

Urgencias Urológicas frecuentes y Miscelánea

Rocío Becerra Piñero

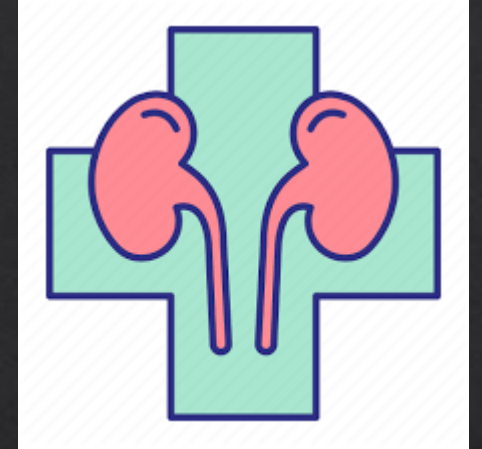
MIR 5º Año Urología

Servicio Urología

Complejo Asistencial Segovia



Índice



- ◈ Cólico Renoureteral
- ◈ Síndrome Escroto Agudo
- ◈ Hematuria
- ◈ Microhematuria



Cólico Renoureteral



- ❖ Características del dolor: unilateral agudo, localizado en fosa renal, irradiado o no, cortejo vegetativo.
- ❖ Fisiopatología: Obstrucción de la vía urinaria
- ❖ Correlación entre la intensidad del dolor y la velocidad de instauración de la obstrucción



Diagnóstico



- Características del dolor
- Hª personal litiasis
- Factores predisponentes

◊ Pruebas Complementarias:

- Tira reactiva de orina:
microhematuria
- Radiografía simple
abdomen
- Ecografía abdominal



Diagnóstico diferencial:
Rotura Aneurisma



Tratamiento Cólico no complicado

◈ AINES (Primera elección) → Diclofenaco 75 mg IM // Cl mórfico, Tramadol

◈ Antiemético

*Evitar en fase
aguda
sobrehidratación

◈ Tamsulosina 0.4 mg VO cada 24 horas durante 1 mes



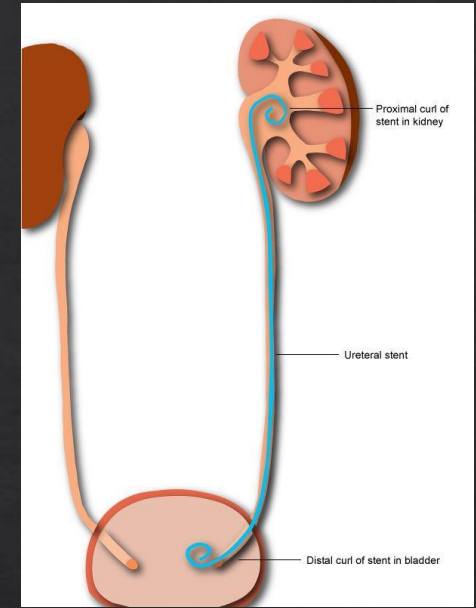
Cólico Renoureteral complicado

- ◈ Síndrome febril o datos de infección
- ◈ Anuria o deterioro de la función renal
- ◈ Pacientes monorrenos
- ◈ Trasplantados renales
- ◈ Dolor refractario a tratamiento analgésico

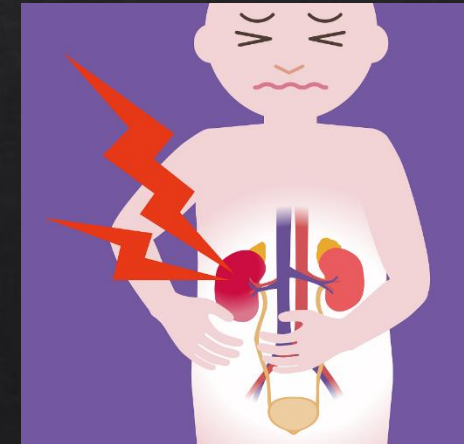
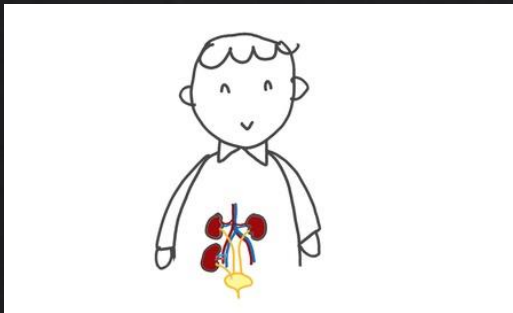
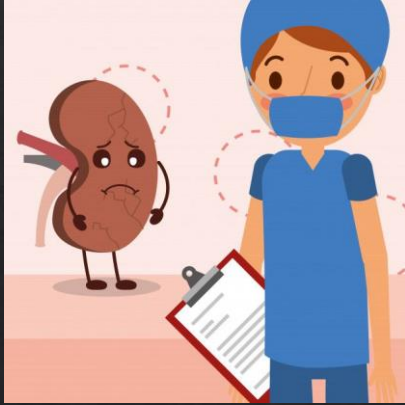


Tratamiento Cólico complicado

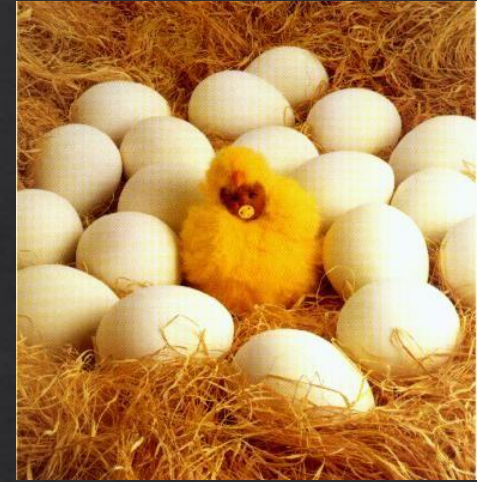
- ◈ Antibioterapia amplio espectro intravenosa
- ◈ Tratamiento de soporte con Fluidoterapia
- ◈ Derivación de la vía urinaria mediante Catéter doble J o Nefrostomía percutánea
- ◈ Cólico complicado con fiebre o datos de infección es una EMERGENCIA



Crterios de Derivación a Urgencias Hospitalarias



Síndrome Escroto Agudo

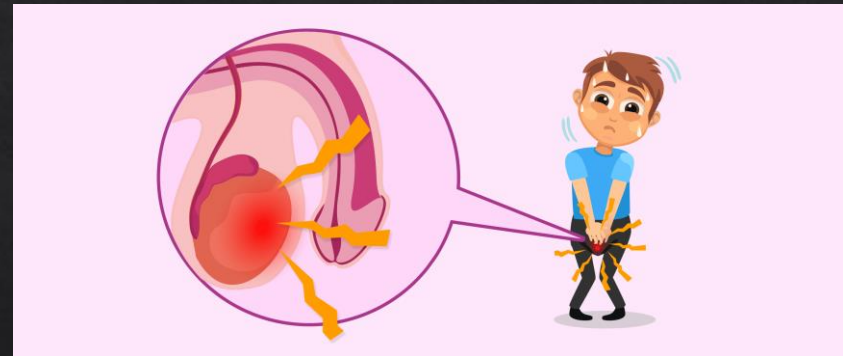


- ◆ Dolor agudo e intenso del contenido escrotal, con signos locales y/o síntomas generales.
- ◆ Dificultad para explorar el escroto doloroso e inflamado.
- ◆ Patologías que comprometen la viabilidad del testículo.



¿Qué debemos conocer?

- ◊ Tiempo de evolución desde la aparición del dolor
- ◊ Náuseas/vómitos
- ◊ Fiebre
- ◊ Sintomatología miccional
- ◊ Antecedente de traumatismo



Torsión Testicular



- ◆ **EMERGENCIA** urológica
- ◆ Puede producir la pérdida irreversible del testículo
- ◆ Adolescencia: 13 a 17 años
- ◆ Segundo pico de incidencia: Periodo neonatal
- ◆ Supone el 20% de todas las causas de escroto agudo y el 40% de la infancia
- ◆ Afecta a ambos testículos con igual frecuencia (incidencia en el teste contralateral 4%)



Etiología

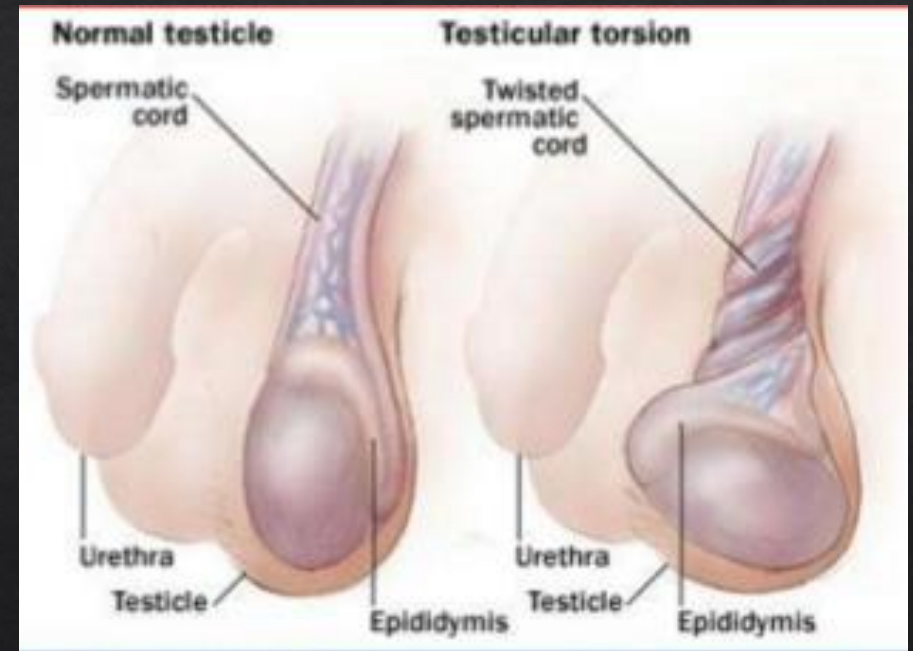
Rotación



Flujo Venoso

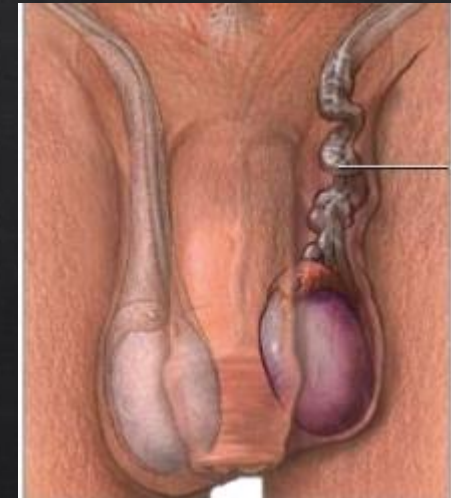


Flujo Arterial



Clínica

- ◈ Dolor intenso de aparición brusca, irradiado o no a hipogastrio, pubis o región inguinal ipsilateral.
- ◈ Náuseas, vómitos, cuadros vagales.
- ◈ No fiebre ni síndrome miccional



Exploración Física

- ♦ Testículo ascendido, doloroso y horizontalizado:

Signo de Gouverneur

- ♦ Aumento del teste con edema o eritema escrotal

- ♦ Elevación del testículo afecto NO alivia el dolor, a veces la empeora:

Signo de Prehn Negativo

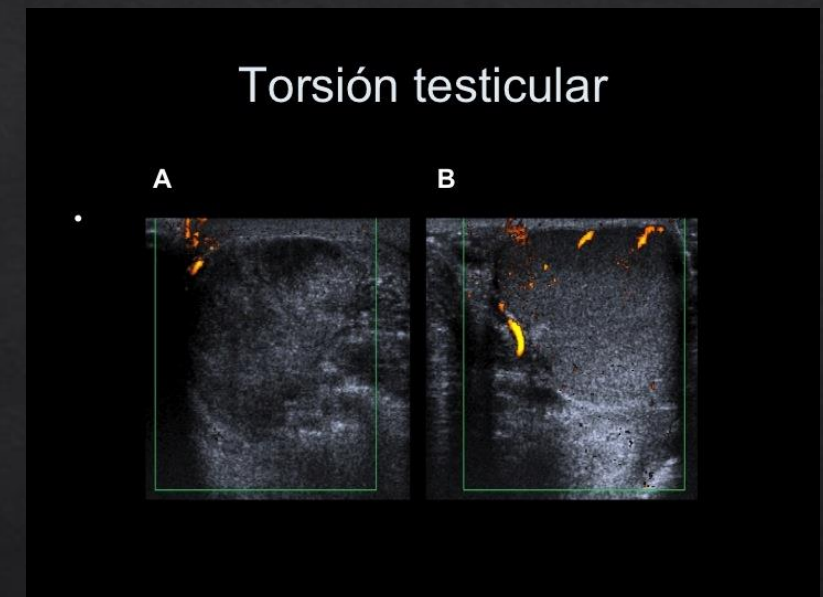
- ♦ Reflejo cremastérico **AUSENTE**

- ♦ Palpación del epidídimo en posición anterior e incluso palparemos las vueltas del cordón



Diagnóstico

- ◆ Sospecha clínica clara justifica la exploración quirúrgica urgente
- ◆ Ecografía Doppler: evalúa la anatomía y comprueba la presencia o ausencia de flujo sanguíneo testicular (S 88%, E 98%)
- ◆ Es la prueba de elección en caso de duda diagnóstica



Tratamiento

- ◈ Detorsión manual: detorsionar el cordón en sentido opuesto→ Si la maniobra es efectiva el teste da “ giro rápido” y cede el dolor casi de inmediato
- ◈ Comprobación con ecografía doppler de la perfusión testicular
- ◈ **Exploración quirúrgica urgente:**
viabilidad testicular y orquidopexia bilateral

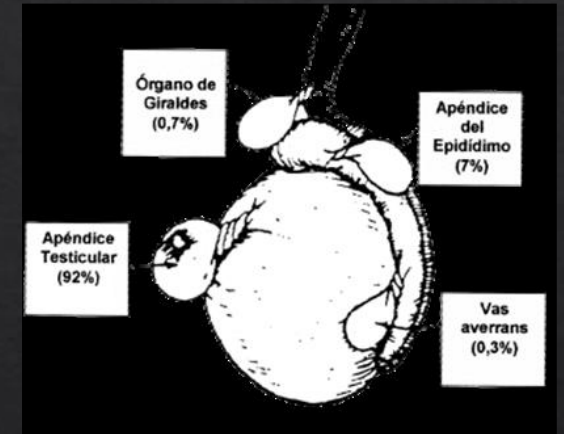


Torsión de Anejos Testiculares

◈ 4 tipos

◈ 95% → Hidátide de Morgagni

◈ Pico incidencia: niño pequeño, adolescente y de forma excepcional en el adulto

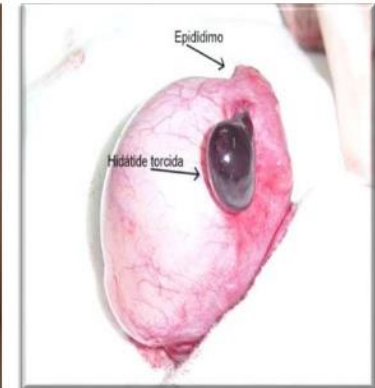


Clínica

- ◊ Variable: Insidioso VS Agudo
- ◊ Estado general conservado
- ◊ No fiebre

Exploración Física:

- ◊ Signo mancha azul
- ◊ Reflejo cremastérico presente
- ◊ Testículo móvil



El punto azul puede observarse en las primeras horas de instaurado el cuadro. Es patognomónico de torsión de la hidátide. B. Hidátide de Morgagni con necrosis isquémica secundaria a torsión.



Tratamiento Torsión Hidátide

- ◆ NO es una urgencia quirúrgica
- ◆ Tratamiento conservador



Epididimitis

- ◊ Aguda < 6 semanas VS Crónica
- ◊ Es la causa más frecuente de escroto agudo en adultos, rara en niños y adolescentes.
- ◊ Fuente común de diagnóstico erróneo
- ◊ Complicaciones: absceso, infarto testicular, cronificación del cuadro.
- ◊ Puede acompañarse de orquitis → Orquiepididimitis



Etiología

◈ Vía ascendente tras colonización bacteriana

Relaciones Sexuales Riesgo	No Relaciones Sexuales Riesgo
• Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydia	• E.Coli



Causa no infecciosa: Amiodarona



Clínica

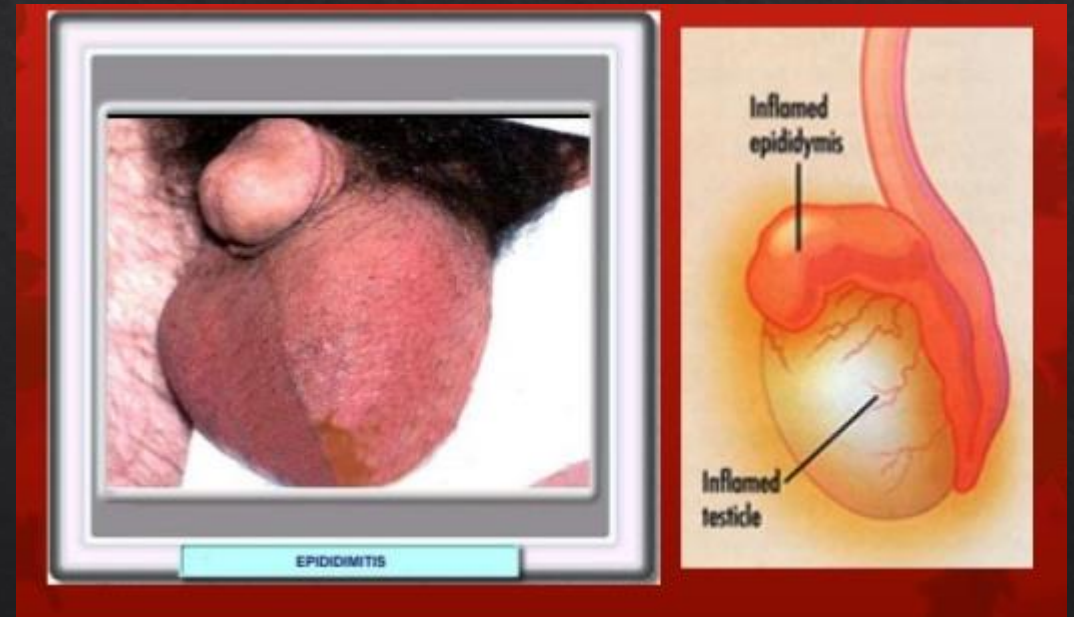
- ◈ Dolor de intensidad variable, instauración gradual +/- sd. Febril +/- síntomas del tracto urinario inferior +/- secreción uretral.
- ◈ Aumenta con la deambulación y alivia al sentarse
- ◈ Inicio en cola de epidídimo y se difunde a través del mismo y al testículo



Exploración Física

Epididimitis= Prehn=
Positivo

- ◆ Aumento tamaño hemiescroto afecto
- ◆ Síntomas locales inflamatorios
- ◆ Signo de Prehn positivo
- ◆ Reflejo cremastérico presente
- ◆ Hidrocele reactivo



Diagnóstico

- ◊ Historia clínica
- ◊ Analítica sangre: leucocitosis con neutrofilia, alteración reactantes fase aguda
- ◊ Orina: piuria , bacteriuria
- ◊ Ecografía Doppler: aumento del volumen epididimario, hiperaflujo vascular.
- ◊ Diagnóstico diferencial con la Torsión.



Tratamiento

- ◈ Medidas generales: reposo relativo, frío local, elevación escrotal, analgésicos y antiinflamatorios.
- ◈ Tratamiento antibiótico empírico
- ◈ Hospitalización: fiebre, leucocitosis intensa, dolor no controlado, complicación infecciosa, paciente inmunodeprimido.

Riesgo ETS	No Riesgo ETS
14 días • Ceftriaxona 1 gr dosis única + Doxiciclina 100 mg /12 hs • Fluoroquinolonas en caso de alergia	14 días • Cefuroxima 500 mg /12 hs • Levofloxacino 500 mg/12 hs



Hematuria

- ♦ Una de las indicaciones más comunes para la evaluación urológica
- ♦ Signo de enfermedad potencialmente importante
- ♦ Evaluación inicial del paciente, diagnóstico diferencial y manejo de la hematuria y criterios de derivación



Epidemiología y Etiopatogenia

◈ Hematuria: Sangre en orina (macro o micro) procedente de cualquier nivel de la vía urinaria , desde el glomérulo hasta el esfínter urinario externo.

◈ >100 hematíes/campo → Hematuria macroscópica

- 83% tumores vesicales
- 66% tumores ureterales
- 48% tumores renales

◈ Entre 1,5 al 13% encontraremos como causa un tumor urogenital



Etiología

◈ Etiología muy variada

- Nefropatías médicas
- Tumores
- Litiasis
- Infecciones urinarias
- Traumatismos

- Fármacos y/o radiaciones
- Discrasias sanguíneas
- Procesos vasculorrenales
- Hematuria ex vacuo

◈ Podemos distinguir:

- Hematuria inicial: patología uretral o prostática
- Hematuria terminal: origen vesical
- Hematuria total: supravesical o cualquier nivel



Manifestaciones Clínicas

◈ Indispensable anamnesis y exploración física

◈ Factores de riesgo de neoplasia urológica

◈ Clínica acompañante:

- Tabaco
- Antecedentes de radioterapia
- Tratamiento ciclofosfamida
- Exposición aminas y colorantes

cistitis

tumor

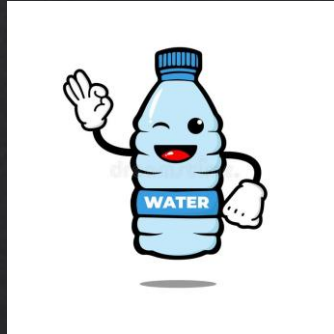
glomerular

litiasis



Tratamiento

◈ Hematuria leve



◈ Hematuria franca con coágulos



Análisis sangre y orina

Radiografía abdomen simple

Ecografía abdominal

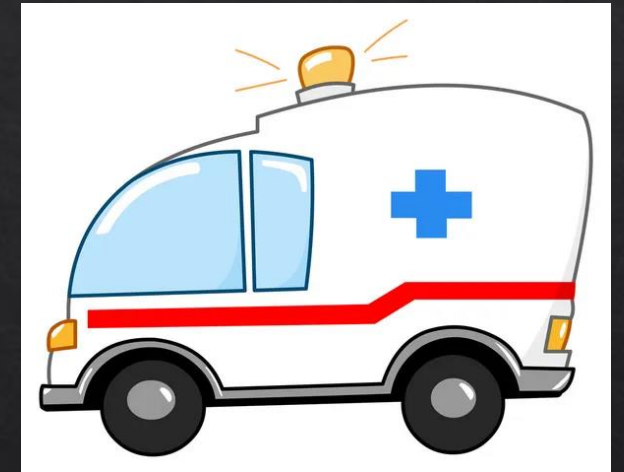
Uro-TAC

Cistoscopia



Crterios de Derivación Urgente

- ◊ Repercusión hemodinámica
- ◊ Uropatía obstructiva
- ◊ Anemizante
- ◊ Antecedente de traumatismo previo
- ◊ Sepsis asociada



Microhematuria

- ◈ Más de 3 hematíes/campo sistemático de orina (2 muestras en intervalo de 10 días)
- ◈ Prevalencia se sitúa entre el 0.18 y el 16% de la población general
- ◈ Múltiple etiología
 - Glomerular
 - No glomerular: 
 - Tracto urinario superior
 - Tracto urinario inferior



Estudio de la Microhematuria en AP

◈ Sedimento Urinario

◈ Historia Clínica

- Antecedentes familiares de hematuria
- Enfermedad Renal
- Fármacos
- Actividad física intensa
- Traumatismo previo
- Sintomatología asociada



❖ Clasificación de las causas de microhematuria según su origen

Glomerular	No glomerular
- Nefropatía por Ig A - Síndrome de Alport - Enfermedad Membrana basal - Glomerulonefritis focal Hematíes dismórficos Cilindros hemáticos Proteinuria	a) <u>Tracto urinario superior</u> -Litiasis -Pielonefritis -Enfermedad poliquística -Neoplasia Renal b) <u>Tracto urinario inferior</u> -Cistitis -Prostatitis -Uretritis -Neoplasia vesical -Neoplasia prostática



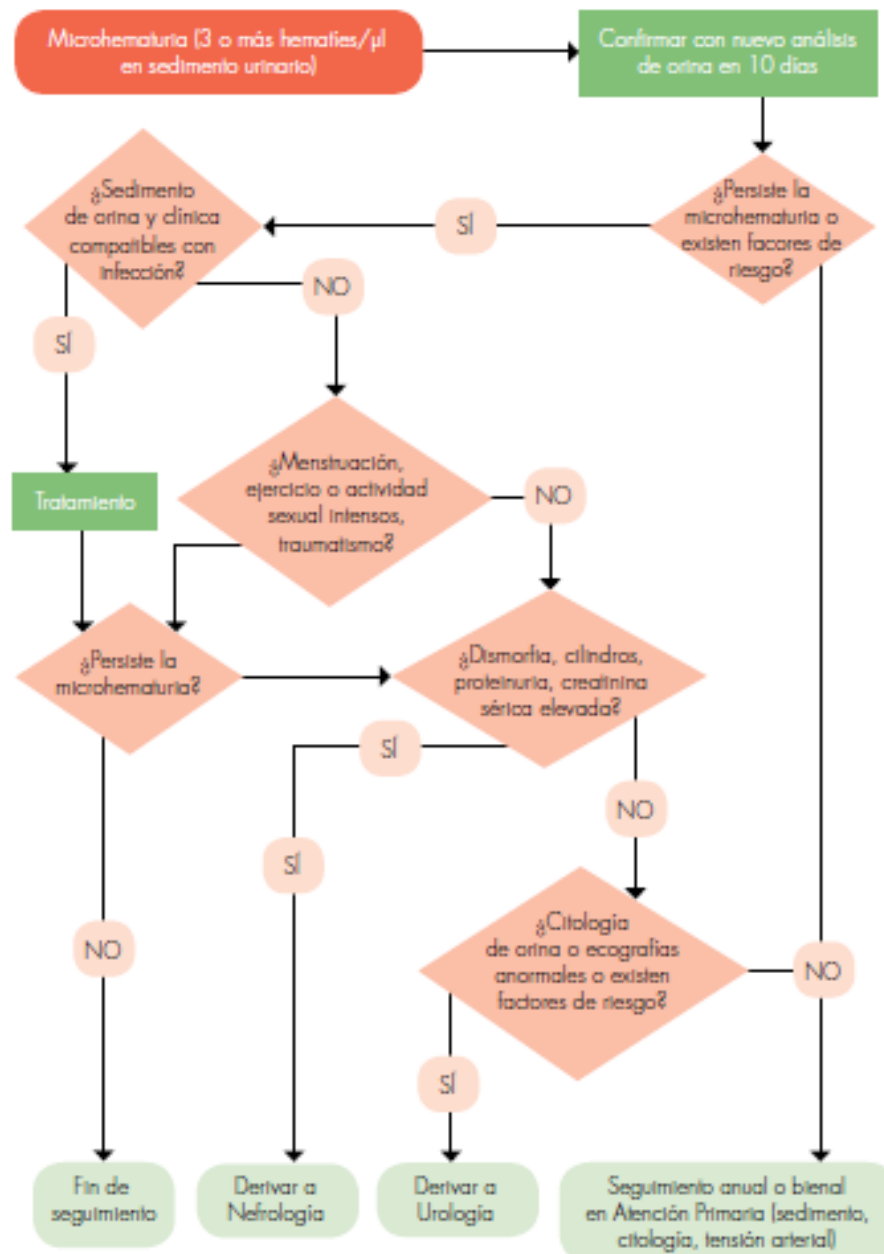
- Tabaquismo
- Exposición a productos químicos
(bencenos, aminas aromáticas, fenacetina)
- Infección urinaria recurrente
- Antecedentes previos de neoplasia urológica



Pruebas Complementarias

- ◊ Analítica sangre: hemograma, coagulación y bioquímica
- ◊ PSA
- ◊ Hematuria no glomerular + FR → Ecografía aparato urinario, Citologías de Orina , Valoración Urológica







Gracias por vuestra atención

