

CAPÍTULO III

Retención urinaria aguda

*Adolfo Serrano-Acevedo, MD
Sección de Urología
Fundación Santa Fe de Bogotá*

GENERALIDADES

La retención urinaria aguda es uno de los varios desenlaces que pueden presentarse ante la progresión de un cuadro de obstrucción del tracto urinario inferior por hiperplasia prostática, cáncer de próstata o estrechez uretral.

La retención urinaria aguda puede estar asociada con otras condiciones clínicas, como trauma raquimedular, neuropatía periférica, infección urinaria, puerperio, postoperatorios, urolitiasis, tumores pélvicos, etc., en las cuales no necesariamente existe obstrucción. La situación más frecuente y a la cual se refiere esta guía, es la retención urinaria aguda por hiperplasia prostática. Las otras son situaciones menos comunes, cada una con su propio tratamiento.

ETIOPATOGENÍA

El tejido hiperplásico prostático puede crecer hacia el interior de la glándula y obstruir la uretra que pasa por allí. Inicialmente se presenta hipertrofia del detrusor como respuesta compensatoria por parte de la vejiga. Si la obstrucción progresa o se dan circunstancias como la sobredistensión de la vejiga o el consumo de medicamentos con efecto anticolinérgico o con efecto adrenérgico, la respuesta compensatoria es insuficiente y se produce la retención urinaria aguda.

La hiperplasia prostática se manifiesta como aumento palpable de la próstata y se presenta en el 50% de los hombres. El 25% percibe síntomas obstructivos. La retención urinaria aguda se presenta hasta en 5% de todos los hombres. A mayor edad, más frecuencia de hiperplasia, síntomas y retención urinaria aguda: ocurre hasta en 10% de los mayores de 60 años y en 30% de los mayores de 80 años.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El individuo con retención urinaria aguda relata una historia bastante típica. Usualmente se trata de hombres mayores de 50 años que pueden o no estar experimentando síntomas sugestivos de obstrucción del tracto urinario inferior; de estos son usuales el chorro miccional de calibre variable, intermitente o disminuido, sensación de micción incompleta, demora o esfuerzo para iniciar la micción y aumento en la frecuencia urinaria por evacuación incompleta. También hay pacientes en los cuales la retención urinaria aguda puede ser la primera manifestación de obstrucción. En general la retención urinaria aguda se precipita en situaciones como posponer voluntariamente la micción (por ejemplo durante un viaje prolongado) o ingerir alcohol. También se puede asociar al consumo de medicamentos para el resfriado, que frecuentemente contienen

agentes alfa adrenérgicos, los cuales favorecen la contracción del cuello vesical, o a diversos psicofármacos que por su efecto anticolinérgico reducen la contractilidad de la vejiga. El cuadro progresa en horas o días, desde micciones con volúmenes y calibres del chorro cada vez menores hasta la completa imposibilidad para emitir la orina. El individuo ingresa quejándose de dolor suprapúbico y con gran ansiedad.

En el examen físico los hallazgos más prominentes son dolor y masa suprapúbicos evidentes mediante la palpación o la percusión. La situación puede ser más compleja en casos en que éste es el final de una obstrucción crónica y también se encuentran signos de uropatía obstructiva e insuficiencia renal crónica.

Puede darse la asociación con infecciones urinarias de diversos grados de severidad, que varían desde la presencia de orina turbia y mal oliente acompañada de síntomas irritativos hasta el pociesto con importante compromiso sistémico. Dentro de la evaluación general es de importancia cardinal el examen digital rectal, el cual provee información sobre tamaño y consistencia de la glándula; pero es más importante en ese momento identificar una prostatitis aguda, entidad en que la próstata se palpa caliente y puede evidenciarse la presencia de áreas reblandecidas. En casos de prostatitis aguda asociada a retención urinaria la derivación más recomendable es la suprapúbica. La evaluación digital rectal también puede hacer evidente la presencia de induración, nódulos o pérdida de los recesos, características del cáncer prostático.

EXÁMENES PARACLÍNICOS

El reconocimiento de este cuadro clínico es sencillo. Los exámenes paraclínicos dan información sobre la complejidad de la situación.

Se debe practicar hemograma, en el cual la presencia de anemia sugiere obstrucciones de larga data asociadas a uropatía obstructiva. El recuento y distribución de la línea blanca señala la presencia de infecciones urinarias.

La medición de la creatinina sérica da razón sobre el compromiso obstructivo, agudo o crónico; las cifras elevadas justifican la determinación de electrolitos séricos y eventualmente decidir la hospitalización.

El uroanálisis es un examen indispensable. Se debe obtener después de evacuar la orina y aliviar al paciente; la presencia de leucocitos, bacterias o nitritos son hallazgos indicativos de infección urinaria. Se recomienda obtener muestras para cultivo.

Se contraindica la realización de antígeno prostático específico en este momento: tanto en la retención urinaria aguda como en presencia de infección urinaria sus cifras se elevan y pierden todo su valor.

En el servicio de urgencias no se justifica la evaluación por imágenes porque los resultados no hacen variar el tratamiento que se debe proporcionar en ese momento y lugar.

TRATAMIENTO

Por simple lógica es evidente que el tratamiento inmediato es la evacuación de la vejiga; el procedimiento es el siguiente:

- La técnica de cateterismo debe ser estéril, con cuidadoso lavado de los genitales.
- Se debe lubricar abundantemente la uretra con gel hidrofílico. Para tal efecto recomendamos la colocación de la boquilla del tubo de lubricante directamente dentro del meato y la expresión de unos 10 ml del contenido. Una alternativa es llenar con lubri-

cante una jeringa de 10 cc y aplicarlo dentro del meato.

- Se deben usar catéteres de calibre 18 Fr. Los elementos de menor calibre tienen mayor dificultad en el paso por no tener consistencia suficiente para progresar. Se debe abandonar la falsa creencia de que estos elementos son demasiado gruesos para la luz uretral.
- El catéter se debe avanzar es su totalidad para evitar inflar el balón en la uretra o la próstata. ¡Nunca insistir si no se logra el paso fácil y completo del catéter! ¡Nunca inflar el balón hasta no pasar por completo el catéter!
- El balón se debe inflar con agua estéril; cualquier otro líquido puede obstruir la vía de inflado. El volumen para inflar el balón debe ser el marcado en el catéter, que generalmente es de 5 cc. El sobreinflado no impide que un paciente ebrio o confuso se arranque la sonda y se produzca lesiones mucho más graves. No se debe utilizar aire, las válvulas de los catéteres no están diseñadas para contenerlo y finalmente los balones se desinflan.
- Cuando han drenado unos 100 mL de orina se puede obtener una muestra para exámenes. A continuación se hace conexión a un sistema cerrado y se fija el catéter al hipogastrio. La evacuación rápida puede producir hematuria (hemorragia ex vacuo), por eso se sugiere drenar volúmenes de 100 a 200 mL y detener el flujo doblando la manguera del sistema colector por unos dos minutos, para luego reanudarlo.
- No se deben practicar evacuaciones y retirar el catéter. El 50% de los pacientes, retornará en el lapso de una semana.
- En caso de no poder pasar el catéter se debe pedir el concurso del urólogo. Mientras se hace presente, una fácil forma de aliviar al enfermo es puncionar la vejiga por vía suprapúbica (2 cm encima del pubis) con una aguja calibre 18 de 10 cm de largo y extraer unos 100 mL de orina. Esta ma-

niobra, segura y sencilla, da alivio temporal mientras se hace la derivación definitiva.

- Las maniobras que puede practicar el urólogo son la dilatación uretral en caso de estrecheces, el paso guiado mediante conductores o por endoscopia, o la derivación suprapúbica con un tubo de cistostomía. En general se hacen intentos de derivación uretral pero si fueran infructuosos o si se trata de una prostatitis aguda, se procede con la cistostomía. Este procedimiento se puede practicar a cielo abierto, por punción con un trócar o con equipos desechables diseñados para este fin. La cistostomía es un procedimiento expedito que soluciona esas situaciones difíciles.

INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN

La mayoría de los pacientes serán derivados y dados de alta. Se debe internar a aquellos que evidencien infecciones urinarias severas: pielonefritis, piocistitis, prostatitis. El síntoma cardinal es la fiebre; se suman dolor en los ángulos costovertebrales, signos de compromiso sistémico como malestar general, taquicardia, taquipnea, hipotensión, orina purulenta, secreción uretral purulenta o hallazgos sugestivos de prostatitis aguda al examen rectal.

La uremia es sin duda indicación de hospitalización; sin embargo, la elevación de la creatinina sérica con valores inferiores a 2,5 mg/dL puede ser tratada en forma ambulatoria. Elevaciones mayores se pueden acompañar de importante desequilibrio hidroelectrolítico previo al cateterismo o posterior al mismo por la diuresis masiva (fase poliúrica) que se presenta tras la derivación. Esos casos también se deben hospitalizar.

La otra indicación de tratamiento hospitalario es la hematuria. No el observar la orina colo-

reada, sino la presencia franca de sangre y coágulos.

ORDENES AL EGRESO

Se debe instruir al paciente sobre el manejo del catéter uretral; no lo debe traccionar y siempre debe estar pegado con esparadrapo a la piel. El único elemento que debe manejar es la válvula de drenaje del colector. Debe cuidarse de no quebrar o enrollar la manguera de drenaje y el colector se debe portar a la altura del muslo. No se deben administrar antibióticos a menos que haya evidencia de infección urinaria.

Se debe ser cuidadoso en el reemplazo de agua y electrolitos puesto que durante la fase poliúrica puede ocurrir pérdida importante de los mismos. Se recomienda el consumo de caldos ("consomé") como fuente de sodio y potasio y la ingestión de 70% del agua perdida.

Todos estos pacientes deben ser instruidos para acudir a la consulta urológica donde se terminará su evaluación y se darán las opciones de tratamiento.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Chacko KN, Donovan JL, Abrams P, et al. Transurethral prostatic resection or laser therapy for men with acute urinary retention: the ClasP randomized trial. *J Urol* 2001; 166:166-70; discussion 170-171.
2. Choong S, Emberton M. Acute urinary retention. *BJU* 2000; 75:186-201.
3. Corujo M, Badlani GH, Regan JB, et al. A new temporary catheter (ContiCath) for the treatment of temporary, reversible, postoperative urinary retention. *Urology* 1999; 53:1104-1107.
4. Florez P, Uribe JA. Fundamentos de Cirugía: Urología. Segunda edición. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, 2000.
5. Kirby R, Fitzpatrick J, Boyle P, McConnell J, Roehrborn C. Textbook of benign prostatic hyperplasia. 2 edition. Taylor & Francis. London, 2001.
6. McVary KT. Medical therapy for benign prostatic hyperplasia progression. *Curr Urol Rep* 2002; 3:269-275.
7. Modi P, Pleat J, Cheetham P, Senior J, et al. A 23-year review of the management of acute retention of urine: progressing or regressing?. *Ann R Coll Surg Engl* 2000; 82:333-335.
8. Swinn MJ, Wiseman OJ, Lowe E, Fowler CJ. The cause and natural history of isolated urinary retention in young women. *J Urol* 2002;167:151-156.
9. Walsh, Retik, Vaughan, Wein. *Campbells Urology*. WB Saunders Company. Philadelphia, 2002.