



245/37 - COMPLICACIONES DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA Y SUS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

M. Sales Herreros^a, A. Alayeto Sánchez^b, A. Rodríguez Ponce^c, L. Martín Fuertes^a, M. Campos López-Carrión^b y M. Moreno Hernando^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 89 años con alergia a diclofenaco. Antecedentes personales: ERC (estadio 3), HTA, EPOC, HBP, hernia de hiato y psoriasis en tratamiento con enalapril, indacaterol/glicopirronio, tamsulosina, omeprazol y cacipotriol/betametasona tópico respectivamente. Acude a nuestra consulta por fiebre de hasta 39 °C, dolor en hipogastrio y distensión abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 138/80; FC: 102 lpm. Sat O₂: 95%. Consciente y orientado. Normohidratado, normocoloreado y normoperfundido. ACP: rítmico y sin soplos, MVC sin añadidos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, se palpa globo vesical. Ruidos conservados. Puñopercusión renal bilateral-. Combur: nitritos, hematies, leucocitos+. Ecografía: dilatación de pelvis renal bilateral, vejiga repleccionada muy distendida, residuo posmiccional similar a previo a la micción, próstata de 80 cc aproximadamente. Pautamos ciprofloxacino empírico. Solicitamos interconsulta preferente a urología. Derivamos a urgencias para sondaje vesical y analítica urgente para valorar deterioro de la función renal. En urgencias, sondaje vesical: 2.000 cc. Analítica: creatinina: 2,53 (previa 1,66); FG: 24 (previo: 39).

Juicio clínico: Retención crónica de orina secundaria a hiperplasia benigna de próstata. Infección del tracto urinario. Enfermedad renal crónica reagudizada.

Diagnóstico diferencial: Retención aguda de orina. Prostatitis. Pielonefritis.

Comentario final: La HBP es una enfermedad muy prevalente en AP. Se define como el crecimiento adenomatoso de la glándula prostática, que puede obstruir el flujo urinario y provocar dificultad para la micción. Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) se producirían por la obstrucción al flujo urinario y/o por el efecto irritativo que supone la alteración del tono de la musculatura lisa de la próstata y del cuello vesical. Para el diagnóstico, además de la clínica, utilizamos el cuestionario IPSS (valora la repercusión en la calidad de vida), tacto rectal, tira de orina, análisis con función renal, ecografía, flujometría, PSA(controvertido). El tratamiento se realiza con α -bloqueantes, inhibidores de la 5- α -reductasa, antimuscarínicos e inhibidores de la 5-fosfodiesterasa o asociaciones de éstos. Tratamiento quirúrgico para las complicaciones. Los criterios de derivación al urólogo en

este paciente son la aparición de complicaciones como la uropatía obstructiva y el residuo posmiccional (RPM) > 150 cc con signos de retención crónica de orina e insuficiencia renal secundaria. La HBP es la causa más frecuente de retención crónica y aguda de orina en varones. La definición de retención crónica de orina no está establecida, algunos estudios la definen como vejiga no dolorosa, palpable antes y después de la micción o RPM > 300 ml y otros > 1.000. El papel de la ecografía, la palpación y el sondaje en el diagnóstico no están definidos. En hombres con RPM elevado se incrementa el riesgo de desarrollar un fracaso renal.

Bibliografía

1. Bobé-Armant F, Buil-Arasanz ME, Truvat G. Actualización en hiperplasia benigna de próstata. FMC. 2014;21(5):261-71.
2. Brenes FJ, Brotons F, Castiñeiras J, Cozar JM, Fernández-Pro A, Martín JA, et al. Documento de consenso sobre pautas de actuación y seguimiento del varón con síntomas del tracto urinario inferior secundarios a hiperplasia benigna de próstata. Semergen. 2016;42(8):547-56.
3. Negro C, Muir G. Chronic urinary retention in men: how we define it, and how does it affect treatment outcome. BJUI. 2012;110:1590-4.