

HAGA SU DIAGNOSTICO

Dres. G. Kohn Loncarica, J. C. López, M. T. G. de Dávila, G. Chantada

CASO CLINICO

Un adolescente de 14 años sin antecedentes patológicos consulta en el servicio de emergencias por presentar imposibilidad para orinar.

El paciente refiere que los síntomas habían comenzado 14 días antes. En otra institución se le realizó un sondaje vesical luego del cual pudo orinar normalmente. Durante las últimas 48 horas repite la imposibilidad para orinar siendo derivado con una sonda vesical permanente.

Sin antecedentes personales ni familiares de importancia, como traumatismos, disuria, dificultades para la defecación, negó haber sido vacunado recientemente.

No hay antecedentes de consumo de drogas u otras medicaciones, es sexualmente activo con pareja estable.

Al examen físico se encontraba eutrófico, en buen estado general, afebril y compensado clínicamente.

El abdomen era blando, depresible y podía constatarse por palpación y percusión un globo vesical pequeño ya que había pinzado la sonda vesical.

El examen neurológico fue normal, la sensibilidad, el tono y la fuerza muscular estaban conservados así como los reflejos osteotendinosos.

El examen semiológico de la columna verte-

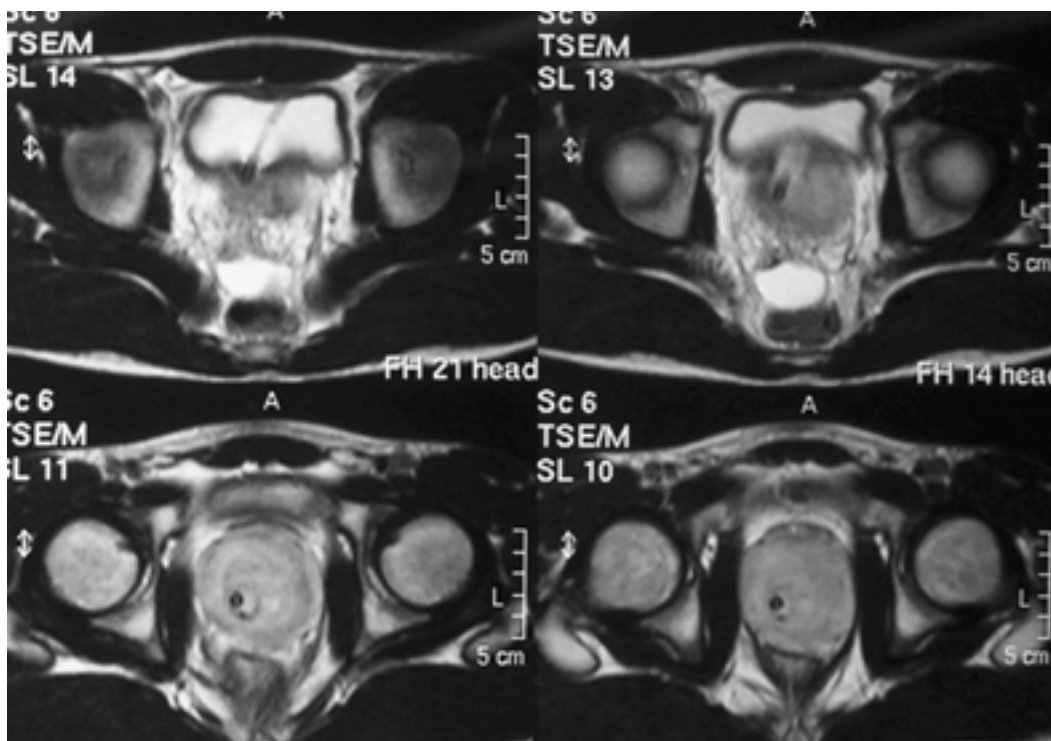


Figura 1: Cortes axiales.

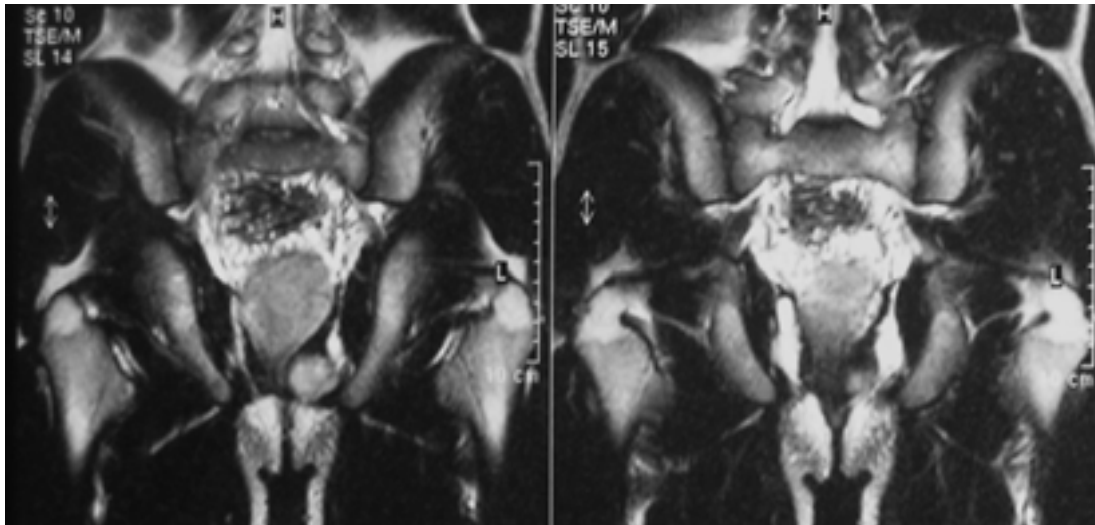


Figura 2: Cortes coronales.

bral fue normal no encontrándose puntos dolorosos, deformidades ni hematomas.

La orina completa, hemograma, ionograma, urea, creatinina, calcemia, hepatograma ácido úrico y gases en sangre hallándose todos los resultados dentro de la normalidad.

El urocultivo fue negativo.

Los valores de alfa feto proteína y HCG se hallaron dentro de límites normales.

Las RX de columna vertebral en frente y perfil eran normales.

La ecografía abdominal y pélvica reveló una formación sólida, ligeramente heterogénea de 5,5 cm x 4,5 cm x 4,3 cm de localización prostática.

La TC de tórax abdomen y pelvis reveló masa sólida en próstata no presentando otras alteraciones.

Se realizó biopsia transrectal.

La RMN de pelvis mostró la siguiente imagen:

El paciente fue internado para completar el diagnóstico.

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO

Comentario

La consulta por retención aguda de orina es infrecuente en pediatría.

Los síntomas suelen ser desesperantes y requieren de intervención urgente a fines de aliviar el cuadro. Luego debe investigarse rápidamente la causa que lo produce.

El interrogatorio en búsqueda de antecedentes traumáticos de pelvis o columna, infecciones urinarias previas, hematuria, hipercalciuria, cálculos renales y síntomas neurológicos inespecíficos como parestesias ayudará a guiarnos inicialmente al diagnóstico.

Deberá interrogarse acerca de consumo de drogas o medicamentos que generen depleción de potasio.

El examen neurológico es fundamental buscando signos indirectos de compromiso medular.

Los estudios iniciales deben apuntar a descartar infección urinaria, lesiones de la columna vertebral, alteraciones del medio interno (hipokalemia) y masas ocupantes en abdomen y pelvis que generen compromiso vesical.

Posteriormente si no se llega al diagnóstico se deberá descartar patología neurológica (central o periférica) a través de estudios por imágenes (RMN).

En todos los casos en donde no se arribe fácilmente al diagnóstico, está indicada la internación.

Causas de retención aguda de orina en pediatría

- infección urinaria,
- uretritis – vulvitis,
- hipokalemia,
- traumatismo de uretra y vejiga,
- traumatismo medular,
- esclerosis múltiple,
- lesiones corticales o de las vías eferentes (motoneurona central),
- compresión mecánica de la vejiga por tumores extravesicales,
- tumores intravesicales.

El rhabdomiosarcoma prostático es una causa infrecuente de retención aguda de orina en la edad pediátrica. Se considera una localización desfavorable para este tumor, ya que en muchas ocasiones, no se logra resecarlo en forma completa o cuando esto se logra, se asocia a severas secuelas funcionales. Debido a esto, la conducta inicial, habitualmente es la biopsia seguida de quimioterapia y cirugía luego de que la quimioterapia haya logrado reducir el tumor. La edad de presentación más frecuente del rhabdomiosarcoma prostático es durante la primera infancia. Típicamente, el rhabdomiosarcoma genitourinario en pacientes de sexo masculino afecta tanto la vejiga como la próstata, siendo imposible, en ocasiones distinguir con exactitud el origen del tumor. Algunos pacientes presentan hematuria y aquellos en los que el tumor invade predominantemente el techo o las paredes de la vejiga, respetando el trigono presentan mejor pronóstico y menores secuelas. De todas maneras, con tratamientos actuales, el 70% de los pacientes con esta entidad logran curarse si no ha habido metastasis al diagnóstico.

LECTURA RECOMENDADA

- Ferrer F, Isakoff M, Koyle M. Bladder-prostate rhabdomyosarcoma. Past, present and future. J Urol 2006; 176: 1283-1291.