcanzando un diámetro mayor de 1cm, así como hidronefrosis grado II-III asociada; dudosa litiasis en extremo distal de uréter derecho. Ante los hallazgos ecográficos se deriva a la paciente a urología para valoración, realizándose también uroTC en el que confirman ureterohidronefrosis grado III bilateral sin poder identificar clara causa obstructiva, pero sin visualizar la desembocadura de ambos uréteres en la vejiga debido a descenso del suelo pélvico con prolapsos vesical y vaginal.

Juicio clínico: Deterioro de la función renal con ureterohidronefrosis bilareral secundario a prolapo de órganos pélvicos.

Diagnóstico diferencial: El deterioro brusco de la función renal puede ser debido a: -Fármacos nefrotóxicos: - Obstrucción de las vías urinarias bajas. -HTA mal controlada. -Diabetes mal controlada

Comentario final: Ante un paciente con FRCV y caída brusca de la función renal mayor del 25%, es necesario derivar a nefrología para estudio de posible factor iniciador. En este sentido, y ante la ausencia de otros síntomas que puedan orientarnos (clínica miccional, mal control glucémico o tensional, fármacos nefrotóxicos...), la ecografía abdominal en el mismo centro de salud puede ayudarnos a establecer la posible etiología, en este caso, la hidronefrosis por obstrucción del tracto urinario inferior. Por otro lado, es importante no perder de vista causas como el cistocèle en el diagnóstico diferencial de la posible causa de obstrucción del tracto urinario inferior para poder realizar una derivación y tratamiento adecuados.

Bibliografía

Sánchez Barrancos IM. Ecografía y Atención Primaria. Atención Primaria. 2017; 49 (7), 378-380.

Sánchez Barrancos IM, Tranche Iparraguirre S. Razones para la pertinencia de la ecografía realizada por los médicos de familia. Atención Primaria. 2015; 49 (5), 261-263.

Rodríguez Reina G. Protocolo diagnóstico de la uropatía obstructiva. Medicine. 2015; 11 (83), 4977-83.

Martínez Varea A, Hidalgo Mora JJ, Arrufat Nebot A, Padilla Isertea P, Rey Otero R. Uropatía obstructiva secundaria a prolapso uterino. Clin Invest Gin Obst. 2016; 43(1), 35-37.

Oksay T, Ergun O, Çapar E, Koçar A. Bilateral Hydronephrosis Secondary to Cystocele. Renal Failure. 2011; 33 (5), 537-539.