



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/494 - CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME MICCIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Arcos Atienzar<sup>1</sup>, C. Morales Manso<sup>2</sup>, M. Rodríguez Molina<sup>3</sup> y E. Mohíno Laguna<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud De Calatrava. Calzada de Calatrava. Ciudad Real. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Poblete. Poblete. Ciudad Real. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Calatrava. Calzada de Calatrava. Ciudad Real. <sup>4</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 62 años, fumadora de 1 paquete/día, con antecedentes de dislipemia e hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo. Acude al Servicio de Urgencias por síndrome miccional de años de evolución que había empeorado en el último mes, con sensación de vaciamiento incompleto, tenesmo vesical, polaquiuria y nicturia. Niega hematuria. No dolor abdominal ni lumbar. No fiebre. No otra sintomatología acompañante. Había sido tratada en varias ocasiones por infecciones del tracto urinario.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial 130/89. Frecuencia cardiaca 87 lpm. Tª 36 °C. Saturación 97%. Buen estado general, consciente y orientada en las tres esferas, bien hidratada y perfundida. La auscultación cardiopulmonar fue normal. El abdomen era blando y depresible, sin masas ni megalias. No dolor a la palpación ni irritación peritoneal. Maniobra e puñopercusión negativa bilateral. Los genitales externos se encontraban atróficos con tacto vaginal normal sin rectocele ni cistocele. Dado que la paciente presentaba síntomas miccionales sin signos de alarma, se solicitó una analítica de orina y se le realizó una ecografía en Urgencias. En el análisis se halló una leve leucocituria con nitritos negativos, sin proteinuria ni hematuria. En la ecografía se pudo observar que ambos riñones presentaban parénquima y estructura normal con un sistema colector sin alteraciones. A nivel de la vejiga se observó una estructura redondeada con contenido anecogénico en su interior, dependiente de la pared de la vejiga, que no presentaba sombra acústica, sugerente de ureterocele.

**Orientación diagnóstica:** Ureterocele.

**Diagnóstico diferencial:** Ureterocele, tumor urotelial, litiasis, quistes uretrales e infecciones del tracto urinario inferior.

**Comentario final:** Un ureterocele es una dilatación del extremo intravesical del uréter que se produce en la etapa fetal, como consecuencia de la obstrucción del meato. Puede asociarse a duplicación uretral y reflujo vesicouretral. Es una patología poco frecuente, predominando en el sexo femenino. Su diagnóstico suele ser por ecografía abdominal en la edad pediátrica como

consecuencia de infecciones urinarias recurrentes. Gracias a la ecografía realizada en Urgencias se pudo descartar patología tumoral vesical que requiriera una valoración urológica urgente.

### **Bibliografía**

1. Horestein M, Pérez G. Ureterocele congénito. Presentación de un caso. Rev Arg Ult. 2010;9(2):62-3.

**Palabras clave:** Ureterocele. Síndrome miccional. Vejiga.