

Ecografía vesical en Atención Primaria. A propósito de un caso. Bladder ultrasound at the primary health care. Report of clinical case

AUTORAS

Lara Piedrabuena Represas¹, Ester Vecillas López²

¹ Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud de Pontearreas.

² Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud de Mos.

Autora para correspondencia: Lara Piedrabuena Represas lara.piedrabuena.represas@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Varón de 84 años que acude a consulta por dolor punzante intermitente en zona suprapúbica y pene, sobre todo cuando tiene deseo de orinar.

Hace 1 año consultó por síntomas del tracto urinario inferior (chorro débil, nicturia y urgencia miccional) que mejoraron con tratamiento con tamsulosina.

Como antecedentes personales, presenta hipertensión arterial y diverticulosis sin episodios de diverticulitis. El paciente nunca ha sido fumador y no consume alcohol.

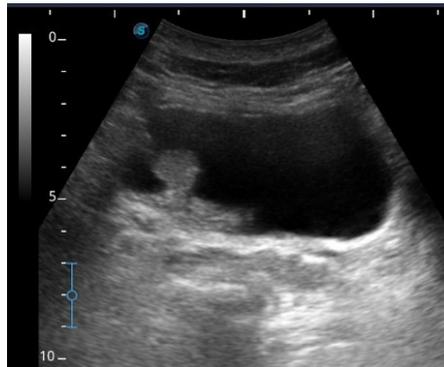
Al explorarlo, presenta buen estado general. El abdomen es blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo, y no se palpan masas, megalias ni adenopatías inguinales.

DIAGNÓSTICO

Se solicitan un sedimento de orina en el que no se encuentran alteraciones y un urocultivo que es negativo. El antígeno prostático específico (PSA) solicitado en 2023 era de 1,04. Se decide realizar ecografía vesical en el Centro de Salud, la cual presenta las imágenes que vemos a continuación (figuras 1 y 2).

Figura 1. Plano transversal



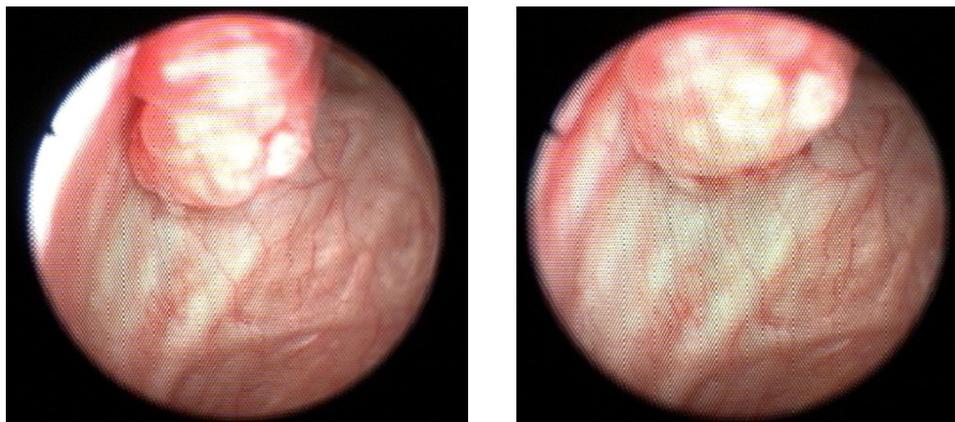
Figura 2. Plano longitudinal

Se informa la ecografía como: “Vejiga no del todo replecionada, paredes lisas, se observa lesión intracavitaria hipoecoica a la derecha de la pared posterior-inferior, de forma polipoidea, que no impresiona que invada la pared vesical”. Se revisan los riñones que no presentan hidronefrosis ni otras complicaciones.

A continuación, se solicita citología de orina y se deriva a Urología por la vía rápida de cáncer de vejiga.

El diagnóstico diferencial ante lesiones focales en la pared vesical en la realización de una ecografía sería entre coágulos, litiasis, micetomas, hiperplasia benigna de próstata, depósitos endometriales o fístulas, entre otros.¹

El informe anatomopatológico de la citología muestra la sospecha de carcinoma urotelial de alto grado y en la cistoscopia transuretral (figuras 3 y 4) se observa un tumor vesical en cara anterior hacia la derecha, con aspecto sólido de unos 3 cm.

Figuras 3 y 4. Imagen del tumor vesical por cistoscopia

Finalmente, el tumor fue tratado mediante resección transuretral.

CONCLUSIONES

El síntoma más frecuente del cáncer de vejiga es la hematuria asintomática. Otros síntomas iniciales frecuentes son aquellos miccionales irritativos, como la polaquiuria, la urgencia miccional o la disuria. En ocasiones estos últimos se confunden con patologías benignas como infecciones de orina, prostatitis, hiperplasia benigna de próstata o litiasis uretral; y, por tanto, se retrasa el diagnóstico del cáncer vesical.² El dolor suprapúbico o pélvico suele estar asociado a tumores localmente avanzados que invaden tejidos blandos o nervios perivesicales; sin embargo, puede presentarse este dolor en tumores no avanzados por la localización de los mismos (por ejemplo, si obstruye la salida de la vejiga y causa retención urinaria).^{3 4}

Entre las indicaciones de la ecografía nefrourológica clínica que pueden ser abordadas por el/la Médico/a de Familia encontramos el dolor en zona suprapúbica, así como los síntomas del tracto urinario inferior en el varón, la hematuria, la alteración de la función renal o el dolor cólico en fosa renal con o sin fiebre.^{5 6}

Aunque el cáncer vesical sea una de las causas más infrecuentes de dolor suprapúbico o de síntomas del tracto urinario inferior, la accesibilidad al ecógrafo en Atención Primaria nos puede ayudar a diagnosticarlo de manera precoz, tratándose de una prueba inocua para el paciente y que aporta gran información.

Consentimiento informado: Los autores de este caso clínico declaramos que se obtuvo el consentimiento informado oral y escrito para la publicación de este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Ricote C, Rosa Calero S, González Uréndez P, Tanasa A, Dinu L. Revisión radiológica de la patología vesical. Seram. 2018.
2. Lotan Y, Choueiri TK. Clinical presentation, diagnosis and staging of bladder cancer. UpToDate [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
3. Fall M, Baranowski AP, Eneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. European Association of Urology. 2010.
4. Ramírez-García S, Gutiérrez-Salinas J, Núñez-Ramos NR, Mondragón-Teranc P, Hernández-Rodríguez S. Dolor pélvico crónico como origen de sintomatología urinaria, Aspectos generales. Elsevier. Revista mexicana de urología. 2015;75(4):209-218
5. Sanchez Barrancos IM. Ecografía y Atención Primaria. Elsevier. 2017;49(7):378–80.
6. Segura-Graua A, Herzog R, Díaz-Rodríguez N, Segura-Cabral JM. Ecografía del aparato urinario. Semergen. 2016;42(6):388-394