



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2311 - Urgencia miccional: algo más que hbp

E. Martínez de Quintana^a, C. Guillén Montiel^a y M. Ovsepyan^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 59 años, sin antecedentes de interés. Diagnosticado de HBP hace un año, inicia tratamiento con tamsulosina. Posteriormente, y ante el aumento de síntomas en el cuestionario IPSS, se indica el cambio a dutasterida y se remite a urología para evaluar otros tratamientos, ya que la urgencia miccional disminuye su calidad de vida. Se inicia entonces mirabegrón, con re-evaluación a los 2 meses, tras los cuales refiere mejoría sintomática. Acude a consulta programada con MAP, que tras revisar la última analítica (Cr 2,4 mg/dl), realiza ecografía en centro de salud.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen: mínimo dolor en hipogastrio, sin irritación peritoneal. Puño-percusión renal negativa. Resto de exploración y constantes, normales. Eco urológica: el riñón derecho mide 135 × 52 mm y presenta una imagen de ectasia del seno renal (hidronefrosis grado II-III). Riñón izquierdo de 125 × 49 mm, con una imagen de ectasia del seno renal (hidronefrosis grado II-III). Vejiga distendida, próstata con un volumen de 44 cc. Ecografía urológica (el año previo): aumento del volumen prostático y vejiga de lucha.

Juicio clínico: Como consecuencia de la obstrucción del flujo urinario se produce la hipertrofia vesical, y el cambio en la disposición de sus fibras musculares (en forma de haces reticulados), configurando una vejiga "de lucha", que puede diagnosticarse mediante ecografía. La hidronefrosis es consecuencia del incremento de presión en la vía urinaria, a lo que se añade la disminución del flujo sanguíneo renal. Las consecuencias del mantenimiento de la obstrucción incluyen la dilatación piélica y posterior atonía de su musculatura, y la disminución del grosor parenquimatoso, entre otras. Ante la sospecha de hidronefrosis bilateral por ecografía, remitimos a Urología para valoración, que indicó sondaje vesical durante un mes, y reinició terapia combinada, suspendiendo mirabegrón. Actualmente se mantiene sondado, pendiente de evolución en un mes, tras el cual se podría plantear cirugía.

Diagnóstico diferencial: HBP. Vejiga hiperactiva.

Comentario final: La hipertrofia de la pared vesical secundaria al sobreesfuerzo que supone la obstrucción asocia una denervación progresiva, que jugaría un papel esencial en los síntomas de llenado y en la hiperactividad del detrusor; sin embargo, la desobstrucción no conduce necesariamente a la desaparición de la hiperactividad. En nuestro caso se cometió el error de no repasar las pruebas complementarias iniciales antes de derivarlo al urólogo, teníamos una ecografía

inicial en la que presentaba una vejiga de lucha y una próstata muy aumentada con un volumen mayor 44 cc, hacia un año. El urólogo asoció a tamsulosina, mirabegrón, que induce la relajación del músculo detrusor, aumenta el volumen miccional y disminuye la frecuencia de contracciones no miccionales, pudiendo por lo tanto favorecer la retención urinaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abordaje práctico de la patología urológica en Atención Primaria. Edikamed, 2014.
2. Ruiz Cerdá, JL. El uso de antimuscarínicos en pacientes varones con síntomas del tracto urinario inferior por hiperplasia benigna de próstata y vejiga hiperactiva. Actas Urol Esp. 2006;30(9):849-55.
3. http://www.euroeco.org/vol5_num3_septb2014/pdf/124_128.pdf