



Capítulo 73

UROPATÍA OBSTRUCTIVA

J.F. Jiménez Leiro - A. Sampietro Crespo

CONCEPTO

Se considera uropatía obstructiva (UO) el cese de paso de orina en alguna parte del tracto urinario por un obstáculo mecánico o funcional, de causa congénita o adquirida. La UO puede ser aguda o crónica, completa o incompleta, infravesical o supravesical.

ETIOLOGÍA

Existe una gran diversidad, lo más frecuente a nivel:

- Renal: litiasis, estenosis pieloureterales, neoplasias.
- Uréter: litiasis, compresiones extrínsecas, estenosis, embarazo.
- Vejiga y uretra posterior: hipertrofia prostática, esclerosis de cuello, carcinoma de próstata, litiasis, vejiga neurógena, neoplasias.
- Uretra: estenosis, fimosis, litiasis.

CLASIFICACIÓN

- ▲ UO de tracto urinario superior:
 - Aguda:
 - Cólico nefrítico.
 - Anuria excretora.
 - Crónica:
 - Hidronefrosis.
 - Megauréter.
 - Caliectasia, pielocaliectasia, ureteropielocaliectasia.
- ▲ UO de tracto urinario inferior:
 - Retención aguda de orina.
 - Retención crónica de orina.

CÓLICO NEFRÍTICO

Se trata en el capítulo 71.

ANURIA EXCRETORA

Se suele producir generalmente por obstrucción del uréter de un riñón único.

- ▲ **Clínica**: suele estar precedido de cólico nefrítico. No hay deseo miccional al estar la vejiga vacía. Síntomas de insuficiencia renal.
- ▲ **Diagnostico diferencial**: insuficiencia prerenal y renal.
- ▲ **Pruebas complementarias**:
 - a. Obligatorias (en Urgencias):
 - Estudio analítico: iones, urea, creatinina, sistemático de sangre.
 - Radiografía simple de abdomen: siluetas renales, cálculos.
 - Ecografía: dilatación de sistema excretor, obstáculo en algunas ocasiones.
 - b. Diferidas:
 - Urografía intravenosa (si la función renal lo permite) para visualizar el obstáculo y localización.

- ▲ **Tratamiento:** avisad al urólogo. Cateterismo ureteral o nefrostomía percutánea.
- ▲ **Criterios de ingreso:** siempre.

HIDRONEFROSIS

Dilatación de la cavidad pielocalicial. Síndrome de la unión pieloureteral.

▲ Clínica:

- Dolor en fosa renal que suele ser fijo y persistente, menor intensidad que el cólico nefrítico. Puede irradiarse anterodescendente.
- Derivado de complicaciones: hematuria, piuria, fiebre, expulsión de cálculos o arenillas, insuficiencia renal crónica si es bilateral.

▲ Pruebas complementarias:

a. Obligatorias (en Urgencias):

- Analítica de sangre, sistemático de orina y urocultivo.
- Radiografía simple de abdomen: descarta cálculos.
- Ecografía abdominal: dibuja con gran nitidez el árbol pielocalicial, visualiza el espesor del parénquima.

b. Diferidas:

- Urografía intravenosa: retraso en la eliminación de contraste, dibuja el árbol pielocalicial completo.
- Renograma isotópico (Tc99 DTPA + Furosemida): diferencia una dilatación residual (sin obstáculo) de una dilatación por un proceso obstructivo. En la obstrucción no se registra la fase diurética.
- "Test urodinámico de Whitaker y Vela Navarrete": precisan nefrostomía.

▲ Tratamiento:

- Avisad al urólogo.
- Endopielotomía percutánea o transuretral.
- Pieloplastia desmembrada: por cirugía abierta o laparoscópica.
- Nefrectomía: lesión renal irreversible.

▲ Criterios de ingreso: en las hidronefrosis complicadas.

MEGAURÉTER

Uréter grande. El megauréter obstruido puede ser primario o secundario a obstrucción ureteral, vejiga neurogénica u obstrucción ureteral extrínseca. El primario se asocia con un segmento distal adinámico, suele ser unilateral, más frecuente en varones y en el lado izquierdo.

▲ Clínica:

- Anodina: malestar o ligero dolor renoureteral.
- Complicaciones: infección urinaria, litiasis e insuficiencia renal.

▲ Pruebas complementarias:

a. Obligatorias (en Urgencias):

- Analítica de sangre, sistemático de orina y urocultivo.
- Radiografía simple de abdomen.
- Ecografía abdominal.

b. Diferidas:

- Urografía intravenosa: uréter que se va dilatando distalmente hasta alcanzar una forma fusiforme o bulbosa que bruscamente se convierte en un corto segmento ureteral no dilatado que ingresa en la vejiga.
- Cistografía: diferencia el megauréter primario del reflujo vesicoureteral.
- Renograma isotópico: en pacientes neonatos.



▲ **Tratamiento:**

- Avisad al urólogo.
- Si el megauréter funcional es muy discreto sin repercusión clínica no deben ser operados (ej. hallazgo casual en el adulto).
- Tratamiento quirúrgico: reimplante ureterovesical antirreflujo tras extirpación de segmento adinámico ureteral.

▲ **Criterios de ingreso:** megauréteres complicados.

CALIECTASIA, PIELOCALIECTASIA, URETEROPIELOCALIECTASIA

Obstrucción a nivel de los infundíbulos caliciales, unión pielocalicial, uréter, vejiga, cuello vesical o uretra. Suelen ser adquiridos.

▲ **Clínica:** Asintomática o leve dolor.

▲ **Pruebas complementarias:**

a. Obligatorias (en Urgencias):

- Analítica de sangre, sistemático de orina y urocultivo.
- Radiografía simple de abdomen.
- Ecografía abdominal.

b. Diferidas:

- Urografía intravenosa.
- Caliectasia: cálices distendidos. Habrá que hacer diagnóstico diferencial con los divertículos caliciales.
- Ureteropielocaliectasia: dilatación del árbol excretor.
- Ureter retrocavo: signo de Campbell-Randall (el uréter se incurva y aproxima hacia la columna en L3-4).

▲ **Tratamiento:**

- Avisad al urólogo.
- Lo más conservador posible. Tratamiento sobre la causa de la obstrucción, desde observación a tratamiento quirúrgico.

▲ **Criterios de ingreso:**

En casos complicados: infección, dolor intenso, alteración de la función renal, etc.

UROPATÍA OBSTRUCTIVA DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

- Hombre: patología cérvico-uretro-prostática.
- Mujer: factores genitales.
- Niños: hipertrofia congénita del cuello vesical. Varón: válvulas uretrales posteriores. Niñas: ureterocele ectópico.

UO INFERIOR AGUDA (RETENCIÓN AGUDA DE ORINA)

▲ **Clínica:** intenso dolor en hipogastrio con imperiosa necesidad de orinar sin conseguirlo.

▲ **Pruebas complementarias** (en Urgencias):

- Exploración física: globo vesical (masa en hipogastrio, dolorosa a la palpación que despierta el deseo miccional).
- En caso de dudas: radiografía simple de abdomen o ecografía abdominal.

▲ **Tratamiento:**

- Cateterismo vesical: **sondaje uretral**. Si fuera imposible el sondaje vesical avisad al urólogo para cistostomía suprapúbica percutánea. Cuidado con la hematuria ex-vacuo. La vejiga se debe vaciar poco a poco.

▲ **Criterios de ingreso:** si se produce hematuria ex-vacuo intensa.

RETENCIÓN CRÓNICA DE ORINA

Mucho más grave e insidiosa que la aguda, ya que puede llegar a dañar de forma irreversible la función renal.

- ▲ **Clinica:** incontinencia urinaria por rebosamiento, globo vesical bien tolerado por el paciente.
- ▲ **Pruebas complementarias** (en Urgencias):
 - Exploración física: globo vesical.
 - Analítica sanguínea.
 - Radiografía simple de abdomen.
 - Ecografía abdominal.
- ▲ **Tratamiento:**
 - Evacuar la vejiga como en el caso anterior.
 - Etiológico (por el urólogo): esclerosis de cuello vesical, prostatismo, estenosis de uretra, etc.
- ▲ **Criterios de ingreso:** si la función renal está muy alterada.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Ambroj Navarro C, Valdivia Uria JC. Uropatía obstructiva. En: Resel Estévez L, editor. Urología: libro del residente. 1ª ed. Madrid: ENE; 1998. p. 89-103.
- ▲ Vicente J. Oliguria, oligoanuria. En: Pautas de actuación y protocolos asistenciales del Servicio de Urología de la Fundació Puigvert. 1ª ed. Barcelona: Pulso; 1995. p. 25-29.
- ▲ López-Tello García JJ, Alonso Donego JM, Madrid García FJ. Obstrucción del tracto urinario inferior. Retención aguda de orina. En: Resel Estévez L, Esteban Fuertes M, editores. Urgencias en Urología: manual para residentes. 1ª ed. Madrid: Jarpyo; 1995. p. 165-77.
- ▲ García Matilla F, Medina López R. Retención aguda de orina. En: García Matilla F, editor. Patología urogenital de urgencias. 1ª ed. Madrid: ENE; 1998. p. 193-203.
- ▲ Martínez Rodríguez J, García Matilla F. Fracaso renal agudo. Anuria obstructiva. En: García Matilla F, editor. Patología urogenital de urgencia. 1ª ed. Madrid: ENE Publicidad SA; 1998. p. 157-67.