



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/2961 - ¿DISURIA = INFECCIÓN DE ORINA?

C. Rivas Fernández¹, M. Rojo López², C. Aguirre Alarcón³ y L. Martínez Galán⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pilarica. Valladolid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Pilarica. Valladolid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela de Duero. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años, sin alergias medicamentosas y antecedente de adenocarcinoma de próstata intervenido 3 años antes. Consulta en su Centro de Salud por cuadro de disuria de larga evolución que asocia pérdida de peso y tenesmo tanto vesical como rectal. Había acudido en varias ocasiones a urgencias por ese motivo recibiendo el diagnóstico de infección de orina y recibiendo tratamiento empírico con distintas pautas: ciprofloxacino 500 mg/12h 7 días, cefuroxima 250 mg/12h 7 días, doxiciclina 100 mg/12h 7 días, todas ellas sin resultado.

Exploración y pruebas complementarias: Tras exploración física sin hallazgos se solicita analítica de sangre (AS), Sistemático de orina (SO) con las siguientes alteraciones: AS calcio 11,8 mg/dl y fósforo 2,4 mg/dl, SO hematuria microscópica con leucocituria y células escamosas, y Urocultivo que resultó negativo. Se derivó a Medicina Interna para estudio y solicitan AS, que demuestra PTH 217 pg/ml, calcio 11,2 mg/dl, marcadores tumorales negativos. Ante la sospecha de Hiperparatiroidismo derivan a Endocrinología, solicitan gammagrafía y SPECT-TAC. Adenoma paratiroideo inferior derecho. Derivaron a Otorrinolaringología para realización de paratiroidectomía inferior derecha con buena evolución posterior. Durante el seguimiento ha mostrado normalización de los niveles de calcemia y paratohormona. También se derivó a Urología, solicitaron citologías de orina que resultaron negativas, urocultivo que también fue negativo y ecografía abdominal que demostró la presencia de una litiasis vesical de 3,4 cm de diámetro. Tras confirmarse con cistoscopia se planificó cervicotomía y lasertricia de litiasis vesical con buena evolución y desaparición posterior de la disuria.

Orientación diagnóstica: Hiperparatiroidismo primario (HPTP) secundario a adenoma paratiroideo. Litiasis vesical.

Diagnóstico diferencial: Síndrome paraneoplásico. Infección urinaria. Neoplasia vesical.

Comentario final: La mayoría de los pacientes con HPTP son diagnosticados de manera incidental en exámenes rutinarios. Muchos de ellos reconocen haber presentado previamente manifestaciones leves como fatiga, apatía, bradipsiquia, debilidad o episodios previos de urolitiasis o estreñimiento. Por ello es importante tener en cuenta esta entidad en pacientes de estas características e iniciar estudio ante la persistencia o recurrencia de dicha sintomatología. El diagnóstico precoz de HPTP

evita la aparición de mayores complicaciones y comorbilidad.

Bibliografía

1. Machado NN, Wilhelm SM. Diagnosis and Evaluation of Primary Hyperparathyroidism. Surg Clin North Am. 2019;99(4):649-66.

Palabras clave: Disuria. Hiperparatiroidismo primario. Litiasis.