

URGENCIAS UROLÓGICAS

PACO TUR VERDUCH
RESIDENTE 2 AÑO MEDICINA DE FAMILIA

1. CÓLICO RENAL
2. HEMATURIA
3. RAO
4. ESCROTO AGUDO

1.CÓLICO RENAL

INTRODUCCIÓN

- La litiasis renal es una enfermedad caracterizada por la aparición de cálculos en el aparato urinario.
- Constituye la tercera patología urológica más frecuente tras las infecciones y la patología prostática.
- La prevalencia en España es del 5,06%, siendo más prevalente en hombre que en mujeres (ratio 1,6/1).
- Su incidencia aumenta después de los 20 años , y es máxima entre los 40 y los 60 años en hombre, mientras que en las mujeres hay un segundo pico después de los 60 años.
- La tasas de recurrencias se sitúa entre el 26 y el 53% a los 10 años y guarda relación con la presencia de antecedentes familiares y de factores de riesgo.

1.CÓLICO RENAL

FACTORES PREDISPONENTES

■ EXTRÍNSECOS

- Ambientes calurosos, meses cálidos
- Factores dietéticos:
 - Baja ingesta hídrica que condiciona una diuresis por debajo de 1L diario
 - Dietas pobres de calcio, suplementos de calcio.
 - Aumento de la ingesta de proteínas animales
 - Dietas ricas en sal.
 - Fármacos: diuréticos de asa, antiácidos, corticoides, aspirina, vit.D, quimioterapia.

■ INTRÍNSECOS

- Antecedentes familiares de litiasis multiplican por tres el riesgo de padecerlas.
- Obesidad, DM, HTA y el síndrome metabólico
- Hipercalcemia por cualquier causa : hiperparatiroidismo, neoplasias, sarcoidosis.
- Gota, enfermedades renales
- Infecciones recurrentes del tracto urinario u orinas colonizadas por bacterias productoras de ureasa

1.CÓLICO RENAL

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- La mayoría de las litiasis permanecen asintomáticas , pero si empiezan a desplazarse a través del uréter , pueden causar una obstrucción aguda parcial o completa que produce el cólico nefrítico.
- El síntoma principal es el **dolor** que suele ser de tipo cólico (usualmente dura entre 20 y 60 minutos), de inicio súbito , unilateral, muy intenso y no mejora con el reposo.
- Se localiza en la fosa lumbar y se irradia en sentido descendente anterior siguiendo el trayecto ureteral hasta la vejiga y los genitales externos.
- El segundo síntoma más frecuente es la **hematuria**. Su presencia o ausencia no permiten confirmar o excluir el diagnostico.
- Otros síntomas asociados:
 - Náuseas y vómitos por estimulación del plexo celíaco.
 - Estreñimiento por íleo reflejo
 - Febrícula.

1.CÓLICO RENAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Renales**
 - Pielonefritis aguda (fiebre, antecedentes de síndrome miccional)
 - Embolia –infarto renal (Antecedentes de fibrilación auricular, mayores de 60)
- **Genitales**
 - Torsión de cordón espermático, torsión de ovario
 - Embarazo extrauterino, salpingitis, endometriosis
- **Digestivas**
 - Apendicitis aguda, diverticulitis, colecistitis, pancreatitis aguda
- **Vasculares**
 - Disección o rotura de aorta abdominal (dolor muy intenso, ausencia de pulsos inguinales, velamiento de la sombra del psoas en la radiografía)
- **Traumatológicas**
 - Lumbalgia, dolores costovertebrales.

1.CÓLICO RENAL

EXPLORACIÓN

Exploración física

- Hiperalgnesia en la fosa renal
- Puñopercusion renal positiva
- Dolor en el hemiabdomen del lado afecto

Exploraciones complementarias

- Hemograma.
- Perfil bioquímica de urgencias.
- Sedimento y anormales.
- Rx simple abdomen.
- Si existieran complicaciones o criterios de ingreso: Ecografía urológica.

1.CÓLICO RENAL

TRATAMIENTO

- AINES:
 - Dexketoprofeno 50 mg iv (100cc SF).
 - Diclofenaco 75mg im. (mayor nivel de evidencia , grado de recomendación A)
- ANALGÉSICOS:
 - Metamizol 2g iv (100cc SF)
 - Tramadol 100mg (100cc SF)
 - Meperidina 50mg iv (100cc SF en 30 minutos). Repetir si es necesario.
- Tratar sintomatología acompañante.
 - En caso de náuseas o vómitos o ambos administrar metoclopramida
- Restricción de fluidos.
 - Se debe evitar una sobrehidratación durante la fase aguda del cólico, que provocaría una exacerbación de los síntomas y un riesgo potencial de rotura de la vía.

1.CÓLICO RENAL

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Si no dolor, ingesta de líquidos.
- AINE (5 días):
 - Dexketoprofeno 25mg cada 8h.
 - Diclofenaco 50mg cada 8h.
 - Naproxeno 550mg cada 12h.
- Analgésicos:
 - Metamizol 2g vo cada 6-8h.
 - Tramadol 50mg cada 6h ó 100mg cada 12h.
 - Si aún así tuviera molestias/dolor: Tapentadol 25-50mg cada 12h
- Reposo durante las crisis.
- Aplicación de calor seco.

1.CÓLICO RENAL

CRITERIOS DE INGRESO

- Dolor resistente al tratamiento o estatus cólico.
- Uropatía obstructiva.
- Insuficiencia renal.
- Sepsis.
- Paciente monorreno.
- Repetidos ingresos en Urgencias.

2. HEMATURIA

DEFINICIÓN

- Se define como la presencia de sangre en la orina. Puede ser microscópica o macroscópica.
- Hablamos de microhematuria cuando la presencia de hematíes no modifica significativamente la coloración de la orina.
- Se denomina hematuria macroscópica aquella que es detectada por la simple inspección de la orina, cuando el número de hematíes por campo en el sedimento es mayor de 100 o cuando hay más de 1.5ml de sangre por litro de orina

2. HEMATURIA

CAUSAS

- Neoformaciones malignas (renales, ureterales, vesicales, prostáticas y uretrales).
- Infección del tracto urinario.
- Litiasis urinaria.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Traumatismos.
- Cistitis hemorrágica.
- Enfermedades nefrológicas: Nefropatías glomerulares, túbulo-intersticiales o renovasculares.
- Endometriosis vesical o ureteral.
- Hematuria postquirúrgica.
- Trastornos de coagulación o terapia anticoagulante o antiagregante.
- Hematuria idiopática benigna.

2.HEMATURIA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma.
- Hemostasia.
- Bioquímica de urgencias (glucemia, ionograma y función renal).
- Anormales y sedimento (no necesario si hematuria macroscópica).
- Solicitar ecografía urológica si:
 - Deterioro de la función renal.
 - Sospecha de hematuria de origen tumoral.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Hematuria postraumática.
 - Necesidad de ingreso hospitalario.

2.HEMATURIA

TRATAMIENTO

- Hematuria no franca, sin repercusión hemodinámica:
 - Tratamiento conservador sin sondaje vesical.
 - Reposo absoluto con control de constantes vitales y evaluación del estado cardiovascular.
- Hematuria franca
 - Se debe realizar un sondaje uretral (sonda Foley calibre 20-22Fr de triple vía) con lavado vesical para la evacuación de coágulos.

2. HEMATURIA

INGRESO

- El paciente deberá ser ingresado en el hospital si presenta:
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Anemia grave (Hb < 7 g/dl) o alteraciones de la coagulación.
 - Fallo renal agudo.
 - Persistencia de hematuria franca a pesar de tratamiento.
 - Hematuria postraumática.

3.RAO

ETIOLOGÍA

- HBP (causa mas frecuente en mayores de 50 años sin antecedentes quirúrgicos urinarios)
- Estenosis uretral (causa mas frecuente en menores de 50 años)
- Cáncer de próstata (lo más frecuente)
- Prostatitis aguda
- Otras: Coágulos Intravesicales por Tumor Vesical, Litiasis vesical, Alteraciones neurológicas que afectan al vaciado vesical (Parapléjicos), etc...

3.RAO

CLÍNICA

- Imposibilidad de micción espontánea o micción muy dificultosa y repetida (micción por rebosamiento).

DIAGNOSTICO

- Anamnesis completa, investigando su historia urológica (toma de fármacos para HBP, antecedentes de instrumentación uretral), etc...
- Palpación de globo vesical en hipogastrio.

3.RAO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma (repercusión niveles de hemoglobina-Hto)
- Bioquímica (U, Cr, K)
- Análisis del sedimento y urinocultivo

TRATAMIENTO

- El TTO de la RAO consiste en proceder al vaciado de la vejiga mediante sondaje
- Si ITU asociada (prostatitis) o piuria en el sedimento: Se administrará Quinolonas o Betalactámicos. Evitar aminoglucósidos si alteración función renal.
- Si se sospecha de HBP : Alfabloqueantes (silodosina, tamsulosina, terazosina, doxazosina)

3.RAO

CONTRAINDICACIONES SONDAJE

- Prostatitis aguda
- Uretritis aguda, abscesos periuretales
- Estenosis o rigidez uretral
- Sospecha de rotura uretral traumática
- Alergia conocida a los anestésicos locales o a algunos de los componentes de la sonda.

CRITERIOS DE INGRESO

- Alteraciones significativas de la función renal
- ITU asociada con MEG

4. ESCROTO AGUDO

INTRODUCCIÓN

- El escroto agudo es una urgencia urológica que se caracteriza por dolor escrotal de aparición súbita, con irradiación inguinal , asociado a tumefacción escrotal.
- Ocasionalmente puede acompañarse de síntomas sistémicas como náuseas , vómitos y fiebre.
- Su importancia radica en el diagnóstico precoz de la torsión testicular, cuadro de emergencia quirúrgica.

4. ESCROTO AGUDO

HISTORIA CLINICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Anamnesis detallada. Es muy importante cómo se inició el dolor, si hay sintomatología miccional, fiebre y antecedentes recientes de traumatismos, manipulaciones urológicas o actividad sexual.

Exploración Física. Intentar distinguir entre la patología infecciosa (orquitis, epididimitis, abscesos, etc.) y la torsión (funicular o de hidátides).

Analíticas a solicitar

Sospecha de infección: hemograma, coagulación, sedimento y cultivo de orina.

Sospecha o dudas diagnósticas con la torsión: ecografía Doppler urgente.

4. ESCROTO AGUDO

CUADROS CLÍNICOS

1. TORSIÓN TESTICULAR

- Es un cuadro propio de **niños y adolescentes**
- Clínicamente se caracteriza por **dolor brusco y de intensidad creciente** en el testículo afecto, con enrojecimiento y edema escrotal al que puede acompañar un síndrome vegetativo (sudoración, náuseas, vómitos).
- En la exploración física destaca que el testículo afecto está más alto que el contralateral y horizontalizado, que al elevar el testículo no mejora el dolor o incluso duele más (**Signo de Prehn negativo**).
- Otra exploración de utilidad es el **reflejo cremastérico** (elevación de los testículos en respuesta a la caricia suave o pellizco de la piel de la cara interna del muslo superior); este suele estar ausente en el teste afectado, por lo tanto sólo se eleva el testículo sano
- La **ecografía doppler color** es la prueba diagnóstica de elección al evidenciar ausencia de flujo arterial intratesticular.
- Si se confirma, es **obligada la llamada al urólogo de guardia** para tratamiento quirúrgico lo antes posible, antes de 6 horas de instaurarse el cuadro de dolor

4. ESCROTO AGUDO

CUADROS CLÍNICOS

2. ORQUIEPIDIDIMITIS

- Predomina en varones de edad con síndrome miccional
- Clínicamente aparece dolor escrotal intenso con signos inflamatorios en el hemiescrotó afecto (tumoración, calor y enrojecimiento).
- A veces se asocia a fiebre que puede llegar a ser de hasta 40°C.
- Al elevar el testículo afecto se obtiene alivio del dolor (Signo de Prehn positivo).
- La transiluminación es negativa (si no hay hidrocele asociado).
- Salvo que tengamos dudas con la torsión testicular, no es necesario analítica ni ecografía
- TTO: Doxiciclina 100mg/12H durante 10 días + Ceftriaxona 250mg im dosis única.

4. ESCROTO AGUDO

Tabla 1. Causas del dolor escrotal agudo. Modificado de: Crawford P, 2014.

Causas	Presentación clínica	Exploración	Diagnóstico	Tratamiento
Torsión testicular	Dolor e inflamación unilateral agudos del teste Náuseas/vómitos	R. cremastérico - Testículo elevado e inflamado	Clínico, si duda eco-doppler: ausencia de flujo testículo afecto	Quirúrgico
Epididimitis/orquitis	Dolor e inflamación unilateral agudo/crónico del epidídimo Disuria Fiebre	R. cremastérico + Piel escrotal eritematosa	Clínico, sistemático orina y urocultivo, eco (si duda, diagnóstico diferencial torsión)	Ceftriaxona y doxiciclina
Torsión apéndice testicular	Dolor agudo unilateral	R. cremastérico - Signo punto azul	Clínico, eco-doppler (ante duda), flujo normal o aumentado	Control del dolor
Hematocele/rotura testicular	Antec. traumático Dolor e inflamación	--	Eco-doppler o expl. quirúrgica	Control del dolor +/- cirugía
Hernias	Dolor con maniobras de Valsalva	Abultamiento unilateral escrotal	Exploración física Ecografía	Cirugía
Gangrena de Forunier	Fiebre, dolor agudo intenso difuso Afectación del estado general: fiebre, hipotensión, malestar, etc.	R. cremastérico -	Exploración física +/- TAC o RNM	Cirugía + antibioterapia IV

R. cremastérico: reflejo cremastérico.