


RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PEDIATRÍA

García García A, Castelló Mustienes A, Cristóbal Quevedo E, Egido García-Comendador R, Ballesteros García MM
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid)

INTRODUCCIÓN

La retención aguda de orina se define como la incapacidad aguda y súbita de micción de más de 12 horas de evolución asociada a globo vesical palpable o volumen de vejiga estimado por ecografía mayor a lo esperado por edad.

La retención aguda de orina en pediatría es muy infrecuente, de etiología muy heterogénea y requiere un diagnóstico diferencial amplio, sobre todo en los niños de menor edad.

	CASO CLÍNICO 1	CASO CLÍNICO 2	CASO CLÍNICO 3	CASO CLÍNICO 4
	Niña de 13 años	Niña de 11 años.	Niño de 13 años.	Lactante de 6 meses
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre, alteración de la conducta, lenguaje incoherente y decaimiento. Dificultad para la micción y la deambulación Cuadro catarral febril de 6 días de evolución Exploración: Nivel de conciencia fluctuante y globo vesical. Reflejos osteocutáneos en miembros inferiores abolidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de micción en las últimas 14 horas y dolor vulvar. Exploración: se evidencia globo vesical (requiere sondaje) y úlceras en labios mayores sin signos de sobreinfección 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal asociado a incapacidad para micción de 24 horas de evolución. Exploración: se palpa globo vesical. <p>En Urgencias se administra enema rectal sin éxito, precisando finalmente sondaje vesical para recogida de orina (estudio de orina normal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Remitido a Urgencias desde el centro de salud por sospecha de infección de orina afebril (crecimiento de Klebsiella en bolsa de orina). En Urgencias presenta ausencia de micción durante 16 horas que precisa sondaje vesical. Enfermería nos comenta que el sondaje vesical ha sido dificultoso.
EVOLUCIÓN	<p>Por sospecha de <u>encefalitis</u> se realiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tomografía craneal: normal Punción lumbar: pleocitosis sugestiva de encefalitis. Se pauta aciclovir hasta conocer resultado de PCR de virus en LCR Estudio de orina por sondaje evacuador: leucocituria con sospecha de infección. <p>Ante la recurrencia del globo vesical y aparición de nivel sensitivo dorsal se sospecha <u>mielitis</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se administra megabolo de corticoides Se traslada a la unidad de cuidados intensivos donde se realiza resonancia magnética que muestra mielitis extensa infecciosa/inflamatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> Las lesiones son sugestivas de úlceras de Lipschütz Se recoge exudado vaginal para despistaje de enfermedades de transmisión sexual, donde crece flora saprofita. Tras el tratamiento local (hidrocortisona y miconazol tópico) no hay recurrencia de la retención aguda de orina. 	<p>Ingresa para descartar <u>proceso compresivo</u>. Durante su estancia en la planta recurre la retención aguda de orina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realiza resonancia magnética pélvica: normal. <p>Por sospecha de <u>causa funcional</u> se inicia tamsulosina oral (relaja cuello vesical y esfínter uretral externo) y tras un total de tres dosis (0,4 mg cada 24 horas) se resuelve el cuadro</p> <ul style="list-style-type: none"> El estudio urodinámico ambulatorio evidencia micción obstructiva funcional que tratada con biofeedback muestra buena evolución. 	<p>Por sospecha de <u>malformación uretral</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se solicita cistouretrografía miccional seriografiada ambulatoria. <p>Al mes acude a consulta de dermatología por <u>lesión escrotal y desviación del pliegue glúteo</u>. Se sospecha <u>disrafismo</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realiza resonancia magnética que evidencia disrafismo con lipoma intrarraquídeo. Se remite a neurocirugía Evolución posterior a vejiga neurógena 
	Retención aguda de orina por encefalomielitis (causa neurológica)	Retención aguda de orina en relación con Úlceras de Lipschütz (por dolor)	Retención aguda de orina funcional o micción disfuncional	Retención aguda de orina asociada a masa compresiva

CONCLUSIONES

- La retención aguda de orina en pediatría es un cuadro excepcional, teniendo una distribución etaria bimodal (menores de 3 años y adolescentes).
- Puede ser causada por patologías muy diversas por lo que exige un diagnóstico diferencial amplio. Además, estas patologías pueden ser potencialmente graves (aunque la causa más frecuente sigue siendo la infección de tracto urinario), sobre todo en los niños más pequeños (donde es más frecuente la causa obstructiva o tumoral). En los niños mayores la causa suele ser funcional.
- Siempre que se realice un sondaje vesical en urgencias es imprescindible comprobar que el paciente realiza diuresis espontánea previo al alta.
- Todo paciente pediátrico que presente un episodio de retención aguda de orina donde no exista una etiología aguda autolimitada conocida requiere de seguimiento.