



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/236 - ALGO MÁS QUE UN SIMPLE DOLOR DE GARGANTA

A. Azagra Calero<sup>a</sup>, R. López Sánchez<sup>b</sup>, A. Grasun<sup>c</sup>, A. Asturias Saiz<sup>d</sup>, E. Grasun<sup>e</sup> y L. Gómez Ruiz<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. <sup>c</sup>FEA Urgencias hospitalarias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Santander. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 18 años de edad, que acude a su centro de salud (CS) por odinofagia y malestar general de 5 días, siendo diagnosticada de faringoamigdalitis por lo que se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Tres días después, acude a urgencias por dolor en hipogastrio de 12 horas e incapacidad para orinar, siendo diagnosticada de retención aguda de orina y dada de alta con sondaje. Acude de nuevo a su CS para retirada de la misma y por aparición de rash cutáneo generalizado, retirándose el antibiótico. Por la tarde, comienza con adormecimiento de ambas extremidades inferiores, incluso dificultad para la deambulación, por lo que se deriva al hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. Constantes estables. Adenopatías laterocervicales. Faringe hiperémica, exudado amigdalario bilateral. Exploración neurológica: consciente y orientada. Deambulación imposible. Sensibilidad y vibratoria conservada. Reflejos++, salvo abolición de aquileos. Fuerza: cuello 5/5. No rigidez de nuca. EESS balance muscular 5/5. EEII: paraparesia con balance muscular abductores y aductores de muslos 2/5, psoas derecho 1, izquierdo 0. Cuádriceps derecho 1, izquierdo 0; distal derecho 2, izquierdo 1. Anestesia hasta T8 e hipoalgesia entre T4-8. Hemograma normal salvo VSG 39. Bioquímica: GOT 49, GPT 140, GGT 148, LDH 333, PCR 1,1. EYS normal salvo Hb +++. LCR compatible con origen vírico. Serologías: IgM Epstein-Barr positivo. Resto negativos. Ecografía abdomino-pélvica: normal. RMN columna: mielitis cervicodorsal. Ganglios laterocervicales bilaterales predominantes en lado derecho.

**Juicio clínico:** Mielitis aguda anterior en el contexto de mononucleosis infecciosa.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome Guillain barré, tumor ginecológico, traumatismo medular, esclerosis múltiple, fármacos.

**Comentario final:** La retención aguda de orina (RAO) es una patología aguda que precisa una resolución rápida, cuya incidencia es mayor en el varón. Es importante, llegar a un correcto diagnóstico y establecer un adecuado tratamiento. El diagnóstico se basa en la clínica y en la exploración física, sobre todo de una buena anamnesis para poder determinar o definir la causa etiológica del proceso. La RAO en mujeres jóvenes es rara, por lo que es muy importante descartar patología ginecológica, trastornos neurológicos como síndrome cauda equina y otras lesiones de la médula espinal, causas posoperatorias, psicológicas y farmacológicas.

### Bibliografía

1. Christodoulidou M, et al. Acute urinary retention in an adolescent girl and important learning points. BMJ Case Rep. 2013.BCR2013010361.