



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

284/74 - BEBER, BEBER Y NO MICCIONAR

A. Gómez Díaz^a, C. Ortega Condés^b, M. López Cano^c y M. Lloret Arabí^d

^aCAP Valldoreix. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona. ^bMédico de Familia. CAP Valldoreix. Terrassa. Barcelona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Terrassa Sud. Terrassa. Barcelona. ^dMetge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CAP Sant Cugat. Sant Cugat del Vallés. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente que consulta por anuria de 10 horas de evolución y dolor lumbar izquierdo que se irradia hacia flanco, fosa iliaca y región genital derechos. Varón de 52 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos y dislipémico en tratamiento farmacológico. A nuestra visita el paciente refiere haber mantenido hidratación normal dentro de las 10 horas previas sin conseguir miccionar, niega síndrome miccional u otro tipo de clínica acompañante y refiere buen control del dolor con analgesia habitual. Además no recuerda haber presentado un cuadro similar anteriormente.

Exploración y pruebas complementarias: Objetivamos paciente en buen estado general, afebril y normotenso. Nuestro examen físico destaca discreto dolor a la palpación en flanco izquierdo con PPL bilateral negativa y resto del examen sin alteraciones. Solicitamos analítica sanguínea que resulta sin leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda pero se aprecia empeoramiento de la función renal con Cr 2,4 mg/dL que posteriormente en nuevo control resulta de 3,1 mg/dL y FG 21,3 mL/min/1,73 m²; el resto de la analítica es normal. Se realiza medición ecográfica de contenido de vejiga que objetiva 29 cc de orina. Finalmente dados los hallazgos solicitamos TC abdominal que mostró obstrucción ureteral bilateral con hidronefrosis.

Juicio clínico: Ante los datos descritos en el interrogatorio, el examen físico y las pruebas complementarias, tenemos un paciente hemodinámicamente estable, en BEG, sin síndrome miccional, anúrico, con fracaso renal agudo y sin RAO.

Diagnóstico diferencial: Planteamos como posibilidades diagnósticas la retención aguda de orina vs obstrucción ureteral de probable origen litiasico. Luego se descarta la RAO (29 cc de orina en vejiga) y se confirma la obstrucción ureteral litiasica por medio del TC abdominal.

Comentario final: Ya contando con el diagnóstico se decide derivar al paciente a un centro con mayor nivel de complejidad donde se coloca catéter doble J en uréter izquierdo, siendo imposible la colocación de catéter derecho por imposibilidad de paso a nivel del uréter distal. Posteriormente presenta buena evolución y diuresis correctas por lo que, dos días después, es derivado nuevamente a nuestro centro donde se logra colocar catéter derecho sin incidencias. Este caso es relevante porque precisa de la afinación de nuestra sospecha diagnóstica para poder brindar el tratamiento

más eficaz en el menor tiempo posible; de lo contrario podríamos poner en juego la viabilidad de ambos riñones y el futuro del paciente.

Bibliografía

1. Türk C, Knoll T, Petrik A, et al. Guía clínica sobre urolitiasis. European Association of Urology. 2010.