




Paciente femenina con retención aguda de orina secundaria a litiasis uretral

A female patient with acute urinary retention caused by urethral lithiasis

Lesyibeth Rodríguez-Cruzata^{1,2} 

¹Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo". Contramaestre. Santiago de Cuba. ²Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba. Cuba.

Recibido: 9 de agosto de 2021

Aprobado: 2 de diciembre de 2021

RESUMEN

La retención aguda de orina es una entidad poco frecuente en mujeres, que puede relacionarse con distintos trastornos, rara vez debido a procesos obstructivos. Se presenta un caso de retención aguda de orina, secundaria a litiasis enclavada en uretra femenina, su diagnóstico, evolución, complicaciones y tratamiento. Se trata de una paciente de 63 años de edad, que acude a cuerpo de guardia con fuerte dolor en hipogastrio y sin poder orinar desde el inicio del dolor, sin referir otros síntomas, ni antecedentes patológicos familiares de litiasis u otras patologías. Es tratada con espasmodor y hidratación parenteral, con mejoría momentánea de los síntomas. Varias horas más tarde acude nuevamente a urgencias por presentar dolor intenso y mantenido en hipogastrio, que irradia a región lumbar bilateral, intensos deseos de orinar sin poder efectuar la micción, con tenesmo y pujos fuertes, repetidos, acompañado además de dolor intenso en periné y genitales externos. Se observa meato abombado por presencia de litiasis uretral, que hace pequeña prominencia. Ante la evaluación del diámetro del meato y el gran tamaño de la litiasis se decide realizar meatoplastia y se deja sonda Foley. La paciente evoluciona positivamente. En consulta de seguimiento, a los 21 días, se le retira sonda vesical, con continencia y evacuación espontánea normal. Ecografía renal y orina normales. El caso evidencia la importancia de una adecuada anamnesis, examen físico y apoyo en exámenes complementarios.

Palabras clave: URETRA; LITIASIS; RETENCIÓN URINARIA; DOLOR AGUDO; MUJER.

Descriptores: URETEROLITIASIS; RETENCIÓN URINARIA; DOLOR AGUDO; MUJERES.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas dos décadas se ha producido un aumento significativo en la frecuencia de la patología urolitiásica, especialmente en países occidentales. Hoy día, las personas tienen una probabilidad de 10-15 % de presentar un episodio de litiasis urinaria

SUMMARY

Acute urinary retention is a rare condition in women. It can be related to different disorders, rarely due to obstructive processes. We present a case of acute urine retention caused by lithiasis embedded in the female urethra, with its diagnosis, progress, complications and treatment. This is a 63-year-old patient, who comes to the emergency department with severe pain in the hypogastrium and without being able to urinate from the onset of pain, without other symptoms, a family history of lithiasis or other pathologies. She is treated with spasmoforte and parenteral hydration, with momentary improvement of symptoms. Several hours later, she presents to the emergency department due to intense and sustained pain in the hypogastrium, which radiates to the bilateral lumbar region, intense desire to urinate without being able to perform micturition, with strong, repeated tenesmus, also accompanied by intense pain in the perineum and external genitalia. A domed meatus is observed due to the presence of urethral lithiasis, which makes a small prominence. Given the evaluation of the diameter of the meatus and the large size of the stone, it was decided to perform a meatoplasty and leave a Foley catheter. The patient progresses positively. In a follow-up consultation, at 21 days, the urinary catheter is removed, with continence and normal spontaneous evacuation. Kidney ultrasound and urinalysis are normal. The case shows the importance of an adequate anamnesis, physical examination and diagnostic tests.

Keywords: URETHRA; LITHIASIS; URINARY RETENTION; ACUTE PAIN; WOMAN.

Descriptors: URETEROLITHIASIS; URINARY RETENTION; ACUTE PAIN; WOMEN.

durante su vida adulta. Su etiología no está del todo definida, pero se cree que es una combinación de alteraciones en la excreción renal, factores ambientales y hábitos como los dietéticos y estilos de vida actuales. Históricamente se ha descrito que la litiasis urinaria es más frecuente en hombres,



afectando a los hombres dos a tres veces más que a las mujeres. ^(1,2)

La retención aguda de orina (RAO) consiste en la repentina imposibilidad para vaciar el contenido vesical. Es una entidad poco frecuente en mujeres, cuya incidencia se estima en 0,07 por 1000 habitantes por año. Puede relacionarse con distintos trastornos. A diferencia de lo que ocurre en los varones, en las mujeres la RAO no suele deberse a procesos obstructivos. ⁽³⁾ Sus causas obedecen a obstrucción anatómica del tracto urinario inferior y causas funcionales. En la mujer se pueden presentar patologías intrínsecas uretrales, como estenosis uretral, divertículos, litiasis, cuerpos extraños o tumores y extrínsecas, como extrusiones de malla, traumatismos perineales y parto. ⁽⁴⁾

La uretra no es un lugar donde asientan con frecuencia los cálculos del aparato urinario y mucho menos frecuente en la mujer. Sin embargo, puede albergar cálculos en virtud de factores que dependen del mismo cálculo o del órgano en cuestión. ⁽³⁾

Se describe un caso de presentación no frecuente de retención aguda de orina secundaria a litiasis enclavada en uretra femenina, su diagnóstico, complicaciones, tratamiento y evolución.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 63 años de edad, raza blanca, de profesión enfermera. Acude a cuerpo de guardia, porque desde horas de la madrugada comenzó con fuerte dolor en hipogastrio y desde entonces no había podido orinar, sin referir otros síntomas. Sin antecedentes patológicos familiares de litiasis u otras patologías. Un hijo, producto de parto eutócico hace 36 años. Antecedentes de hipertensión arterial, que trata con Enalapril 20 mg cada 12 horas.

Es tratada con Espasmofoorte 250 mg e hidratación parenteral 500 mL. Ante la mejoría de los síntomas, la paciente decide retornar a su hogar. Varias horas más tarde acude nuevamente a urgencias, por lo que es solicitada la atención del especialista de guardia de Urología. En esos momentos, luego de 18 horas de instaurada la sintomatología inicial, presenta dolor intenso y mantenido en hipogastrio, que irradia a región lumbar bilateral, intensos deseos de orinar sin poder efectuar la micción, con tenesmo y pujos fuertes y repetidos, acompañado, además, de dolor intenso en periné y genitales externos.

Examen físico

Inquietud, sudoración profusa, frialdad.

Mucosas: normocoloreadas y húmedas.

Abdomen: tumoración central, redondeada, en hipogastrio, que alcanza región umbilical, dolorosa a la palpación, mate a la percusión, que aumenta el dolor y los deseos de orinar a la palpación superficial, en correspondencia con globo vesical. Fosas lumbares ligeramente dolorosas.

Urogenital: puntos pielorreouretrales posteriores dolorosos.

Se observa meato uretral abombado por presencia de litiasis uretral, que hace pequeña prominencia a través del mismo.

Ante la urgencia, se decide realizar cirugía mínima y complementarios.

Según la evaluación del diámetro del meato y el gran tamaño de la litiasis, se decide realizar meatotomía. Tras la incisión sobre el meato, se expulsó con gran presión litiasis de 2 x 3 cm (**imagen 1**), acompañado de tres mil mililitros de orina turbia. Se realiza meatoplastia y se deja sonda Foley número 20 Fr.

IMAGEN 1. Litiasis de 2 x 3 cm expulsada a través uretra femenina



Complementarios

Hemograma: 126 g/L (normal).

Leucograma: 10×10^9 L (normal).

Creatinina: 113 mmol/L (normal).

Orina: turbia, abundante sedimento, leucos 18 por campo (aumentado).

Ecografía renal: ambos riñones de tamaño y posición normal, parénquima 12 mm, con ureteropielocaliectasia bilateral simétrica, calices 12 mm, pelvis de 27 mm y uréteres 11 mm. No se observa factor obstructivo.

Se da alta médica con terapia antibiótica: ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas y analgesia con dipirone 500 mg cada 8 horas e ingerir abundantes líquidos.

En consulta de seguimiento a los 21 días se le retira sonda vesical, con continencia y evacuación espontánea normal. Ecografía renal y orina normales.

DISCUSIÓN

Aunque los principios básicos miccionales son similares en el hombre y en la mujer, las diferencias, tanto anatómicas como funcionales, de la uretra femenina implican una dinámica miccional diferente. La mujer orina con menores presiones en el detrusor (incluso, con solo relajación del suelo pélvico y sin contracción del detrusor) y genera flujos miccionales mayores que el hombre. La uretra femenina no es un lugar donde asientan con frecuencia los cálculos del aparato urinario. ⁽⁴⁾

De lo descrito anteriormente puede que resalte la naturaleza de lo raro de una litiasis enclavada en la uretra femenina. Existen varias literaturas ⁽³⁻⁶⁾ que definen la litiasis como causa de obstrucción urinaria baja, pero no se encontraron casos reportados hasta la fecha, como el que se presenta, de litiasis enclavada en uretra femenina, solo se encontraron algunos casos, ^(7,8) en una condición anatómica anormal, como litiasis en el interior de divertículo uretral. En este caso es probable que la litiasis pudo presentarse en vías urinarias superiores y por su tamaño enclavarse en uretra, ocasionando la retención aguda de la orina.

La longitud aproximada de la uretra femenina oscila entre 3 y 5 cm, con un calibre entre 0,7 y 0,8 cm. ⁽⁹⁾ Anatómicamente, conducto cilíndrico de naturaleza elástica, de calibre relativamente uniforme y sometido al pasaje bastante poderoso del chorro miccional, que barre al exterior con cualquier obstáculo accidental, cuyo tamaño no sea excesivo. Puede, sin embargo, albergar cálculos en virtud de factores que dependen de estos mismos o del órgano en cuestión; entre las causas uretrales, todas capaces de disminuir su calibre normal como las estrecheces, compresiones uretrales extrínsecas u otras. ⁽³⁾

En cuanto a los factores que dependen del cálculo mismo, unos autores consideran de manera clásica que el tamaño de la litiasis medida es la variable más significativa que afecta la probabilidad de expulsión espontánea, mientras que otros opinan que únicamente se puede invocar la forma, ya que no el diámetro, pues el hecho de atravesar el cuello vesical, cuyo calibre, junto al del meato uretral, es el más pequeño de todo el conducto, forzosamente lo hace viable a través de todo este, es en virtud de aristas o puntas que puede un cálculo que llega a una uretra normal, enclavarse en ésta y permanecer en ella. ^(2,3) En este caso pudieran contribuir ambos criterios, y es que esta paciente presentó en uretra un cálculo más grande que su calibre normal, con una punta que pudo fácilmente introducirse en el cuello vesical y que por las grandes presiones de orina sobre el mismo, al estar la vejiga a toda capacidad y por los pujos fuertes y repetidos de la paciente en virtud de eliminar el impedimento de la micción.

Existe un aumento en la incidencia de litiasis urinaria durante la cuarta y sexta década de la vida. Las cifras, tanto de prevalencia como incidencia, son más altas entre individuos de raza blanca, seguidos de los hispánicos, afroamericanos y asiáticos, coincidiendo con la paciente descrita. ⁽¹⁾

La sintomatología no es típica. Unas veces el debut se hace por brusca detención del chorro miccional y retención completa de orina subsiguiente; otras veces el enervamiento del cálculo no es acusado en forma notable y sólo se observa disuria total, dando el síndrome de una estrechez uretral. En la retención aguda de orina, la vejiga se encuentra a muy alta presión, con violentos espasmos, lo que ocasiona

gran dolor, agitación y la presencia de globo vesical a la exploración. ^(6,7)

El diagnóstico se basa en una evaluación clínica completa y la demostración del factor litiásico. Una anamnesis detallada es crucial para determinar la etiología de la RAO. En la exploración física es importante la detección de una patología orgánica de la obstrucción uretral, así como de un posible globo vesical. ^(3,10) El diagnóstico es fácil, cuando existe el antecedente mediato de un cólico renal, que precede a una retención brusca del chorro. Pero en los cálculos con sintomatología escasa o nula, que pueden ser bien tolerados y por largo tiempo, es la exploración uretral la que revela la presencia del cálculo enclavado. La ecografía y la radiografía también ayudan al diagnóstico. ⁽¹⁻⁶⁾ La paciente que se describe no presentó síntomas urinarios anteriores y, dada la urgencia de su cuadro, el diagnóstico se hizo mediante la exploración física de abdomen (globo vesical) y de uretra.

La obstrucción a la salida vesical es menos frecuente en la mujer que en el hombre y, generalmente, es una obstrucción extrínseca secundaria a una patología orgánica ginecológica (un 33 % en prolapsos de órganos pélvicos de grado \geq III) o a una cirugía de incontinencia urinaria (3-15 %), que ocasiona una compresión extrínseca o una distorsión de la uretra. La estenosis uretral, o la patología intrínseca uretral, es menos frecuente (4-13 %), pero puede observarse por atrofas urogenitales intensas, carúnculas, procesos inflamatorios/infecciosos, litiasis o por maniobras uretrales. De este modo, es importante realizar el diagnóstico diferencial de la etiología de la retención aguda de orina con estos diagnósticos. ⁽¹⁰⁾

No todas las mujeres que sufren un episodio de retención aguda de orina son derivadas a la consulta de urología, ya que en la mayoría de los casos se trata de un episodio puntual sin repercusiones. Sin embargo, en algunas mujeres se detectan trastornos que precisan un estudio más detallado, un seguimiento estrecho o la instauración de un tratamiento, como en esta paciente, que tuvo desenlace sobre el tracto urinario superior evidenciado por ecografía, lo que pudo repercutir sobre la función renal de forma permanente de no haberse actuado de forma oportuna. ⁽³⁾

En este caso la utilización de hidratación en la primera atención médica no fue lo ideal. Ante el síntoma "no micción", sin un interrogatorio y examen minucioso, no se debe instaurar este tipo de terapia. Esta solo contribuyó al mayor llenado de la vejiga y, posteriormente, a la dilatación del sistema superior. El tratamiento quirúrgico es definitivo en la evolución de los pacientes en casos de patologías obstructivas. ⁽³⁻⁶⁾ La paciente expulsó la litiasis mediante una meatotomía, lo que resultó en una adecuada evolución de la misma.

La litiasis urinaria es una condición frecuente, tanto en el hombre como la mujer, pero su enclavamiento en la uretra es en extremo raro, no solo puede


causar gran dolor o retenciones de orina, sino también daño de la función renal. Con una adecuada anamnesis, examen físico y apoyo de exámenes

complementarios, puede diagnosticarse y tratarse a tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Susaeta R, Benavente D, Marchant F, Gana R. Diagnóstico y manejo de litiasis renales en adultos y niños. *Rev. Med. Clin. Condes* [revista en internet]. 2018 [citado 10 de julio 2021]; 29(2): 197-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.03.002>.
2. Piñón-Solis EO, Gil-García JF, Medrano EA, Noyola-Guadarrama A, Alcántara-Maya P. Valor predictivo de proteína C reactiva y albúmina en la expulsión de litos ureterales de 6-10 mm del tercio inferior. *Rev. Urol Colomb.* [revista en internet]. 2020 [citado 10 de julio 2021]; 29(1): 43-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697011>.
3. García-Fadrique G, Morales G, Arlandis S, Bonillo MA, Jiménez-Cruz JF. Causas, características y evolución a medio plazo de la retención aguda de orina en las mujeres remitidas a una Unidad de Urodinámica. *Actas Urol. Esp.* [revista en internet]. 2011 [citado 10 de julio 2021]; 35(7): 389-393. Disponible en: <https://www.aeu.es/actas/V35N7/ACURO-288.pdf>.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica: Disfunción de vaciado y retención aguda de orina. *Prog. Obstet. Ginecol.* [revista en internet]. 2011 [citado 10 de julio 2021]; 62(2): 187-193. Disponible en: <https://doi.org/10.20960/j.pog.00190>.
5. Bobé Armant F, Buil Arasanz ME, Trubat Muñoz G, Solís Narváez R, Moragas Moreno A. Retención de orina en la mujer. *Formación Médica Continuada (FMC)* [revista en internet]. 2018 [citado 10 de julio 2021]; 25(8): 477-482. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.02.004>.
6. Carballido de Miguel B, Verdejo Bravo C. Trastornos de la eliminación urinaria en el paciente mayor. *Medicine* [revista en internet]. 2018 [citado 10 de julio 2021]; 12(62): 3650-3658. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.09.003>.
7. Gousse A, Lorenzo-Gómez Mf, Lebouef L. Divertículo uretral femenino. A propósito de un caso. *Actas Urol.* [revista en internet]. 2003 [citado 10 de julio 2021]; 27(10): 814-821. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(03\)73020-4](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(03)73020-4).
8. Salcedo A, Ballesty P, Maroseck I, Maffei L, Mateu L, Rodríguez J. Divertículo uretral femenino complicado: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Arg. de Urol.* [revista en internet]. 2015 [citado 10 de julio 2021]; 80(3): 129-131. Disponible en: <https://revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/3975/3460>.
9. Latarjet M, Ruiz-Liard A, Pró E. Sistema Urinario. En: *Anatomía humana. 5a ed. Vol. II.* [en línea]. Argentina Buenos Aires: Médica Panamericana; 2019. p. 1555-1566 [citado 10 de julio 2021]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/latarjet-ruiz-liard-anatomia-humana-5a-edicion/#more-139435>.
10. Cordero Vázquez MC, Palomar Sánchez L, López-Herrero Pérez E. Estenosis uretral como causa de incontinencia urinaria compleja en la mujer. A propósito de un caso clínico. *Suelo Pélvico* [revista en internet]. 2017 [citado 10 de julio 2021]; 13(1): 10-15. Disponible en: <https://dev.revistasuelopelvico.es/wp-content/uploads/2021/03/Articulo-3-Suelo-Pelvico-131.pdf>.

Contribución de los autores

Lesyibeth Rodríguez-Cruzata |  <https://orcid.org/0000-0002-4578-1598>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.