

### Caso clínico

#### Síntomas de obstrucción del tracto urinario inferior: no siempre es la próstata.

*Celia de Casanova Peña, Cristina Muñoz Bueno, Silvia alcalde Muñoz, María Sales Rodríguez, Federico Josué Alcántara Alonso, Rafael Alonso Roca*

*Centro de salud Mar Báltico. Madrid.*

Paciente de 65 años con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, EPOC y ex fumador importante. En tratamiento con AAS 100, atorvastatina 20, ezetimiba 10, enalapril 10, atenolol 25, indacaterol inhalado y omeprazol.

Acude a consulta de su médico de familia porque en los últimos 4 días nota disminución de calibre y fuerza del chorro miccional; previamente no presentaba sintomatología de tracto urinario inferior (STUI). Aunque inicialmente se sospecha probable patología prostática, extraña que antes de los 4 últimos días el paciente no presentaba STUI. Dado que se dispone de ecógrafo en el centro de salud, se cita al paciente al final de la consulta con la vejiga replecionada (2 vasos de agua, 2 horas antes de la cita).

En la ecografía se observó un hígado y vesícula biliar normales, el páncreas no fue visualizado por interposición de gas intestinal, la aorta era de calibre normal. Existía un quiste sinusal de 1,9 cm en riñón derecho, y el riñón izquierdo y bazo eran normales. En la zona pélvica se observaba una próstata de tamaño normal, 16,7 cc (figura 1),

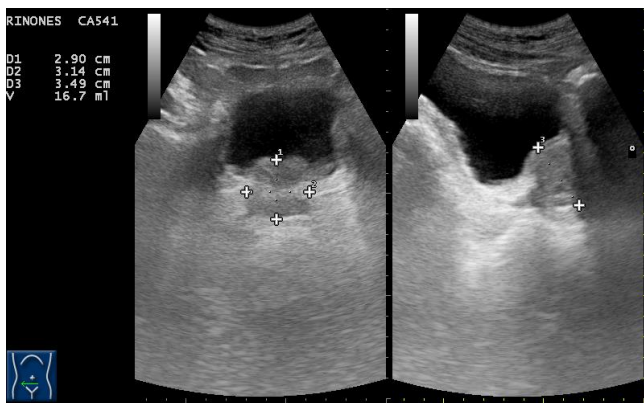


Figura 1.

Pero al deslizar la sonda a la izquierda aparecía una imagen hiperecogénica sobre la próstata (figura 2), que finalmente configuraba un pólipo en la pared vesical posterior redondeada de 2,1 x 1,98 x 1,67 cm junto a meato uretral (figuras 3 y 4), con jet ureteral conservado bilateral y ausencia de residuo postmiccional (RPM).



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.

Se envió a urología por circuito sospecha de maligni-

dad; la analítica de sangre y orina fueron normales, sin presentar microhematuria. Tres semanas después realizan cistoscopia confirmando el tumor (figura 5), la citología en orina fue negativa; fue operado 10 días después, dejando catéter doble J por resección de parte de meato. Finalmente, tras su retirada quedó como secuela cierta alteración del chorro miccional.

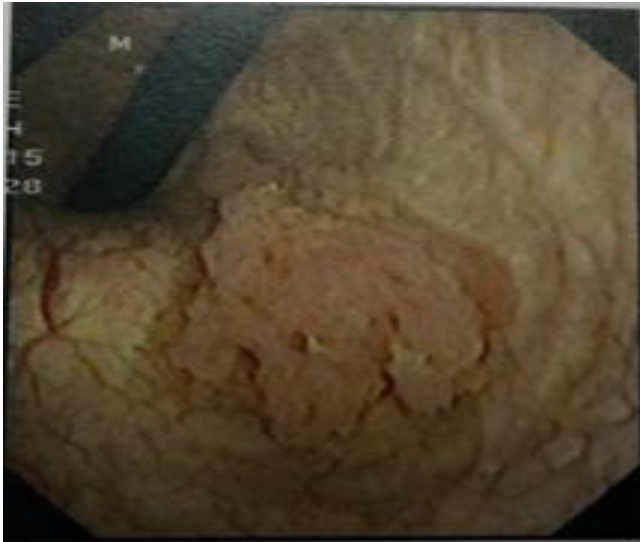


Figura 5.

La forma clínica habitual de presentación del carcinoma de vejiga es la hematuria<sup>1-4</sup>; en ocasiones también se diagnostica como hallazgo incidental; no es frecuente que se presente como un episodio obstructivo debido a la proximidad de la masa al meato uretral, aunque sí está descrito en la literatura<sup>5</sup>. En nuestro caso la ecografía se realizó por STUI, con la característica atípica de la corta evolución de los síntomas; las guías de consenso no recomiendan solicitar ecografía inicialmente, a pesar de su utilidad para descartar divertículos, urolitiasis o aumento del residuo postmiccional, salvo que exista hematuria o infección recurrente<sup>6</sup>, y enviar al urólogo a los 3-6 meses si no mejoran los síntomas. En la revisión de 2016<sup>7</sup> se añaden otras situaciones como la sospecha de RPM patológico, sospecha de uropatía obstructiva, sintomatología grave, y globo vesical.

No obstante, este caso no hubiera estado incluido en ninguno de estos supuestos y probablemente el diagnóstico se habría demorado varios meses si no hubiéramos dispuesto de ecografía clínica.

Respecto a la imagen ecográfica, ante un cuadro clínico en el que esperamos encontrar un aumento de tamaño prostático, y al estar la masa muy cercana al meato uretral, podría confundirse en manos inexpertas con una hipertrofia de lóbulo medio de la próstata. Por ello hay que prestar atención a la diferente ecogenicidad del pólipo respecto al parénquima prostático. Aunque en este caso la imagen es bastante clara, a menudo la próstata muestra una ecogenicidad heterogénea, con imágenes hiperecogénicas en su interior lo que puede favorecer la

confusión. Por ejemplo, mostramos dos casos de nuestra misma consulta con diagnóstico previo de hipertrofia benigna de próstata (HBP) que se presentaron clínicamente con hematuria; en ambos la ecografía mostraba imágenes hiperecogénicas en la zona superior de la próstata cercanas al meato uretral. Se derivaron a urología y se realizó cistoscopia; en el primero (figura 6), estas imágenes (flecha) no se correspondieron con un tumor vesical, presentando sólo inflamación en la zona; en el segundo caso (figura 7), el engrosamiento se trataba de un tumor vesical de base ancha (flecha).



Figura 6.



Figura 7.

Pensamos por tanto que sería recomendable realizar una ecografía inicialmente en todos los pacientes con STUI; además de su utilidad para confirmar el diagnóstico de HBP (midiendo el tamaño) y descartar complicaciones (divertículos, litiasis, residuo postmiccional), puede servir para descartar, como en este caso, otras causas de obstrucción. La disponibilidad de ecógrafo en atención primaria permite su realización sistemática sin sobrecargar las listas de espera de radiología, evitando una demora que influiría en el pronóstico del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Calletano L, Martín M, Herrero A. Cáncer de vejiga. Eu-

- roEco 2013; 4: 8-9.  
[http://www.euroeco.org/vol4\\_num1\\_marzo2013/pdf/8\\_9.pdf](http://www.euroeco.org/vol4_num1_marzo2013/pdf/8_9.pdf)
2. Calderín MP, del Cerro M, Capitán M, Bordell A, Pascual R, García A. Hematuria valorada con ecografía en atención primaria. *Euroeco* 2015; 6: 98-100. Disponible en: [http://www.euroeco.org/vol6\\_num3\\_septiembre2015/pdf/98\\_100.pdf](http://www.euroeco.org/vol6_num3_septiembre2015/pdf/98_100.pdf)
3. Deza R, Cayuela O, Castro J. Cuando la hematuria no es un síndrome miccional: utilidad de la ecografía en el cáncer de vejiga. *Euroeco* 2015; 6: 8-10. Disponible en: [http://www.euroeco.org/vol6\\_num1\\_marzo2015/pdf/8\\_10.pdf](http://www.euroeco.org/vol6_num1_marzo2015/pdf/8_10.pdf)
4. Polo N, Vacas ML, García A. Papel de la ecografía clínica en el diagnóstico y seguimiento del cáncer vesical en la consulta de atención primaria. *Euroeco* 2015; 6: 54-57. Disponible en: [http://www.euroeco.org/vol6\\_num2\\_junio2015/pdf/54\\_57.pdf](http://www.euroeco.org/vol6_num2_junio2015/pdf/54_57.pdf)
5. Mueller B, Jequier S, Laberge I. Ultrasonographic diagnosis of an obstructive polyp of the bladder neck. *J Ultrasound Med* 3: 521-522.
6. Molero JM, Pérez D, Brenes FJ, Naval E, Fernández-Pro A, Martín JA, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para Atención Primaria. *Aten Primaria* 2010; 42: 36-46. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-criterios-derivacion-hiperplasia-benigna-prostata-S0212656709004442>
7. Brenes FJ, Brotons F, Castiñeiras J, Cozar JM, Fernández-Pro A, Martín JA, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para Atención Primaria 3.0. 3.a ed. Madrid: Undergraf, S.L; 2015. Disponible en: [https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/12/criterios\\_derivacion\\_hbp\\_3.pdf](https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/12/criterios_derivacion_hbp_3.pdf)