GUÍA DE ESTUDIO · EUNACOM · SECCIÓN 4.03

Urología

para el EUNACOM

Resúmenes por tema del temario oficial y preguntas tipo con explicación

41 temas

123 preguntas

5 áreas

Dr. Gonzalo Valdevenito

Urólogo · Docente, Universidad San Sebastián

Edición noviembre 2026

Material docente para uso exclusivo de alumnos. Ver advertencia en la página 2.

Cómo usar esta guía

La guía sigue el temario oficial de urología del EUNACOM (Perfil de Conocimientos, sección 4.03). Cada tema ocupa una página con lo esencial para el médico general. Al final están las preguntas tipo, separadas de sus respuestas para que puedas autoevaluarte.

Niveles de exigencia del temario

Diagnóstico	Sospecha: reconocer el cuadro y pedir lo básico para orientar.	Específico: hacer el diagnóstico completo.
Tratamiento	Inicial: medidas iniciales y estabilizar antes de derivar.	Completo: tratar sin especialista.
Seguimiento	Derivar: saber cuándo y con qué urgencia derivar.	Completo: controlar sin especialista.

Cada página de tema tiene

- El código y el nivel de exigencia del temario oficial.
- Definición, epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y derivación.
- Un recuadro de perlas con lo que más se pregunta en el examen.

ADVERTENCIA

Material docente elaborado por el Dr. Gonzalo Valdevenito, docente de la Universidad San Sebastián, para uso exclusivo de alumnos en la preparación del EUNACOM. Es un recurso de estudio: no es una guía clínica y no reemplaza el juicio médico, las guías MINSAL ni la normativa GES vigente. Los casos clínicos son ficticios. Toda indicación, dosis o cifra debe verificarse en fuentes oficiales antes de aplicarla a un paciente. El contenido es responsabilidad del autor y no representa una posición oficial de la Universidad San Sebastián. Prohibida su reproducción o distribución sin autorización del autor.

Temario: Perfil de Conocimientos EUNACOM v2.0, sección 4.03 Urología. Dr. Gonzalo Valdevenito, Docente, Universidad San Sebastián. Edición noviembre 2026.

Índice

Situaciones clínicas 5

Balanitis, balanopostitis . . . 6
Cáncer de próstata . . . 7
Cáncer de vejiga y urotelio . . . 8
Criptorquidia . . . 9
Disfunción sexual de causa orgánica . . . 10
Enfermedades de transmisión sexual . . . 11
Epididimitis . . . 12
Estenosis uretral . . . 13
Fimosis, parafimosis . . . 14
Hematuria . . . 15
Hidrocele . . . 16
Hidronefrosis . . . 17
Hiperplasia prostática benigna . . . 18
Incontinencia urinaria . . . 19
Infección urinaria alta y baja . . . 20
Infección urinaria específica (tuberculosis urogenital y otras) . . . 21
Infertilidad masculina . . . 22
Lesiones quísticas del riñón . . . 23
Malformaciones congénitas nefrourológicas . . . 24
Quistes del epidídimo . . . 25
Reflujo vesicoureteral . . . 26
Tumor renal . . . 27
Tumor suprarrenal . . . 28
Tumor testicular . . . 29
Urolitiasis . . . 30
Uropatía alta (obstructiva) . . . 31
Uropatía obstructiva baja . . . 32
Varicocele . . . 33

Urgencias 34

Cólico renal . . . 35
Hematuria masiva . . . 36
Parafimosis . . . 37
Priapismo . . . 38
Prostatitis aguda . . . 39
Retención urinaria aguda . . . 40
Torsión testicular . . . 41
Trauma urológico (renal, vesical, genital) . . . 42
Traumatismo uretral . . . 43

Conocimientos generales **44**
Epidemiología y screening: próstata y testículo . . . 45
Prevención de ETS y trasplante renal . . . 46

Exámenes **47**
Exámenes e imagenología en urología . . . 48

Procedimientos **49**
Procedimientos en urología . . . 50

Preguntas tipo **51**

Respuestas y explicaciones **84**

‹ Volver al índice

SECCIÓN 4.03.1

Situaciones clínicas

28 temas. Resumen de una página por tema.

‹ Volver al índice

4.03.1.001

Balanitis, balanopostitis

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Inflamación del glande (balanitis) que habitualmente compromete también el prepucio (balanopostitis). Es más frecuente en hombres no circuncidados.

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta a cualquier edad. En niños suele ser irritativa o bacteriana; en adultos la causa más común es Candida albicans, sobre todo en diabéticos.

CLÍNICA

- Eritema, edema, prurito o ardor del glande y prepucio.
- Candidiasis: placas eritematosas con pápulas satélite y exudado blanquecino.
- Bacteriana (estreptococo, anaerobios): secreción purulenta y mal olor.
- Puede haber disuria, dolor al retraer el prepucio y fimosis secundaria.
- Lesión persistente o recurrente: pensar en diabetes, liquen escleroso, dermatitis de contacto o lesión premaligna.

DIAGNÓSTICO

- Clínico, con examen genital completo retrayendo el prepucio.
- Glicemia o HbA1c en adultos con balanitis candidiásica o recurrente.
- Examen directo o cultivo de la secreción si la evolución es atípica.
- Descartar ITS (uretritis, úlceras) según la historia sexual.
- Biopsia si la lesión persiste pese a un tratamiento adecuado.

TRATAMIENTO

- Higiene diaria con agua tibia, secado cuidadoso y evitar jabones irritantes.
- Candidiasis: clotrimazol tópico por 1 a 2 semanas; alternativa, fluconazol 150 mg VO dosis única.
- Bacteriana: antibiótico tópico; si hay celulitis, oral con cobertura de estreptococo.
- Irritativa o de contacto: suspender el irritante y corticoide tópico de baja potencia por pocos días.
- Tratar a la pareja si tiene candidiasis sintomática.

DERIVACIÓN

Derivar a urología en forma electiva si hay balanitis recurrente con fimosis (evaluar circuncisión), sospecha de liquen escleroso o lesión que no responde al tratamiento (biopsia para descartar carcinoma). Urgente si se asocia a parafimosis irreductible.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La balanitis candidiásica recurrente obliga a buscar diabetes mellitus.
› Una lesión del glande que no mejora con tratamiento debe biopsiarse: puede ser eritroplasia de Queyrat o carcinoma.
› En niños no se debe retraer el prepucio a la fuerza durante el aseo.

‹ Volver al índice

4.03.1.002

Cáncer de próstata

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Neoplasia maligna de la próstata, en su gran mayoría adenocarcinoma originado en la zona periférica de la glándula.

EPIDEMIOLOGÍA

Es uno de los cánceres más frecuentes en el hombre chileno y una de las principales causas de muerte por cáncer en hombres. Su riesgo aumenta con la edad, el antecedente familiar y la raza negra.

CLÍNICA

- Etapa precoz: habitualmente asintomático.
- Enfermedad local avanzada: síntomas urinarios obstructivos, hematuria o hemospermia.
- Enfermedad metastásica: dolor óseo (columna, pelvis), baja de peso, anemia.
- Urgencias: retención urinaria, insuficiencia renal obstructiva y compresión medular.

DIAGNÓSTICO

- Sospecha por tacto rectal alterado (nódulo duro, pétreo, irregular) o APE elevado para la edad.
- El APE también sube con HPB, prostatitis, retención urinaria y sondaje; no tomarlo durante una ITU y repetirlo si hay duda.
- La confirmación es histológica: biopsia prostática realizada por urología.
- La etapificación (cintigrama óseo, TAC, RM) la indica el especialista.

TRATAMIENTO

- Rol del médico general: sospechar, solicitar APE y derivar.
- Retención urinaria: sonda Foley y derivación.
- Dolor óseo: analgesia escalonada.
- Sospecha de compresión medular: dexametasona y derivación urgente para RM y manejo (radioterapia o cirugía).
- El tratamiento definitivo (vigilancia activa, prostatectomía, radioterapia, bloqueo androgénico) lo decide el especialista.

DERIVACIÓN

Derivar a urología ante tacto rectal sospechoso o APE elevado. Es patología GES (cáncer de próstata en personas de 15 años y más), con garantías de confirmación diagnóstica y tratamiento. Derivación urgente si hay compresión medular, retención urinaria o insuficiencia renal.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Un tacto rectal sospechoso obliga a derivar aunque el APE sea normal.
› Dolor lumbar con déficit neurológico en un hombre mayor: pensar en metástasis con compresión medular.
› El APE no es específico de cáncer: también sube en HPB y prostatitis.

‹ Volver al índice

4.03.1.003

Cáncer de vejiga y urotelio

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Neoplasia maligna del urotelio, epitelio que reviste desde la pelvis renal hasta la uretra; la vejiga es la localización más frecuente y más del 90% corresponde a carcinoma urotelial.

EPIDEMIOLOGÍA

Predomina en hombres mayores de 50 años. El principal factor de riesgo es el tabaquismo; otros son la exposición laboral a aminas aromáticas (tinturas, caucho, cuero), el arsénico en el agua potable (relevante en el norte de Chile), la ciclofosfamida y la radioterapia pélvica.

CLÍNICA

- Hematuria macroscópica indolora, total e intermitente: síntoma cardinal.
- Síntomas irritativos (urgencia, polaquiuria) sin infección: sospechar carcinoma in situ.
- Coágulos y retención urinaria si el sangrado es abundante.
- Enfermedad avanzada: dolor pélvico, hidronefrosis, baja de peso.
- Tumor del tracto urinario superior: hematuria, a veces con dolor cólico.

DIAGNÓSTICO

- Orina completa y urocultivo para descartar ITU.
- Creatinina y hemograma.
- Ecotomografía renal y vesical como primer examen de imagen.
- Confirmación por urología: cistoscopía con resección y biopsia; uroTAC para el tracto superior; citología urinaria como apoyo.

TRATAMIENTO

- Rol del médico general: sospechar, hacer el estudio básico y derivar.
- Hematuria con coágulos o retención: sonda Foley de tres vías de grueso calibre, lavado e irrigación vesical continua.
- Corregir la anemia y ajustar anticoagulantes según el riesgo.
- Indicar el cese del tabaco.
- El tratamiento (resección transuretral, BCG intravesical, cistectomía) es de especialista.

DERIVACIÓN

Derivar a urología a todo paciente con hematuria macroscópica sin causa infecciosa clara, en especial si es mayor de 40 años o fumador. Urgente si hay retención por coágulos, anemia significativa o compromiso hemodinámico.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Hematuria macroscópica indolora en un fumador mayor es cáncer urotelial hasta demostrar lo contrario.
› Los anticoagulantes no explican por sí solos una hematuria: siempre estudiar.
› Una ecotomografía normal no descarta un tumor vesical; el examen confirmatorio es la cistoscopía.

‹ Volver al índice

4.03.1.004

Criptorquidia

Diagnóstico **Específico** | Tratamiento **Inicial** | Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Testículo que no está en el escroto ni puede llevarse a él en forma estable, detenido en su trayecto de descenso (abdomen, canal inguinal) o en posición ectópica.

EPIDEMIOLOGÍA

Es la malformación genital más frecuente del recién nacido de sexo masculino y es más común en prematuros. Muchos testículos descienden en forma espontánea en los primeros meses, y rara vez después de los 6 meses.

CLÍNICA

- Escroto vacío o hipoplásico, unilateral o bilateral.
- Testículo palpable (inguinal) o no palpable (abdominal, atrófico o ausente).
- Testículo retráctil: se lleva al escroto y permanece ahí; es una variante normal que requiere controles.
- Puede asociarse a hernia inguinal e hipospadias.

DIAGNÓSTICO

- Clínico: examinar al niño relajado, con manos tibias, deslizando desde la región inguinal hacia el escroto.
- La ecotomografía no está indicada de rutina: no cambia la conducta.
- Bilateral no palpable, o asociada a hipospadias: descartar con urgencia un trastorno de la diferenciación sexual (cariotipo y evaluación endocrinológica).
- El testículo no palpable lo estudia el especialista, habitualmente por laparoscopía.

TRATAMIENTO

- El tratamiento es quirúrgico: orquidopexia, idealmente entre los 6 y 12 meses y antes de los 18 meses.
- La terapia hormonal no se recomienda de rutina.
- Rol del médico general: pesquisar en el control del niño sano y derivar a tiempo.
- Después de la cirugía: controlar posición y tamaño testicular.

DERIVACIÓN

Derivar a cirugía o urología infantil si el testículo no ha descendido a los 6 meses (edad corregida en prematuros), o al momento del diagnóstico si se pesquisa más tarde. Urgente si es bilateral no palpable en el recién nacido o se asocia a hipospadias.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Riesgos: infertilidad (sobre todo si es bilateral), cáncer testicular (seminoma), torsión y hernia inguinal.
› La orquidopexia precoz favorece la fertilidad y permite el autoexamen, pero no elimina el riesgo de cáncer.
› Seguimiento: enseñar el autoexamen testicular desde la adolescencia.

‹ Volver al índice

4.03.1.005

Disfunción sexual de causa orgánica

Diagnóstico **Específico** | Tratamiento **Inicial** | Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Alteración persistente de la función sexual debida a una causa física. La principal es la disfunción eréctil (DE): incapacidad persistente de lograr o mantener una erección suficiente para una relación sexual satisfactoria.

EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia aumenta con la edad y con los factores de riesgo cardiovascular. Comparte fisiopatología con la enfermedad coronaria y puede precederla en años.

CLÍNICA

- Orgánica: inicio gradual, persistente en toda situación, sin erecciones nocturnas ni matinales.
- Psicógena: inicio brusco, situacional, con erecciones matinales conservadas.
- Causas: vascular (aterosclerosis, HTA, dislipidemia, tabaco), diabetes, neurológica, hipogonadismo, cirugía o radioterapia pélvica, enfermedad de Peyronie.
- Fármacos: tiazidas, betabloqueadores, antidepresivos ISRS, antiandrógenos, espironolactona.

DIAGNÓSTICO

- Historia médica, sexual y farmacológica; cuestionario IIEF-5.
- Examen físico: presión arterial, pulsos, caracteres sexuales secundarios, genitales (placas de Peyronie, tamaño testicular).
- Laboratorio: glicemia o HbA1c, perfil lipídico y testosterona total matinal.
- Evaluar el riesgo cardiovascular antes de indicar tratamiento.

TRATAMIENTO

- Cambios de estilo de vida: ejercicio, baja de peso, dejar el tabaco, control de diabetes, HTA y dislipidemia.
- Revisar y cambiar los fármacos que causen DE cuando sea posible.
- Primera línea: inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil, tadalafil) a demanda, con estímulo sexual.
- Contraindicación absoluta: uso de nitratos. Precaución con alfabloqueadores.

DERIVACIÓN

Derivar a urología si no responde a inhibidores de PDE5 bien usados, si hay enfermedad de Peyronie o trauma pélvico, o en un paciente joven sin factores de riesgo. A endocrinología si hay hipogonadismo. Urgencia si hay priapismo (erección de más de 4 horas).

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La DE orgánica puede ser el primer signo de enfermedad cardiovascular.
› Nitratos más inhibidores de PDE5: hipotensión grave, contraindicación absoluta.
› Las erecciones matinales conservadas orientan a una causa psicógena.

‹ Volver al índice

4.03.1.006

Enfermedades de transmisión sexual

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Infecciones adquiridas principalmente por contacto sexual. En el hombre se presentan como uretritis, úlceras genitales, lesiones verrucosas o infecciones sistémicas (sífilis, VIH, hepatitis B).

EPIDEMIOLOGÍA

Predominan en adultos jóvenes sexualmente activos. En Chile la sífilis, la gonorrea y el VIH son enfermedades de notificación obligatoria.

CLÍNICA

- Uretritis gonocócica: secreción uretral purulenta abundante y disuria, con incubación de 2 a 7 días.
- Uretritis no gonocócica (Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium): secreción escasa y mucosa, a veces asintomática.
- Sífilis primaria: chancro único, indoloro, de base indurada, con adenopatía inguinal indolora.
- Herpes genital: vesículas agrupadas y dolorosas que se ulceran.
- Condilomas acuminados (VPH): lesiones verrucosas exofíticas.

DIAGNÓSTICO

- Uretritis: tinción de Gram de la secreción (diplococos gramnegativos intracelulares indican gonococo); PCR o cultivo si están disponibles.
- Sífilis: VDRL o RPR, confirmados con una prueba treponémica.
- Herpes y condilomas: diagnóstico clínico.
- A todo paciente con una ITS: ofrecer VIH, VDRL y hepatitis B.

TRATAMIENTO

- Uretritis gonocócica: ceftriaxona 500 mg IM dosis única, más doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días si no se descartó Chlamydia (CDC 2021). Uretritis no gonocócica: doxiciclina por 7 días; azitromicina 1 g como alternativa.
- Sífilis primaria, secundaria o latente precoz: penicilina benzatina 2.400.000 UI IM dosis única.
- Herpes: aciclovir o valaciclovir.
- Condilomas: podofilotoxina, imiquimod o crioterapia.
- Tratar a las parejas sexuales, indicar preservativo y abstinencia hasta completar el tratamiento.

DERIVACIÓN

Derivar si hay sospecha de neurosífilis o sífilis ocular, alergia a penicilina en una embarazada, VIH positivo, falla de tratamiento o condilomas extensos o intrauretrales. El seguimiento serológico lo hace el médico general.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La respuesta en sífilis se controla con VDRL cuantitativo a los 3, 6 y 12 meses: debe caer al menos 4 veces (2 diluciones).
› En la uretritis se tratan siempre gonococo y Chlamydia juntos.
› Úlcera indolora e indurada: sífilis; vesículas dolorosas: herpes.

‹ Volver al índice

4.03.1.007

Epididimitis

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Inflamación del epidídimo, casi siempre infecciosa, que con frecuencia compromete también el testículo (orquiepididimitis).

EPIDEMIOLOGÍA

En menores de 35 años sexualmente activos predominan Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae. En mayores de 35 años, o con obstrucción urinaria o instrumentación, predominan E. coli y otras enterobacterias.

CLÍNICA

- Dolor escrotal unilateral de inicio gradual (horas a días).
- Epidídimo aumentado de volumen y sensible, a veces con hidrocele reactivo y eritema escrotal.
- Fiebre, síntomas urinarios irritativos o secreción uretral.
- Reflejo cremasteriano presente; el dolor puede aliviar al elevar el testículo (signo de Prehn).

DIAGNÓSTICO

- Clínico, descartando siempre la torsión testicular (inicio brusco, testículo alto y horizontal, reflejo cremasteriano ausente).
- Orina completa y urocultivo.
- Gram, PCR o cultivo de secreción uretral si se sospecha ITS.
- Ecotomografía Doppler: flujo aumentado en epididimitis y disminuido o ausente en torsión; útil ante duda y para descartar absceso, sin retrasar la cirugía si se sospecha torsión.

TRATAMIENTO

- Reposo, elevación escrotal con suspensorio, frío local y AINE.
- Probable ITS: ceftriaxona 500 mg IM dosis única más doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 10 días; tratar a la pareja.
- Probables enterobacterias: quinolona (levofloxacino o ciprofloxacino) VO por 10 días, ajustada al urocultivo.
- Control a las 48 a 72 horas: debe haber mejoría clínica.

DERIVACIÓN

Derivar a urología de urgencia ante duda de torsión, absceso o sospecha de gangrena de Fournier. En forma electiva si no responde al tratamiento, si persiste una masa testicular (descartar tumor), si es recurrente o si hay sospecha de obstrucción urinaria.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Dolor escrotal agudo en un adolescente es torsión hasta demostrar lo contrario.
› El signo de Prehn orienta, pero no descarta una torsión.
› Una masa testicular que no regresa tras el tratamiento obliga a descartar cáncer testicular.

‹ Volver al índice

4.03.1.008

Estenosis uretral

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Estrechamiento de la luz de la uretra por fibrosis del epitelio y del cuerpo esponjoso, que obstruye el flujo urinario. Es casi exclusiva del hombre.

EPIDEMIOLOGÍA

Sus causas son idiopática, iatrogénica (sondaje, resección transuretral, cistoscopía), traumática (caída a horcajadas en la uretra bulbar, fractura de pelvis en la uretra posterior) e inflamatoria (uretritis previa, liquen escleroso).

CLÍNICA

- Síntomas obstructivos: chorro débil y delgado, esfuerzo miccional, chorro bífido o en regadera, goteo terminal.
- Sospechar en un hombre joven con síntomas obstructivos sin crecimiento prostático.
- Complicaciones: ITU recurrente, prostatitis, epididimitis, litiasis vesical, retención urinaria e insuficiencia renal.
- Dificultad o imposibilidad para pasar una sonda uretral.

DIAGNÓSTICO

- Historia de sondaje, instrumentación, trauma o uretritis.
- Orina completa, urocultivo y creatinina.
- Orientan la uroflujometría (curva aplanada en meseta) y el residuo posmiccional por ecotomografía.
- Confirmación por urología: uretrografía retrógrada y miccional o uretroscopía.

TRATAMIENTO

- Tratar la ITU asociada.
- Retención urinaria: intentar una sonda de menor calibre con técnica suave y abundante lubricante; nunca forzar (riesgo de falsa vía).
- Si la sonda no pasa: derivación urgente para cistostomía suprapúbica.
- Trauma pélvico con sangre en el meato: no sondar por vía uretral y derivar de urgencia.
- El tratamiento definitivo (uretrotomía, dilatación, uretroplastía) es del urólogo.

DERIVACIÓN

Derivar a urología en forma electiva ante la sospecha clínica. Urgente si hay retención urinaria que no se resuelve con sondaje suave, uretrorragia postraumática, ITU febril con residuo elevado o deterioro de la función renal.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Hombre joven con chorro débil y antecedente de sondaje o uretritis: pensar en estenosis, no en HPB.
› Sangre en el meato tras fractura de pelvis: sondaje uretral contraindicado hasta hacer una uretrografía.
› Nunca forzar una sonda que no progresa.

‹ Volver al índice

4.03.1.009

Fimosis, parafimosis

Diagnóstico **Específico** | Tratamiento **Inicial** | Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Fimosis es la imposibilidad de retraer el prepucio para descubrir el glande. Parafimosis es el prepucio retraído que queda atrapado detrás del glande y no vuelve a su posición, con edema y riesgo de isquemia.

EPIDEMIOLOGÍA

La fimosis fisiológica es normal en lactantes y preescolares y se resuelve en forma espontánea en la mayoría antes de la adolescencia. La parafimosis es más común en niños tras una retracción forzada y en adultos sondados a quienes no se les reubica el prepucio.

CLÍNICA

- Fimosis fisiológica: prepucio estrecho, sin cicatriz, con adherencias balanoprepuciales normales.
- Fimosis patológica: anillo prepucial blanquecino, fibroso y cicatricial (por ejemplo, liquen escleroso), o fimosis adquirida del adulto.
- Complicaciones: balanopostitis recurrente, abombamiento del prepucio al orinar, ITU, retención urinaria.
- Parafimosis: anillo constrictivo detrás del glande, con glande y prepucio edematosos y dolorosos.

DIAGNÓSTICO

- Clínico, por examen genital.
- Diferenciar la fimosis fisiológica de la patológica (presencia de cicatriz).
- En el adulto con fimosis adquirida: buscar diabetes.

TRATAMIENTO

- Fisiológica asintomática: aseo sin retracción forzada y tranquilizar a los padres.
- Sintomática o persistente: corticoide tópico (betametasona) por 4 a 8 semanas con retracción suave y progresiva.
- Circuncisión si es cicatricial, si falla el corticoide o si hay balanopostitis o ITU recurrentes.
- Parafimosis: reducción manual urgente con analgesia, compresión del edema por algunos minutos y presión sobre el glande mientras se tracciona el prepucio hacia adelante.

DERIVACIÓN

Derivar a cirugía infantil o urología en forma electiva para circuncisión según indicación. De urgencia, la parafimosis irreductible o con signos de isquemia (incisión dorsal); una vez resuelta, circuncisión diferida.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› No retraer a la fuerza el prepucio del niño: produce fisuras, cicatriz y fimosis patológica.
› Después de sondar o asear a un paciente, siempre devolver el prepucio a su posición.
› La parafimosis es una urgencia: se intenta reducir de inmediato.

‹ Volver al índice

4.03.1.010

Hematuria

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Presencia de sangre en la orina: macroscópica si es visible, o microscópica si hay 3 o más glóbulos rojos por campo de mayor aumento en el sedimento urinario.

EPIDEMIOLOGÍA

La hematuria microscópica es un hallazgo frecuente. La macroscópica se asocia con mayor probabilidad a cáncer urológico, sobre todo en mayores de 40 años, fumadores o expuestos a químicos industriales.

CLÍNICA

- Descartar falsa hematuria: tira reactiva positiva sin glóbulos rojos (mioglobina, hemoglobina), orina roja por betarraga o rifampicina, menstruación.
- Hematuria inicial: origen uretral; terminal: cuello vesical o próstata; total: vejiga o tracto urinario superior.
- Con dolor cólico: litiasis; con disuria: ITU; indolora: sospechar tumor.
- Glomerular: orina color coca cola, glóbulos rojos dismórficos, cilindros eritrocitarios, proteinuria, HTA o edema.

DIAGNÓSTICO

- Orina completa con sedimento y urocultivo.
- Creatinina y hemograma.
- Si hay ITU: tratarla y repetir el sedimento después; si la hematuria persiste, estudiar.
- Ecotomografía renal y vesical como primera imagen.
- En pacientes de riesgo o con hematuria macroscópica: uroTAC y cistoscopía por urología.

TRATAMIENTO

- Tratar la causa evidente (ITU, litiasis) según la patología.
- Hematuria con coágulos y retención: sonda Foley de tres vías e irrigación vesical continua.
- Evaluar la estabilidad hemodinámica y la anemia.
- Los anticoagulantes no explican por sí solos la hematuria: estudiar igual.

DERIVACIÓN

A urología: hematuria macroscópica sin ITU demostrada y hematuria microscópica persistente en pacientes de riesgo. A nefrología: hematuria de origen glomerular. Urgente: retención por coágulos, anemia o inestabilidad hemodinámica.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Hematuria macroscópica indolora en un adulto: descartar cáncer urotelial.
› Glóbulos rojos dismórficos y cilindros eritrocitarios indican origen glomerular.
› Tira reactiva positiva con sedimento sin glóbulos rojos: pensar en mioglobinuria o hemoglobinuria.

‹ Volver al índice

4.03.1.011

Hidrocele

Diagnóstico **Específico** | Tratamiento **Inicial** | Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Acumulación de líquido seroso entre las hojas parietal y visceral de la túnica vaginal. En el niño suele ser comunicante (conducto peritoneovaginal permeable); en el adulto suele ser no comunicante, idiopático o reactivo.

EPIDEMIOLOGÍA

Frecuente en recién nacidos, en quienes la mayoría se resuelve espontáneamente durante el primer año. En el adulto es más común después de los 40 años.

CLÍNICA

- Aumento de volumen escrotal indoloro y de crecimiento lento.
- Masa quística que rodea al testículo, que muchas veces no se palpa por separado.
- Se palpa el límite superior en el escroto, a diferencia de la hernia inguinoescrotal.
- Comunicante: cambia de tamaño durante el día, mayor en la tarde o con el llanto.
- Reactivo: acompaña a orquiepididimitis, torsión, trauma o tumor testicular.

DIAGNÓSTICO

- Clínico: transiluminación positiva, no reductible.
- Ecotomografía testicular: confirma el líquido y evalúa el testículo; obligatoria si el testículo no se palpa o si el hidrocele es de aparición reciente en un adulto joven.
- Diferenciar de hernia inguinoescrotal, espermatocele, varicocele y tumor testicular.

TRATAMIENTO

- Niño con hidrocele no comunicante: observación, la mayoría se reabsorbe.
- Niño con hidrocele comunicante o que persiste después de 1 a 2 años: cirugía por vía inguinal (ligadura del conducto peritoneovaginal).
- Adulto asintomático: observación y control clínico.
- Adulto sintomático o de gran volumen: hidrocelectomía electiva.
- No puncionar: recidiva frecuente y riesgo de infección o hematoma.
- Hidrocele reactivo: tratar la causa.

DERIVACIÓN

A urología o cirugía infantil en forma electiva si hay indicación quirúrgica. Urgente si se sospecha torsión o tumor testicular subyacente, o si no se puede diferenciar de una hernia atascada.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Transiluminación positiva con límite superior palpable orienta a hidrocele; si no se palpa el límite superior, pensar en hernia.
› Hidrocele de aparición reciente en adulto joven: ecotomografía para descartar tumor testicular.
› Hidrocele que varía de tamaño en un niño es comunicante: requiere cirugía inguinal, no punción.

‹ Volver al índice

4.03.1.012

Hidronefrosis

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Dilatación de la pelvis y los cálices renales, uni o bilateral, secundaria a obstrucción del flujo urinario o a reflujo vesicoureteral. No es una enfermedad en sí misma: siempre obliga a buscar la causa.

EPIDEMIOLOGÍA

En niños, la causa más frecuente es la hidronefrosis de diagnóstico antenatal (estenosis pieloureteral, reflujo vesicoureteral, valvas de uretra posterior). En adultos predominan la litiasis, los tumores, la HPB y la compresión extrínseca.

CLÍNICA

- Asintomática, como hallazgo ecográfico, frecuente en el diagnóstico antenatal.
- Dolor lumbar tipo cólico en la obstrucción aguda.
- Masa abdominal palpable en el lactante.
- Fiebre o ITU asociada: sospechar pionefrosis.
- Oliguria o anuria con alza de creatinina si es bilateral o en riñón único.

DIAGNÓSTICO

- Ecotomografía renal y vesical: confirma la dilatación y evalúa parénquima, vejiga y residuo.
- Creatinina, electrolitos, orina completa y urocultivo.
- En el adulto, TAC de abdomen y pelvis para la causa (pieloTAC sin contraste si se sospecha litiasis).
- En el niño, el especialista completa con uretrocistografía miccional y cintigrafía renal.

TRATAMIENTO

- Hidronefrosis con fiebre: hemocultivos, urocultivo, antibiótico parenteral y drenaje urgente por especialista (nefrostomía o catéter doble J).
- Retención urinaria con hidronefrosis bilateral: sonda Foley.
- Cólico renal: analgesia con AINE.
- Hidronefrosis antenatal: ecotomografía después de las primeras 48 horas de vida; precoz si se sospechan valvas.

DERIVACIÓN

Urgente (urología, servicio de urgencia) si hay fiebre, riñón único, compromiso bilateral, anuria o insuficiencia renal aguda. Preferente en hidronefrosis aislada sin infección. Recién nacidos a urología o nefrología infantil.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Hidronefrosis más fiebre es una urgencia: el riñón obstruido e infectado se drena, el antibiótico solo no basta.

› En el recién nacido, la ecotomografía antes de las 48 horas puede subestimar la dilatación por la oliguria fisiológica.

› Hidronefrosis bilateral en un varón con vejiga de paredes engrosadas: sospechar valvas de uretra posterior.

‹ Volver al índice

4.03.1.013

Hiperplasia prostática benigna

Diagnóstico **Sospecha** | Tratamiento **Inicial** | Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Crecimiento no maligno de la zona de transición de la próstata, por hiperplasia del estroma y del epitelio, que puede producir obstrucción del tracto urinario inferior y síntomas urinarios bajos.

EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia aumenta con la edad y está presente en la mayoría de los hombres mayores de 70 años. Está incluida en el GES como HPB en personas sintomáticas.

CLÍNICA

- Síntomas de vaciamiento: chorro débil, latencia, pujo, goteo terminal, sensación de vaciamiento incompleto.
- Síntomas de llenado: polaquiuria, nicturia, urgencia.
- Complicaciones: RAO, ITU recurrente, hematuria, litiasis vesical, insuficiencia renal obstructiva.

DIAGNÓSTICO

- Cuantificar los síntomas con el puntaje IPSS (leve, moderado, severo).
- Tacto rectal: próstata aumentada, lisa, elástica, con surco conservado; un nódulo pétreo sugiere cáncer.
- Orina completa, creatinina y APE según edad y expectativa de vida.
- Ecotomografía renal y vesical con residuo postmiccional.

TRATAMIENTO

- Síntomas leves: medidas generales (reducir líquidos nocturnos, cafeína y alcohol; revisar fármacos) y control.
- Síntomas moderados a severos: alfabloqueador (tamsulosina, doxazosina); efecto en días; advertir hipotensión ortostática.
- Próstata grande: agregar inhibidor de la 5 alfa reductasa (finasteride, dutasteride); efecto en meses.
- RAO: sonda Foley e iniciar alfabloqueador.
- Controlar síntomas, residuo y función renal; ajustar tratamiento.

DERIVACIÓN

A urología si hay indicación quirúrgica (RAO recurrente o refractaria, ITU recurrente, hematuria persistente, litiasis vesical, insuficiencia renal por obstrucción), falla del tratamiento médico, tacto sospechoso o APE alterado. Urgente si hay retención con insuficiencia renal o infección.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› El tamaño prostático no se correlaciona bien con la intensidad de los síntomas.
› Los inhibidores de la 5 alfa reductasa bajan el APE alrededor de 50%: duplicar el valor para interpretarlo.
› Anticolinérgicos, antihistamínicos y descongestionantes pueden precipitar una RAO en un paciente con HPB.

‹ Volver al índice

4.03.1.014

Incontinencia urinaria

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Pérdida involuntaria de orina. Tipos: de esfuerzo (con tos, risa o ejercicio), de urgencia (precedida de deseo imperioso), mixta, por rebalse (vejiga distendida) y continua (fístula).

EPIDEMIOLOGÍA

Más frecuente en mujeres y aumenta con la edad. La de esfuerzo predomina en mujeres jóvenes y multíparas; la de urgencia y la mixta, en mujeres mayores.

CLÍNICA

- Esfuerzo: escapes de poco volumen al aumentar la presión abdominal; factores: partos vaginales, obesidad, menopausia.
- Urgencia: urgencia miccional, polaquiuria y nicturia (vejiga hiperactiva).
- Rebalse: goteo constante, chorro débil, globo vesical; por HPB, diabetes, lesión neurológica o fármacos.
- Continua: pérdida permanente tras cirugía pélvica, parto o radioterapia (fístula).

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis dirigida y diario miccional de 3 días.
- Examen físico: abdomen, examen ginecológico (prolapso, atrofia), prueba de esfuerzo con tos, examen neurológico.
- Orina completa y urocultivo para descartar ITU.
- Residuo postmiccional por ecotomografía.

TRATAMIENTO

- Corregir causas reversibles: ITU, constipación, fármacos (diuréticos, sedantes), hiperglicemia.
- Baja de peso y manejo de líquidos y cafeína.
- Ejercicios de piso pélvico (Kegel): primera línea en esfuerzo y mixta.
- Urgencia: entrenamiento vesical; si falla, antimuscarínico (oxibutinina) o mirabegrón. Precaución con antimuscarínicos en adultos mayores con deterioro cognitivo; contraindicados en glaucoma de ángulo estrecho.
- Rebalse: vaciar la vejiga con sonda y derivar.

DERIVACIÓN

A urología o ginecología en forma electiva si falla el manejo inicial, si la incontinencia de esfuerzo requiere cirugía o hay prolapso sintomático. Preferente si hay hematuria, residuo elevado, sospecha de fístula, causa neurológica, o cirugía pélvica o radioterapia previas.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La primera línea en la incontinencia de esfuerzo es el entrenamiento del piso pélvico; los antimuscarínicos no la mejoran.
› Siempre descartar ITU antes de iniciar tratamiento.
› Incontinencia con globo vesical es por rebalse: el antimuscarínico la empeora.

‹ Volver al índice

4.03.1.015

Infección urinaria alta y baja

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Invasión del tracto urinario por microorganismos con respuesta inflamatoria. Baja: cistitis. Alta: pielonefritis aguda. Es complicada en hombres, embarazadas, alteración anatómica o funcional, sonda o inmunosupresión.

EPIDEMIOLOGÍA

Muy frecuente en mujeres sexualmente activas. Escherichia coli es el agente más común. La resistencia a quinolonas y cotrimoxazol limita su uso empírico.

CLÍNICA

- Cistitis: disuria, polaquiuria, urgencia, dolor suprapúbico, a veces hematuria; sin fiebre.
- Pielonefritis: fiebre, calofríos, dolor lumbar, puñopercusión positiva, náuseas; puede tener síntomas bajos.
- Adultos mayores: compromiso de conciencia o caídas como única manifestación.

DIAGNÓSTICO

- Cistitis no complicada en mujer: diagnóstico clínico; el urocultivo no es obligatorio.
- Urocultivo con antibiograma en pielonefritis, ITU complicada o recurrente, embarazo y falla de tratamiento.
- Orina completa: leucocituria, nitritos, bacteriuria.
- Pielonefritis: hemograma, PCR y creatinina; ecotomografía si no responde en 48 a 72 horas o se sospecha obstrucción.

TRATAMIENTO

- Cistitis no complicada: nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días o fosfomicina 3 g en dosis única.
- Pielonefritis ambulatoria (tolera vía oral, sin sepsis): cefalosporina, ajustar según urocultivo; 7 a 14 días según el antibiótico.
- Hospitalizar si hay sepsis, vómitos, embarazo, obstrucción o falla del tratamiento oral: ceftriaxona endovenosa.
- Bacteriuria asintomática: tratar solo en embarazo y antes de un procedimiento urológico con sangrado de mucosa.

DERIVACIÓN

El médico general trata y controla. Derivar a urología si hay ITU recurrente sin factor corregible, ITU recurrente en hombre, hematuria que persiste tras tratar, litiasis u obstrucción. Urgente si hay pielonefritis obstructiva o absceso renal.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La nitrofurantoína no sirve para la pielonefritis: no alcanza niveles útiles en el parénquima renal.
› Bacteriuria asintomática en adulto mayor o sondado no se trata; en embarazada sí.
› ITU recurrente: 2 o más episodios en 6 meses o 3 o más en 1 año.

‹ Volver al índice

4.03.1.016

Infección urinaria específica (tuberculosis urogenital y otras)

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Infección del tracto urogenital por agentes que no crecen en el urocultivo corriente. La principal es la tuberculosis urogenital, por diseminación hematógena de Mycobacterium tuberculosis, habitualmente años después de la infección pulmonar. Otras: hongos (Candida) y uretritis por Chlamydia o gonococo.

EPIDEMIOLOGÍA

La tuberculosis urogenital es una forma extrapulmonar frecuente. En Chile la tuberculosis es de notificación obligatoria y su tratamiento lo entrega el programa nacional de control de la tuberculosis.

CLÍNICA

- Síntomas irritativos persistentes (polaquiuria, disuria) que no responden a antibióticos habituales.
- Hematuria, dolor lumbar sordo, síntomas generales escasos.
- Epididimitis crónica, nódulo epididimario, fístula escrotal, deferente arrosariado.
- Etapa tardía: vejiga retraída de baja capacidad, estenosis ureterales, riñón excluido.

DIAGNÓSTICO

- Clave: piuria con urocultivo corriente negativo y orina ácida (piuria aséptica).
- Baciloscopía y cultivo de Koch en muestras seriadas de la primera orina de la mañana; técnicas moleculares si están disponibles.
- Imágenes: calcificaciones, estenosis del uréter o cálices amputados.
- Buscar tuberculosis pulmonar (radiografía de tórax) y factores de riesgo (VIH, inmunosupresión).
- Candiduria: frecuente en diabéticos, sondados y usuarios de antibióticos; distinguir colonización de infección.

TRATAMIENTO

- Notificar y tratar con el esquema del programa nacional de tuberculosis.
- Uretritis: tratar también a la pareja y descartar otras ITS.
- Candiduria asintomática: retirar o cambiar la sonda; no requiere necesariamente antifúngico.

DERIVACIÓN

A urología en forma preferente para evaluar secuelas (estenosis ureteral, riñón excluido, vejiga retraída), que pueden requerir cirugía. Urgente si hay hidronefrosis con fiebre o insuficiencia renal.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Piuria aséptica persistente con orina ácida: pensar en tuberculosis urogenital.
› Epididimitis crónica con fístula escrotal en un adulto: tuberculosis hasta demostrar lo contrario.
› Durante el tratamiento antituberculoso pueden aparecer o empeorar estenosis ureterales por fibrosis: controlar con imágenes.

‹ Volver al índice

4.03.1.017

Infertilidad masculina

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Incapacidad de una pareja de lograr embarazo tras 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección, con un factor masculino alterado. Se estudia a ambos miembros de la pareja en paralelo.

EPIDEMIOLOGÍA

El factor masculino participa, solo o asociado, en alrededor de la mitad de las parejas infértiles. El varicocele es la causa corregible más frecuente.

CLÍNICA

- Antecedentes: criptorquidia, orquitis por parotiditis, torsión, trauma, ITS, quimioterapia o radioterapia, cirugía inguinal.
- Hábitos: tabaco, alcohol, marihuana, exposición a calor, obesidad.
- Uso de testosterona o anabolizantes, que suprimen la espermatogénesis.
- Disfunción sexual o eyaculatoria.

DIAGNÓSTICO

- Examen físico: caracteres sexuales, volumen y consistencia testicular, varicocele (de pie y con Valsalva), presencia de ambos deferentes.
- Espermiograma: al menos 2 muestras separadas, con 2 a 7 días de abstinencia.
- Si está alterado, el especialista completa con FSH, LH, testosterona, ecotomografía y estudio genético.

TRATAMIENTO

- Suspender testosterona exógena y anabolizantes.
- Dejar el tabaco, moderar el alcohol, bajar de peso y evitar exposición a calor y tóxicos.
- Tratar las ITS o infecciones genitales detectadas.
- No indicar testosterona para tratar la infertilidad.

DERIVACIÓN

A urología (andrología) en forma electiva si el espermiograma está alterado o hay varicocele, testículos pequeños u otras alteraciones del examen. Antes de quimioterapia o radioterapia, derivar precozmente para criopreservar semen. Urgente si se palpa una masa testicular.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La testosterona exógena y los anabolizantes pueden causar azoospermia por supresión de FSH y LH.
› Azoospermia con deferentes no palpables: agenesia bilateral de los deferentes, asociada a mutaciones de fibrosis quística.
› Testículos pequeños y firmes con azoospermia: pensar en síndrome de Klinefelter.

‹ Volver al índice

4.03.1.018

Lesiones quísticas del riñón

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Lesiones renales con contenido líquido. Incluyen el quiste simple, los quistes complejos (con tabiques, calcificaciones o componente sólido) y las enfermedades quísticas hereditarias, como la poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD).

EPIDEMIOLOGÍA

El quiste simple es la lesión renal más frecuente y su prevalencia aumenta con la edad. La PQRAD es la enfermedad renal hereditaria más común y una causa importante de enfermedad renal crónica terminal.

CLÍNICA

- Quiste simple: asintomático, hallazgo ecográfico; rara vez dolor, hematuria o infección.
- PQRAD: HTA precoz, dolor lumbar, hematuria, ITU, litiasis, riñones grandes palpables y deterioro progresivo de la función renal.
- PQRAD extrarrenal: quistes hepáticos, aneurismas cerebrales, prolapso mitral.

DIAGNÓSTICO

- Ecotomografía: el quiste simple es anecoico, de pared fina, con refuerzo posterior, sin tabiques, calcificaciones ni componente sólido.
- Si no cumple esos criterios: TAC con contraste y clasificación de Bosniak (I a IV).
- Bosniak I y II: benignos; IIF: seguimiento con imágenes; III y IV: riesgo significativo de malignidad.
- PQRAD: quistes múltiples bilaterales, antecedente familiar, creatinina y control de PA.

TRATAMIENTO

- Quiste simple asintomático: no requiere tratamiento ni control.
- PQRAD: control estricto de la PA (IECA o ARA II), buena hidratación, evitar AINE, tratar ITU y dolor.
- Ofrecer ecotomografía a familiares de primer grado de pacientes con PQRAD, con consejería previa.

DERIVACIÓN

A urología en forma electiva si el quiste es Bosniak IIF o sintomático, y preferente si es Bosniak III o IV por sospecha de cáncer renal. PQRAD a nefrología para manejo de la enfermedad renal crónica. Urgente si hay quiste infectado, hemorragia o cefalea súbita intensa.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Quiste simple asintomático: no se sigue ni se opera.
› La clasificación de Bosniak se basa en TAC con contraste, no en ecotomografía.
› PQRAD con cefalea súbita intensa: sospechar hemorragia subaracnoidea por aneurisma roto.

‹ Volver al índice

4.03.1.019

Malformaciones congénitas nefrourológicas

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Alteraciones del desarrollo del riñón y la vía urinaria: obstructivas (estenosis pieloureteral, megauréter, valvas de uretra posterior), reflujo vesicoureteral (RVU), de número o posición (agenesia, riñón en herradura, ectopia, duplicidad), displasia multiquística y de genitales (hipospadias, epispadias, extrofia vesical).

EPIDEMIOLOGÍA

Están entre las anomalías congénitas más frecuentes y muchas se detectan como hidronefrosis en la ecografía prenatal. Son una causa importante de enfermedad renal crónica en niños.

CLÍNICA

- Hidronefrosis antenatal o masa abdominal en el recién nacido.
- ITU febril en lactante: buscar RVU u obstrucción.
- Valvas de uretra posterior (solo varones): chorro débil, globo vesical, oligoamnios, insuficiencia renal.
- Hipospadias: meato en la cara ventral del pene, prepucio incompleto ventral, curvatura peneana.
- Niña con micciones normales y goteo continuo entre ellas: uréter ectópico.

DIAGNÓSTICO

- Ecotomografía renal y vesical como examen inicial.
- Uretrocistografía miccional para RVU y valvas, indicada por el especialista.
- Cintigrafía renal para función y cicatrices, indicada por el especialista.
- Hipospadias con testículo no palpable: estudiar trastorno de la diferenciación sexual.

TRATAMIENTO

- Sospecha de valvas o retención urinaria: sonda vesical y derivación inmediata.
- ITU febril: tratamiento antibiótico y estudio posterior de la vía urinaria.
- Hipospadias: no circuncidar, porque el prepucio se usa en la reparación.

DERIVACIÓN

Urgente a urología infantil si se sospechan valvas, hay hidronefrosis bilateral o en riñón único, anuria o ITU con obstrucción. Inmediata en el periodo neonatal: extrofia vesical y genitales ambiguos. Electiva o preferente: hidronefrosis unilateral, RVU, duplicidad e hipospadias.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Hidronefrosis bilateral y vejiga engrosada en un varón: valvas de uretra posterior.
› No circuncidar a un niño con hipospadias.
› Hipospadias con criptorquidia, sobre todo bilateral: descartar trastorno de la diferenciación sexual.

‹ Volver al índice

4.03.1.020

Quistes del epidídimo

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Lesiones quísticas benignas del epidídimo, habitualmente en la cabeza. El espermatocele es un quiste de retención que contiene espermatozoides; el quiste epididimario simple contiene líquido claro sin espermatozoides. Clínicamente se manejan igual.

EPIDEMIOLOGÍA

Son muy frecuentes en adultos, muchas veces como hallazgo en una ecotomografía. Son benignos y no se malignizan.

CLÍNICA

- Masa escrotal indolora, redonda, lisa, de crecimiento lento.
- Se palpa separada del testículo, por encima y detrás de él.
- Puede ser múltiple o bilateral.
- Molestia o sensación de peso si es grande.

DIAGNÓSTICO

- Clínico: masa separada del testículo, con transiluminación positiva.
- Ecotomografía testicular: lesión anecoica en el epidídimo con testículo normal; confirma el diagnóstico y descarta una lesión testicular sólida.
- Diferencial: hidrocele (rodea al testículo), varicocele, hernia inguinoescrotal y tumor testicular (sólido e intratesticular).

TRATAMIENTO

- Asintomático: explicar su benignidad y observar.
- Molestia leve: analgesia y suspensorio escrotal.
- Cirugía (resección) solo si es grande o sintomático; en hombres con deseo de paternidad, considerar el riesgo de obstrucción epididimaria.
- No puncionar: recidiva frecuente y riesgo de infección.
- Control clínico; nueva ecotomografía si cambia de tamaño o de características.

DERIVACIÓN

A urología en forma electiva si es sintomático, de gran tamaño o crece, y el paciente desea tratamiento. Urgente si la ecotomografía muestra componente sólido o una lesión intratesticular.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Masa escrotal separada del testículo y transiluminable: lesión benigna, habitualmente un quiste de epidídimo.
› Masa sólida dentro del testículo: cáncer hasta demostrar lo contrario.
› La cirugía del epidídimo puede obstruirlo y afectar la fertilidad.

‹ Volver al índice

4.03.1.021

Reflujo vesicoureteral

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Paso retrógrado de orina desde la vejiga al uréter y la pelvis renal por una unión ureterovesical incompetente. Puede ser primario (congénito) o secundario a obstrucción o disfunción vesical (válvulas de uretra posterior, vejiga neurogénica).

EPIDEMIOLOGÍA

Es la anomalía urológica más frecuente en niños con ITU febril (alrededor de un tercio de ellos). Hermanos e hijos de pacientes con RVU tienen mayor riesgo.

CLÍNICA

- Se manifiesta como ITU febril (pielonefritis), sobre todo en lactantes y preescolares.
- Puede detectarse por hidronefrosis antenatal.
- Por sí mismo no da síntomas; el daño lo produce la pielonefritis recurrente.
- Complicaciones: cicatrices renales (nefropatía por reflujo), HTA y enfermedad renal crónica.

DIAGNÓSTICO

- Ecotomografía renal y vesical tras la primera ITU febril.
- Uretrocistografía miccional (UCG): examen de elección, confirma y gradúa (I a V). Indicada si la ecografía es anormal o hay ITU febril recurrente.
- Realizar la UCG con orina estéril, una vez tratada la infección.
- Cintigrafía renal DMSA: evalúa cicatrices y función relativa.
- Buscar disfunción vesical e intestinal (constipación, urgencia, escapes).

TRATAMIENTO

- Tratar precozmente cada ITU febril, con urocultivo previo.
- Profilaxis antibiótica nocturna en dosis baja (por ejemplo nitrofurantoína) en reflujos dilatados o ITU recurrente.
- Manejo de la constipación y hábito miccional regular.
- Los grados bajos tienden a la resolución espontánea con el crecimiento.
- Seguimiento: presión arterial, peso y talla, y urocultivo ante toda fiebre sin foco.

DERIVACIÓN

Derivar en forma preferente a nefrología o urología infantil si hay RVU grado IV a V, ITU febril recurrente pese a profilaxis, cicatrices nuevas, deterioro renal o RVU secundario. Los grados bajos se controlan en atención primaria.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La UCG es el examen que diagnostica y gradúa el RVU; una ecografía normal no lo descarta.
› El objetivo del tratamiento es prevenir la pielonefritis y las cicatrices renales, no corregir el reflujo en sí.
› No usar quinolonas como profilaxis en niños.

‹ Volver al índice

4.03.1.022

Tumor renal

Diagnóstico **Sospecha** | Tratamiento **Inicial** | Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Masa sólida del riñón. En el adulto la gran mayoría de los tumores malignos corresponde a carcinoma de células renales, cuyo subtipo más frecuente es el de células claras. En el niño, el principal es el tumor de Wilms.

EPIDEMIOLOGÍA

Predomina en hombres de 50 a 70 años. Factores de riesgo: tabaquismo, obesidad, HTA, enfermedad renal crónica en diálisis y síndromes hereditarios (von Hippel-Lindau).

CLÍNICA

- Hoy la mayoría se descubre como hallazgo incidental en una ecografía o TAC.
- Triada clásica (hematuria, dolor lumbar y masa palpable): poco frecuente y propia de enfermedad avanzada.
- Síndromes paraneoplásicos: anemia o poliglobulia, hipercalcemia, HTA, fiebre, baja de peso.
- Varicocele de aparición reciente que no se vacía en decúbito: sospechar trombo en la vena renal o compresión.
- Niño con masa abdominal asintomática, descubierta por los padres: pensar en Wilms.

DIAGNÓSTICO

- Ecotomografía: distingue quiste simple de masa sólida.
- TAC de abdomen trifásico con contraste: caracteriza la lesión (realce) y etapifica; los quistes complejos se clasifican según Bosniak.
- Hemograma, creatinina, calcemia, pruebas hepáticas y orina completa.
- TAC de tórax para etapificar.
- La biopsia no es de rutina.

TRATAMIENTO

- Manejo inicial: analgesia, corrección de anemia y control de HTA o hipercalcemia si existen.
- El tratamiento definitivo (nefrectomía parcial o radical) corresponde al urólogo.

DERIVACIÓN

Toda masa renal sólida o quiste complejo se deriva a urología en forma preferente; el cáncer renal tiene garantía GES. Niño con masa abdominal: derivación urgente a oncología pediátrica.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Masa renal sólida que realza con contraste es cáncer hasta demostrar lo contrario.
› El quiste simple (Bosniak I) no requiere seguimiento ni derivación.
› Varicocele derecho aislado o que no se vacía en decúbito obliga a estudiar riñón y retroperitoneo.

‹ Volver al índice

4.03.1.023

Tumor suprarrenal

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Masa de la glándula suprarrenal. La mayoría son adenomas no funcionantes descubiertos como incidentaloma (lesión de 1 cm o más hallada en una imagen pedida por otro motivo); otras son funcionantes (aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma), carcinomas o metástasis.

EPIDEMIOLOGÍA

El incidentaloma suprarrenal es frecuente y aumenta con la edad. El carcinoma suprarrenal es raro.

CLÍNICA

- La mayoría es asintomática.
- Feocromocitoma: crisis de cefalea, sudoración y palpitaciones, con HTA paroxística o sostenida.
- Aldosteronismo primario: HTA resistente, a menudo con hipokalemia.
- Síndrome de Cushing: obesidad central, estrías violáceas, debilidad proximal, diabetes, HTA.
- Carcinoma: masa grande, virilización en la mujer, efecto de masa.

DIAGNÓSTICO

- Todo incidentaloma requiere estudio funcional y de imagen.
- Funcional: metanefrinas plasmáticas o urinarias, test de supresión con 1 mg de dexametasona nocturna y, si hay HTA o hipokalemia, aldosterona y actividad de renina plasmática.
- Imagen: TAC sin contraste; densidad menor de 10 UH, bordes regulares y aspecto homogéneo sugieren adenoma benigno.
- Sospecha de malignidad: más de 4 cm, heterogéneo, densidad alta o crecimiento.

TRATAMIENTO

- Controlar la HTA y corregir la hipokalemia.
- Sospecha de feocromocitoma: iniciar primero un alfabloqueador y solo después, si es necesario, un betabloqueador.
- No biopsiar una masa suprarrenal sin haber descartado feocromocitoma.

DERIVACIÓN

Derivar a endocrinología (y a urología o cirugía endocrina) toda lesión funcionante, de más de 4 cm o con imagen sospechosa; el feocromocitoma sintomático, con prioridad. Los adenomas pequeños no funcionantes se derivan en forma electiva para definir el seguimiento.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Nunca iniciar betabloqueador sin alfabloqueo previo en el feocromocitoma: riesgo de crisis hipertensiva.
› HTA con hipokalemia espontánea: sospechar aldosteronismo primario.
› Una lesión de menos de 10 UH en TAC sin contraste corresponde a un adenoma rico en lípidos, benigno.

‹ Volver al índice

4.03.1.024

Tumor testicular

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Neoplasia del testículo. Cerca del 95% son tumores de células germinales, que se dividen en seminomas y no seminomas (carcinoma embrionario, tumor de saco vitelino, coriocarcinoma, teratoma).

EPIDEMIOLOGÍA

Es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes, entre los 15 y 40 años. Factores de riesgo: criptorquidia (aunque haya sido operada, y también para el testículo contralateral), antecedente personal o familiar e infertilidad.

CLÍNICA

- Nódulo o aumento de volumen testicular duro e indoloro, a veces con sensación de peso.
- Puede doler si hay hemorragia intratumoral, simulando una orquiepididimitis.
- Ginecomastia por producción de beta-hCG.
- Enfermedad diseminada: dolor lumbar por adenopatías retroperitoneales, masa abdominal, tos o disnea.

DIAGNÓSTICO

- Examen testicular bimanual y comparativo; no transilumina.
- Ecotomografía testicular: primer examen; muestra una lesión sólida intratesticular.
- Marcadores tumorales antes de cualquier cirugía: AFP, beta-hCG y LDH.
- La etapificación con TAC de tórax, abdomen y pelvis la solicita el especialista.

TRATAMIENTO

- No realizar punción ni biopsia por vía escrotal.
- Pedir marcadores y derivar; el tratamiento es la orquiectomía radical por vía inguinal, seguida según la etapa de vigilancia, quimioterapia o radioterapia.
- Informar al paciente sobre la criopreservación de semen antes del tratamiento.

DERIVACIÓN

Derivación prioritaria a urología (en días) ante toda masa testicular sólida. El cáncer de testículo en personas de 15 años y más tiene garantía GES.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Masa intratesticular sólida es cáncer hasta demostrar lo contrario.
› La AFP elevada descarta un seminoma puro.
› Una orquiepididimitis que no mejora con antibióticos obliga a ecotomografía testicular.

‹ Volver al índice

4.03.1.025

Urolitiasis

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Formación de cálculos en la vía urinaria por sobresaturación de la orina. Aquí se aborda como enfermedad crónica (tipos, estudio, prevención); la crisis aguda está en cólico renal.

EPIDEMIOLOGÍA

Es frecuente, predomina en hombres de edad media y recurre en alrededor de la mitad de los pacientes dentro de los 10 años siguientes al primer episodio.

CLÍNICA

- Asintomática (hallazgo en imágenes) o con cólico renal, hematuria o ITU recurrente.
- Tipos: oxalato de calcio (el más frecuente), fosfato de calcio, ácido úrico (radiolúcido, asociado a gota, obesidad y orina ácida), estruvita (infección por bacterias productoras de ureasa como Proteus, forma cálculos coraliformes) y cistina (hereditario).
- Factores: baja ingesta de agua, dieta rica en sal y proteína animal, obesidad, hiperparatiroidismo, enfermedad intestinal.

DIAGNÓSTICO

- TAC sin contraste: examen de mayor rendimiento.
- Ecotomografía: hidronefrosis y cálculos renales; de elección en embarazo y niños.
- Radiografía simple de abdomen: seguimiento de cálculos radioopacos.
- Estudio básico en todo primer episodio: creatinina, calcemia, uricemia, orina completa y análisis del cálculo si se recupera.
- Estudio metabólico completo (orina de 24 horas) en recurrentes, niños, monorrenos y cálculos bilaterales o no cálcicos.

TRATAMIENTO

- Hidratación para lograr una diuresis mayor de 2 a 2,5 litros diarios.
- Reducir sal y proteína animal; no restringir el calcio de la dieta.
- Tratar la causa: hiperparatiroidismo, ITU en la estruvita, alcalinizar la orina en el ácido úrico.
- Cálculo renal pequeño y asintomático: observar con imágenes periódicas.

DERIVACIÓN

Derivación electiva a urología: cálculo renal sintomático o en crecimiento, mayor de 10 mm, coraliforme, con ITU recurrente, en monorreno o litiasis recurrente con alteración metabólica. Si hay hiperparatiroidismo, derivar también a endocrinología.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Restringir el calcio dietario aumenta la absorción intestinal de oxalato y favorece los cálculos.
› El cálculo de ácido úrico es radiolúcido en la radiografía, pero visible en el TAC.
› Cálculo coraliforme con ITU por Proteus: pensar en estruvita.

‹ Volver al índice

4.03.1.026

Uropatía alta (obstructiva)

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Obstrucción del flujo urinario entre los cálices y la unión ureterovesical, que produce hidronefrosis o ureterohidronefrosis y, si persiste, deterioro de la función renal.

EPIDEMIOLOGÍA

En niños predominan las causas congénitas: estenosis pieloureteral (la causa obstructiva más frecuente) y megauréter obstructivo. En adultos: litiasis, tumores uroteliales, compresión extrínseca (cáncer cervicouterino, fibrosis retroperitoneal) e iatrogenia quirúrgica.

CLÍNICA

- Dolor lumbar sordo o cólico; en la estenosis pieloureteral, típicamente tras ingerir abundante líquido.
- ITU febril: obstrucción con infección es una urgencia (pionefrosis, sepsis).
- Masa abdominal palpable en el lactante.
- Bilateral o en monorreno: oliguria o anuria e insuficiencia renal aguda.
- Hallazgo prenatal o incidental en imágenes.

DIAGNÓSTICO

- Ecotomografía renal y vesical: confirma la dilatación y orienta al nivel de la obstrucción.
- Creatinina, electrolitos, hemograma y urocultivo.
- UroTAC (o TAC sin contraste si hay deterioro renal): identifica la causa.
- Renograma diurético MAG3: distingue dilatación obstructiva de no obstructiva y mide la función de cada riñón.
- Hidronefrosis antenatal: ecografía pasados los primeros días de vida, porque la oliguria fisiológica puede subestimarla.

TRATAMIENTO

- Obstrucción con infección: hemocultivos, urocultivo, antibiótico endovenoso y descompresión urgente (nefrostomía percutánea o catéter doble J).
- Insuficiencia renal obstructiva: descompresión urgente y control de la poliuria posobstructiva.
- Analgesia y tratamiento de la causa cuando sea posible.

DERIVACIÓN

Obstrucción con fiebre, anuria, monorreno o deterioro de la función renal: derivación inmediata a urgencia urológica. Hidronefrosis sin complicaciones: derivación preferente a urología (adulto o infantil) para definir la corrección.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Riñón obstruido e infectado: el antibiótico solo no basta, hay que drenar.
› El renograma MAG3 es el examen que confirma la obstrucción funcional.
› Hidronefrosis bilateral en una mujer con cáncer cervicouterino: pensar en compromiso ureteral.

‹ Volver al índice

4.03.1.027

Uropatía obstructiva baja

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Obstrucción al vaciamiento vesical a nivel del cuello vesical, la próstata o la uretra. Su complicación más urgente, la retención urinaria aguda, se trata en otro tema.

EPIDEMIOLOGÍA

En el hombre mayor la causa principal es la hiperplasia prostática benigna (HPB); otras son la estenosis uretral, el cáncer de próstata y la disfunción vesical neurogénica (diabetes, lesión medular). En el niño: válvulas de uretra posterior y fimosis severa.

CLÍNICA

- Síntomas de vaciamiento: chorro débil, latencia, esfuerzo miccional, goteo terminal, sensación de vaciamiento incompleto.
- Síntomas de llenado: polaquiuria, nicturia, urgencia; se cuantifican con el puntaje IPSS.
- Complicaciones: retención crónica con incontinencia por rebalse, ITU recurrente, litiasis vesical, hematuria, hidronefrosis bilateral e insuficiencia renal.
- Estenosis uretral: antecedente de uretritis, trauma o sondeo; chorro muy fino.

DIAGNÓSTICO

- Tacto rectal: tamaño, consistencia y nódulos.
- Orina completa, urocultivo y creatinina.
- APE en el hombre cuya expectativa de vida justifique detectar un cáncer.
- Ecotomografía renal y vesical con residuo postmiccional.
- Diario miccional si predomina la nicturia.

TRATAMIENTO

- Medidas generales: reducir líquidos nocturnos, cafeína y alcohol; revisar fármacos (anticolinérgicos, antigripales).
- HPB sintomática: alfabloqueador (tamsulosina); agregar inhibidor de 5 alfa reductasa (finasteride) si la próstata es grande.
- Tratar la ITU y ajustar fármacos según la función renal.

DERIVACIÓN

Derivar a urología: falla del tratamiento médico, retención urinaria, ITU recurrente, litiasis vesical, hematuria, hidronefrosis o alza de creatinina, tacto rectal sospechoso o APE alterado, y sospecha de estenosis uretral. Niño con sospecha de válvulas: derivación urgente. La HPB sintomática con indicación quirúrgica tiene garantía GES.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Hidronefrosis bilateral con vejiga distendida indica obstrucción baja: sondear antes de buscar causas renales.
› El finasteride reduce el APE a cerca de la mitad; considerarlo al interpretarlo.
› Recién nacido varón con hidronefrosis bilateral y vejiga engrosada: válvulas de uretra posterior.

‹ Volver al índice

4.03.1.028

Varicocele

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Completo**

DEFINICIÓN

Dilatación y tortuosidad de las venas del plexo pampiniforme por insuficiencia valvular de la vena espermática interna.

EPIDEMIOLOGÍA

Presente en alrededor del 15% de los hombres y más frecuente en los que consultan por infertilidad; aparece desde la pubertad. Cerca del 90% es izquierdo, porque la vena espermática izquierda drena en ángulo recto en la vena renal.

CLÍNICA

- Habitualmente asintomático; puede dar dolor sordo o pesadez que aumenta de pie y al final del día.
- Al examen de pie: paquete venoso blando, como una bolsa de gusanos, que aumenta con Valsalva y se vacía en decúbito.
- Grados: I palpable solo con Valsalva, II palpable en reposo, III visible.
- Puede asociarse a hipotrofia testicular y alteración del espermiograma.

DIAGNÓSTICO

- Examen físico de pie, con y sin Valsalva: suficiente para el diagnóstico.
- Ecotomografía doppler testicular: confirma el reflujo venoso y mide el volumen testicular; útil si el examen es dudoso.
- Espermiograma en el adulto con deseo de paternidad.
- Varicocele derecho aislado, de inicio tardío o que no se vacía en decúbito: estudiar riñón y retroperitoneo.

TRATAMIENTO

- Asintomático, con testículos simétricos y espermiograma normal: observar.
- Dolor: analgésicos y suspensorio escrotal.
- Corrección (cirugía microquirúrgica o embolización) si hay infertilidad con espermiograma alterado y varicocele palpable, hipotrofia testicular significativa en el adolescente o dolor persistente.
- Seguimiento: en el adolescente, volumen testicular anual; en el adulto, espermiograma si busca paternidad.

DERIVACIÓN

El médico general diagnostica, controla y detecta la indicación de corrección; en ese caso deriva a urología en forma electiva. Sospecha de varicocele secundario: estudio de imágenes sin demora.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› El varicocele subclínico (solo ecográfico) no se trata.
› Una diferencia de volumen testicular mayor de 20% en el adolescente es indicación de corrección.
› Si no se vacía en decúbito, buscar una masa retroperitoneal o un tumor renal.

‹ Volver al índice

SECCIÓN 4.03.2

Urgencias

9 temas. Resumen de una página por tema.

‹ Volver al índice

4.03.2.001

Cólico renal

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Dolor agudo por obstrucción súbita de la vía urinaria alta, en general por un cálculo ureteral, que distiende el uréter y la pelvis renal. Este tema cubre el manejo de urgencia; el estudio y la prevención de cálculos están en urolitiasis.

EPIDEMIOLOGÍA

Es un motivo frecuente de consulta en urgencia, más común en hombres en edad laboral.

CLÍNICA

- Dolor lumbar súbito, intenso y de tipo cólico, irradiado al flanco, la fosa ilíaca y los genitales.
- Paciente inquieto, sin posición antiálgica, con náuseas y vómitos.
- Síntomas irritativos (polaquiuria, urgencia) si el cálculo está en el uréter distal.
- Hematuria microscópica en la mayoría.
- Signos de alarma: fiebre, oliguria o anuria, monorreno, dolor refractario, embarazo.

DIAGNÓSTICO

- Orina completa, creatinina, hemograma y test de embarazo en mujer en edad fértil.
- TAC de abdomen y pelvis sin contraste: examen de elección; precisa tamaño y ubicación del cálculo.
- Ecotomografía en embarazadas y niños.
- Diagnóstico diferencial: aneurisma aórtico (hombre mayor de 60 años), apendicitis, embarazo ectópico, pielonefritis, torsión de anexo.

TRATAMIENTO

- AINE parenteral (ketorolaco o diclofenaco) como primera línea; opioides si el dolor no cede; evitar AINE si hay insuficiencia renal.
- Antieméticos; no forzar hidratación.
- Terapia médica expulsiva con tamsulosina en cálculos del uréter distal de 5 a 10 mm.
- Filtrar la orina para recuperar el cálculo y analizarlo.
- Alta con analgesia y control si el dolor cede y no hay signos de alarma.

DERIVACIÓN

Urgencia urológica inmediata si hay fiebre o ITU con obstrucción, anuria, monorreno obstruido, insuficiencia renal o dolor intratable. Derivación electiva a urología si el cálculo mide más de 10 mm o no se expulsa en 4 a 6 semanas.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Cólico renal con fiebre: obstrucción infectada que requiere drenaje urgente.
› Hombre mayor de 60 años con un primer cólico renal: descartar aneurisma de aorta abdominal.
› La mayoría de los cálculos menores de 5 mm se expulsan espontáneamente.

‹ Volver al índice

4.03.2.002

Hematuria masiva

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Hematuria macroscópica abundante, habitualmente con coágulos, que puede causar retención urinaria por coágulos, anemia o inestabilidad hemodinámica.

EPIDEMIOLOGÍA

Causas frecuentes: tumor vesical (principal en mayores de 40 años, sobre todo fumadores), hiperplasia prostática, cistitis hemorrágica por radioterapia o ciclofosfamida, procedimientos urológicos, trauma y tumor renal. La anticoagulación favorece el sangrado, pero no lo explica.

CLÍNICA

- Orina roja con coágulos.
- Dolor suprapúbico, globo vesical y anuria por retención de coágulos.
- Signos de anemia o shock: palidez, taquicardia, hipotensión.
- Coágulos alargados (vermiformes) sugieren origen en el tracto urinario alto.

DIAGNÓSTICO

- Confirmar que es sangre: descartar menstruación, pigmentos (rifampicina, betarraga) y mioglobinuria (tira reactiva positiva sin eritrocitos en el sedimento).
- Hemograma, grupo y Rh, pruebas de coagulación (TP, INR, TTPK), creatinina, orina completa y urocultivo.
- Ecotomografía renal y vesical inicial; uroTAC cuando el paciente esté estable.
- La cistoscopia la realiza el urólogo.

TRATAMIENTO

- Estabilizar: dos vías venosas, cristaloides y transfusión según hemoglobina y hemodinamia.
- Sonda Foley de tres vías de grueso calibre, lavado vesical manual para extraer coágulos e irrigación continua con suero fisiológico.
- Evaluar suspender o revertir la anticoagulación según el riesgo trombótico.
- Tratar la ITU si existe.

DERIVACIÓN

Derivación urgente a urología si el sangrado persiste pese a la irrigación, hay inestabilidad hemodinámica, requerimiento transfusional o retención por coágulos que no se resuelve. Toda hematuria macroscópica, aunque ceda, requiere estudio completo por urología.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Hematuria macroscópica indolora en un fumador mayor: cáncer urotelial hasta demostrar lo contrario.
› La hematuria en un paciente anticoagulado se estudia igual que en cualquier otro.
› La sonda de tres vías permite irrigar de forma continua: una vía para el balón, una de entrada y una de salida.

‹ Volver al índice

4.03.2.003

Parafimosis

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Prepucio retraído por detrás del surco balanoprepucial que no puede volver a su posición. El anillo prepucial estrecho actúa como torniquete, produce edema distal y, si persiste, isquemia del glande.

EPIDEMIOLOGÍA

Más frecuente en niños y adolescentes con fimosis que retraen el prepucio, y en adultos mayores sondados o postrados a quienes no se les repone el prepucio tras el aseo o el sondeo (causa iatrogénica).

CLÍNICA

- Dolor y aumento de volumen del pene distal.
- Edema circunferencial del prepucio en forma de rosca, por detrás del glande.
- Glande congestivo; si se torna violáceo, negro o frío, sospechar isquemia.
- Prepucio proximal al anillo sin edema.

DIAGNÓSTICO

- Es clínico; no requiere exámenes.
- Diferenciar de balanopostitis, edema por picadura o angioedema, en que el prepucio no está retraído.

TRATAMIENTO

- Analgesia: gel de lidocaína o bloqueo peneano dorsal; en niños, considerar sedación.
- Reducir el edema: compresión manual firme y sostenida por varios minutos, o vendaje compresivo y frío.
- Reducción manual: los pulgares empujan el glande hacia dentro mientras índices y medios traccionan el prepucio hacia distal.
- Tras reducir: aseo, no volver a retraer, educar a cuidadores.

DERIVACIÓN

Urgente a urología si fracasa la reducción manual (requiere punciones del edema o incisión dorsal del anillo) o si hay signos de necrosis. Siempre derivar en forma electiva para circuncisión, pues la fimosis de base predispone a recurrencia.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La parafimosis es una urgencia; la fimosis no.
› En todo paciente sondado se debe reponer el prepucio después del sondeo o del aseo.
› La reducción manual es una competencia del médico general.

‹ Volver al índice

4.03.2.004

Priapismo

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Erección prolongada, de más de 4 horas, no asociada a estímulo sexual o que persiste tras él. Puede ser isquémico (bajo flujo, el más frecuente y una urgencia) o no isquémico (alto flujo, arterial).

EPIDEMIOLOGÍA

El isquémico se asocia a fármacos intracavernosos (alprostadil, papaverina), drepanocitosis (causa principal en niños), antipsicóticos, trazodona, cocaína, leucemias y casos idiopáticos. El no isquémico suele seguir a un trauma perineal o peneano con fístula arteriocavernosa.

CLÍNICA

- Isquémico: erección rígida y dolorosa de cuerpos cavernosos, con glande y cuerpo esponjoso blandos.
- No isquémico: erección semirrígida, poco o nada dolorosa, con antecedente de trauma.
- Recurrente: episodios breves y repetidos, típico en drepanocitosis.

DIAGNÓSTICO

- Historia: duración, fármacos, drogas, trauma, enfermedades hematológicas.
- Gasometría de sangre cavernosa: isquémico con sangre oscura, hipoxia y acidosis; no isquémico con sangre roja, similar a la arterial.
- Eco Doppler peneano: flujo ausente en el isquémico, fístula en el de alto flujo.
- Hemograma y screening de drogas según sospecha.

TRATAMIENTO

- Reconocer el isquémico como urgencia tiempo dependiente.
- Analgesia y suspender el fármaco causante.
- En drepanocitosis: hidratación, oxígeno y analgesia, sin retrasar la derivación.
- El especialista realiza aspiración e irrigación de cuerpos cavernosos y simpaticomiméticos intracavernosos.

DERIVACIÓN

Isquémico: derivación inmediata a urología; a mayor duración, mayor riesgo de fibrosis y disfunción eréctil permanente. No isquémico: derivar a urología sin carácter de emergencia; puede resolverse solo o requerir embolización selectiva.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Priapismo doloroso con glande blando es isquémico y es urgencia.
› Trauma perineal seguido de erección indolora orienta a alto flujo.
› La gasometría cavernosa distingue ambos tipos.

‹ Volver al índice

4.03.2.005

Prostatitis aguda

Diagnóstico Específico	Tratamiento Completo	Seguimiento Derivar

DEFINICIÓN

Infección bacteriana aguda de la próstata. Es una ITU complicada y debe sospecharse en todo hombre con ITU febril.

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta a hombres adultos. Agentes: E. coli y otras enterobacterias; en jóvenes con conducta sexual de riesgo, considerar N. gonorrhoeae y C. trachomatis. Factores: instrumentación (biopsia prostática, sondeo) y obstrucción urinaria.

CLÍNICA

- Fiebre alta, calofríos y compromiso del estado general.
- Disuria, polaquiuria, urgencia y síntomas obstructivos.
- Dolor perineal, suprapúbico o rectal.
- Puede complicarse con retención urinaria, absceso prostático o sepsis.

DIAGNÓSTICO

- Tacto rectal suave: próstata aumentada, muy sensible, caliente y edematosa.
- No realizar masaje prostático: riesgo de bacteriemia.
- Orina completa y urocultivo antes del antibiótico; hemograma y PCR; hemocultivos si está grave.
- El APE se eleva transitoriamente; no pedirlo en el episodio agudo.
- Ecografía transrectal o TAC si se sospecha absceso o no hay respuesta.

TRATAMIENTO

- Ambulatorio si está estable y tolera vía oral: fluoroquinolona (ciprofloxacino) por 2 a 4 semanas, ajustada al urocultivo.
- Hospitalizar si hay sepsis, intolerancia oral, retención o inmunosupresión: antibiótico endovenoso.
- AINE, hidratación y evitar constipación.
- Retención: preferir cistostomía por punción a la sonda uretral.

DERIVACIÓN

Urgente a urología ante sepsis, absceso prostático, retención o falta de respuesta a las 48 a 72 horas. Electiva tras el episodio para estudiar la causa, sobre todo si hay obstrucción o recurrencia.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Nunca masaje prostático en la prostatitis aguda.
› Nitrofurantoína no sirve: no alcanza niveles en la próstata.
› Fiebre persistente y fluctuación al tacto sugieren absceso.

‹ Volver al índice

4.03.2.006

Retención urinaria aguda

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Completo**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Imposibilidad súbita y dolorosa de vaciar la vejiga a pesar de tenerla llena.

EPIDEMIOLOGÍA

Predomina en hombres mayores; la causa principal es la HPB. Otras: estrechez uretral, prostatitis aguda, coágulos, fecaloma, postoperatorio, alcohol, lesión neurológica y fármacos (anticolinérgicos, antihistamínicos, descongestionantes simpaticomiméticos, opioides).

CLÍNICA

- Dolor hipogástrico intenso, urgencia miccional e inquietud.
- Globo vesical palpable y mate a la percusión.
- Diferenciar de la retención crónica: indolora, con incontinencia por rebalse.

DIAGNÓSTICO

- Clínico, confirmado con ecografía vesical si está disponible.
- Tacto rectal: tamaño y consistencia prostática, fecaloma, tono del esfínter.
- Examen neurológico: anestesia en silla de montar o déficit motor sugieren compresión medular.
- Revisar fármacos; orina completa, urocultivo y creatinina.

TRATAMIENTO

- Vaciamiento vesical inmediato con sonda Foley (14 a 16 Fr) y técnica aséptica.
- Si el sondeo falla o está contraindicado (uretrorragia, trauma uretral, estrechez conocida): cistostomía por punción.
- Vigilar poliuria postobstructiva y hematuria tras el vaciamiento.
- Corregir la causa: suspender fármacos, tratar constipación o ITU.
- En HPB: iniciar alfa bloqueador (tamsulosina) con la sonda puesta, lo que mejora el éxito del retiro posterior.

DERIVACIÓN

A urología con prioridad para prueba de retiro de sonda y estudio de la causa; la retención por HPB es indicación de cirugía y puede ingresar al GES de HPB en personas sintomáticas. Urgente si falla el drenaje, hay hematuria con coágulos o deterioro renal; a neurocirugía si se sospecha compresión medular.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Uretrorragia contraindica la sonda Foley.
› Los antigripales con antihistamínicos y descongestionantes gatillan retención en hombres con HPB.
› La sonda se instala y la causa se estudia después.

‹ Volver al índice

4.03.2.007

Torsión testicular

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Rotación del cordón espermático sobre su eje que interrumpe la irrigación del testículo. Es una urgencia quirúrgica: la viabilidad del testículo depende del tiempo.

EPIDEMIOLOGÍA

Dos picos: neonatal (torsión extravaginal) y adolescencia (intravaginal, por fijación anómala del testículo, deformidad en badajo de campana). Es la principal causa quirúrgica de escroto agudo en adolescentes.

CLÍNICA

- Dolor testicular súbito e intenso, a menudo durante el sueño o tras ejercicio.
- Náuseas y vómitos; puede irradiar a región inguinal o abdomen.
- Testículo ascendido, horizontalizado y muy sensible.
- Reflejo cremastérico ausente; el dolor no cede al elevar el testículo (signo de Prehn negativo).

DIAGNÓSTICO

- Es clínico.
- Eco Doppler testicular: flujo disminuido o ausente; útil si la sospecha es baja, pero no debe retrasar la cirugía.
- Diferencial: torsión de apéndice testicular (punto azul en polo superior, reflejo presente), orquiepididimitis (inicio gradual, fiebre, síntomas urinarios), hernia atascada y trauma.

TRATAMIENTO

- Régimen cero, analgesia endovenosa y aviso inmediato al equipo quirúrgico.
- La detorsión manual (rotar hacia lateral, como abriendo un libro) es una medida temporal si la cirugía se demora; no reemplaza la exploración.
- El especialista realiza exploración, detorsión y orquidopexia bilateral, u orquiectomía si el testículo no es viable.

DERIVACIÓN

Emergencia: derivación inmediata a urología o cirugía para exploración escrotal. La probabilidad de salvar el testículo es alta si se resuelve dentro de las primeras 6 horas y cae progresivamente después.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Reflejo cremastérico ausente apoya torsión.
› Ante sospecha alta, operar sin esperar la ecografía.
› Se fija también el testículo contralateral.

‹ Volver al índice

4.03.2.008

Trauma urológico (renal, vesical, genital)

Diagnóstico **Sospecha**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Lesión del riñón, la vejiga o los genitales externos por trauma cerrado o penetrante, frecuentemente en el contexto de un politraumatizado.

EPIDEMIOLOGÍA

El riñón es el órgano urológico más lesionado, casi siempre por trauma cerrado, y la mayoría de esas lesiones se maneja sin cirugía. La lesión vesical se asocia a fractura de pelvis o a golpe con vejiga llena. En genitales destacan la fractura de pene durante el coito y el trauma testicular deportivo.

CLÍNICA

- Renal: hematuria macro o microscópica, dolor o equimosis en flanco, fracturas de costillas bajas, mecanismo de desaceleración.
- Vesical: hematuria macroscópica, dolor suprapúbico, dificultad para orinar, fractura pelviana.
- Pene: chasquido, detumescencia inmediata y hematoma con desviación.
- Testículo: dolor y hematoma escrotal.

DIAGNÓSTICO

- Primero la evaluación primaria del politraumatizado (ABC).
- Buscar hematuria con orina completa o tira reactiva.
- Renal: TAC con contraste y fase excretora en el paciente estable con hematuria macroscópica, o microscópica con shock, o desaceleración importante.
- Vesical: cistografía o cisto TAC.
- Testicular: ecografía escrotal.

TRATAMIENTO

- Reanimación y control del shock según ATLS.
- Analgesia y reposo.
- No instalar sonda Foley si hay sangre en el meato, hematoma perineal o fractura de pelvis, hasta descartar lesión uretral.
- Paciente inestable: cirugía.

DERIVACIÓN

Urgente a centro con TAC, urología y cirugía. La fractura de pene y la rotura testicular requieren reparación quirúrgica urgente. La lesión vesical intraperitoneal es quirúrgica; la extraperitoneal suele manejarse con sonda.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La magnitud de la hematuria no se correlaciona con la gravedad de la lesión renal.
› Fractura de pelvis con hematuria obliga a estudiar vejiga y uretra.
› La fractura de pene es una urgencia quirúrgica.

‹ Volver al índice

4.03.2.009

Traumatismo uretral

Diagnóstico **Específico**	Tratamiento **Inicial**	Seguimiento **Derivar**

DEFINICIÓN

Lesión de la uretra, casi siempre en hombres. Se divide en posterior (prostatomembranosa, asociada a fractura de pelvis) y anterior (bulbar o peneana).

EPIDEMIOLOGÍA

La lesión posterior ocurre en traumas de alta energía con fractura pelviana. La bulbar se produce típicamente por caída a horcajadas; la peneana, por fractura de pene o instrumentación. El sondeo traumático es una causa iatrogénica frecuente.

CLÍNICA

- Tríada: sangre en el meato (uretrorragia), imposibilidad de orinar y globo vesical.
- Lesión anterior: hematoma perineal en alas de mariposa, limitado por la fascia de Colles.
- Lesión posterior: fractura de pelvis; al tacto rectal, próstata alta, desplazada o no palpable.
- Puede haber hematoma escrotal o peneano.

DIAGNÓSTICO

- Sospechar ante uretrorragia, fractura pelviana o caída a horcajadas.
- Uretrografía retrógrada: examen de elección, antes de cualquier intento de sondeo.
- En el politraumatizado, evaluar lesiones asociadas (vejiga, recto, pelvis).

TRATAMIENTO

- Evaluación primaria y estabilización según ATLS.
- No sondear por uretra: puede convertir una lesión parcial en completa.
- Si hay retención con globo vesical: cistostomía por punción para derivar la orina.
- Analgesia y estabilización de la pelvis.

DERIVACIÓN

Urgente a urología para uretrografía y decisión de manejo (realineamiento o reparación diferida). Secuelas a largo plazo: estrechez uretral, disfunción eréctil e incontinencia, que requieren control por especialista.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Uretrorragia significa no instalar sonda Foley.
› Caída a horcajadas: uretra bulbar; fractura de pelvis: uretra posterior.
› La estrechez uretral es la secuela más frecuente.

‹ Volver al índice

SECCIÓN 4.03.3

Conocimientos generales

2 temas. Resumen de una página por tema.

‹ Volver al índice

4.03.3.001-003, 005

Epidemiología y screening: próstata y testículo

Conocimiento general

DEFINICIÓN	Conocimientos de epidemiología del cáncer de próstata, de la hiperplasia prostática benigna (HPB) y del cáncer testicular, y de la detección precoz del cáncer de próstata.
EPIDEMIOLOGÍA	El cáncer de próstata es de los cánceres más frecuentes en hombres en Chile y una de las principales causas de muerte por cáncer masculino. La HPB aumenta con la edad y afecta a más de la mitad de los hombres después de los 60 años. El cáncer testicular es el tumor sólido más frecuente en hombres de 15 a 35 años.
CLÍNICA	• Próstata, factores de riesgo: edad (el principal), padre o hermano con cáncer de próstata, ascendencia africana, mutaciones BRCA2. • El cáncer de próstata nace en la zona periférica (palpable al tacto rectal); la HPB, en la zona transicional. La HPB no es premaligna. • Testículo, factores de riesgo: criptorquidia (el principal, incluso operada), cáncer testicular previo o familiar, infertilidad.
DIAGNÓSTICO	• Detección de cáncer de próstata: APE más tacto rectal. • Las guías recomiendan decisión informada y compartida, en general entre 50 y 70 años, y desde los 40 a 45 años en alto riesgo. • Controversia: sobrediagnóstico y sobretratamiento de tumores indolentes, falsos positivos y biopsias innecesarias. • El APE es específico de próstata, no de cáncer: lo elevan HPB, prostatitis, sondeo y biopsia; los inhibidores de 5 alfa reductasa lo reducen a la mitad. • Testículo: no se recomienda screening poblacional.
DERIVACIÓN	A urología: APE elevado para la edad o en ascenso, o tacto rectal sospechoso (nódulo pétreo) aunque el APE sea normal. Masa testicular sólida: derivación prioritaria. Ambos cánceres tienen garantías GES en personas de 15 años y más.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Tacto rectal anormal se deriva aunque el APE sea normal.
› En usuario de finasteride o dutasteride, multiplicar el APE por dos.
› Criptorquidia es el principal factor de riesgo de cáncer testicular.

‹ Volver al índice

4.03.3.004, 006

Prevención de ETS y trasplante renal

Conocimiento general

DEFINICIÓN

Factores de riesgo y prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), e indicaciones y complicaciones del trasplante renal, tratamiento de elección de la enfermedad renal crónica terminal.

EPIDEMIOLOGÍA

Las ETS son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes. El trasplante renal ofrece mejor sobrevida y calidad de vida que la diálisis; en Chile está incluido en el GES de enfermedad renal crónica etapa 4 y 5.

CLÍNICA

- ETS, factores de riesgo: múltiples parejas, no uso de condón, inicio sexual precoz, alcohol y drogas, ETS previa, pareja con ETS, trabajo sexual.
- Trasplante, indicación: enfermedad renal crónica etapa 5 en diálisis o próxima a requerirla.
- Contraindicaciones: cáncer o infección activos, enfermedad cardiovascular grave, expectativa de vida corta, mala adherencia.

DIAGNÓSTICO

- Prevención de ETS: condón en forma correcta y constante, consejería y educación sexual.
- Vacunas contra VPH (programa escolar) y hepatitis B.
- Ante una ETS: ofrecer test de VIH y sífilis, tratar y estudiar a las parejas.
- VIH: profilaxis preexposición en población de alto riesgo y postexposición tras una exposición de riesgo.

TRATAMIENTO

- Complicaciones del trasplante: rechazo (hiperagudo, agudo y crónico), infecciones (ITU la más frecuente, CMV, virus BK, oportunistas).
- Quirúrgicas: trombosis vascular, fístula urinaria, estenosis ureteral, linfocele.
- Por inmunosupresión: nefrotoxicidad de tacrolimus y ciclosporina, diabetes, hipertensión, cáncer de piel y linfoproliferativo.
- Interacciones: claritromicina, azoles y diltiazem elevan los niveles de tacrolimus.

DERIVACIÓN

Todo alza de creatinina, fiebre o caída de diuresis en un trasplantado se informa de inmediato al equipo de trasplante. Las ETS de notificación obligatoria (VIH, sífilis, gonorrea) se notifican según norma.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› La causa principal de muerte con injerto funcionante es cardiovascular.
› Antes de indicar un fármaco a un trasplantado, revisar interacciones con inmunosupresores.
› Una ETS obliga a buscar otras ETS.

‹ Volver al índice

SECCIÓN 4.03.4

Exámenes

1 tema. Resumen de una página por tema.

‹ Volver al índice

4.03.4

Exámenes e imagenología en urología

Interpreta y emplea: Rx renal y vesical simple, APE, orina completa y urocultivo · Emplea informe: pielografía, pielo TAC, TAC, uretrocistografía, ecografías renal, vesicoprostática y testicular, cintigrama, urodinamia, uroflujometría

DEFINICIÓN

Exámenes de laboratorio e imagen de uso habitual en urología: cuáles interpreta el médico general y cuándo pedir los que informa el especialista.

CLÍNICA

- Orina completa: hematuria (3 o más glóbulos rojos por campo), leucocituria, nitritos (gramnegativos); glóbulos rojos dismórficos y cilindros sugieren origen glomerular.
- Urocultivo: significativo con 100.000 UFC/mL o más en orina de segundo chorro; en punción suprapúbica cualquier recuento es significativo.
- APE: específico de próstata, no de cáncer; se interpreta según edad y contexto.
- Radiografía renal y vesical simple: muestra cálculos radiopacos (calcio); los de ácido úrico son radiolúcidos.

DIAGNÓSTICO

- Ecografía renal y vesical: primera línea en hidronefrosis, masas, quistes y residuo posmiccional; sin radiación, útil en embarazo, niños e insuficiencia renal.
- Ecografía vesicoprostática: volumen prostático y residuo.
- Ecografía testicular con Doppler: masa escrotal y escroto agudo.
- Pielo TAC (sin contraste): elección en cólico renal.
- TAC con contraste y fase excretora (uro TAC): hematuria macroscópica, masa renal y trauma; reemplazó a la pielografía endovenosa.
- Uretrografía retrógrada: trauma y estrechez uretral. Cistouretrografía miccional: reflujo vesicoureteral.
- Cintigrama DMSA: cicatrices y función renal diferencial; renograma: obstrucción; cintigrama óseo: metástasis.
- Uroflujometría: flujo miccional; urodinamia: vejiga neurogénica e incontinencia compleja.

DERIVACIÓN

Pedir los exámenes complejos orientado por la sospecha y derivar con el informe. Antes de usar contraste yodado, evaluar función renal y metformina.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Masa intratesticular sólida es cáncer hasta demostrar lo contrario.
› Hematuria macroscópica en adulto: uro TAC y cistoscopia.
› En embarazada con cólico renal, la ecografía es el primer examen.

‹ Volver al índice

SECCIÓN 4.03.5

Procedimientos

1 tema. Resumen de una página por tema.

‹ Volver al índice

4.03.5

Procedimientos en urología

Realizar: cistostomía por punción, sonda Foley, reducción de parafimosis · Derivar: biopsia prostática, cistoscopia, cistostomía abierta

DEFINICIÓN

Procedimientos que el médico general debe realizar con técnica correcta, y los que debe saber indicar y derivar.

CLÍNICA

- Sonda Foley, indicaciones: retención urinaria, control de diuresis en paciente crítico, perioperatorio, hematuria con coágulos (sonda de 3 vías para irrigación).
- Contraindicación: sospecha de lesión uretral (uretrorragia, fractura de pelvis, hematoma perineal, próstata alta); antes se requiere uretrografía. Relativas: estrechez conocida y prostatitis aguda.
- Cistostomía por punción, indicación: retención con sondeo fallido o contraindicado. Requiere vejiga distendida y palpable, idealmente confirmada por ecografía.
- Contraindicaciones de la punción: vejiga no distendida, cicatriz de cirugía pelviana o abdominal baja, coagulopatía y cáncer vesical conocido.

TRATAMIENTO

- Foley: técnica aséptica y lidocaína gel intrauretral; pene traccionado perpendicular al cuerpo; introducir la sonda hasta la bifurcación.
- Inflar el balón con agua estéril solo después de ver salida de orina; luego retirar hasta el tope, fijar al muslo y reponer el prepucio.
- Ante resistencia, no forzar ni usar mandril.
- Punción: asepsia y anestesia local en línea media, dos traveses de dedo sobre el pubis; aspirar orina con aguja fina antes de introducir el trocar y fijar el catéter.
- Parafimosis: ver su tema; lo clave es reducir el edema antes de la maniobra.

DERIVACIÓN

Biopsia prostática: APE alterado o tacto sospechoso; riesgo de sepsis y hematuria. Cistoscopia: hematuria y seguimiento de tumor vesical. Cistostomía abierta: cuando la punción no es factible o segura.

PERLAS PARA EL EXAMEN

› Inflar el balón en la uretra causa dolor, sangrado y rotura uretral.
› Sin globo vesical no hay punción.
› Uretrorragia contraindica la Foley.

‹ Volver al índice

AUTOEVALUACIÓN

Preguntas tipo

123 preguntas de caso clínico con 5 alternativas, al menos dos por tema. Responde primero y revisa después en la sección de respuestas.

‹ Volver al índice

4.03.1.001 · Balanitis, balanopostitis

1. Hombre de 52 años, obeso, consulta por prurito y ardor del glande de 10 días. Al examen hay eritema del glande y prepucio con pápulas satélite y exudado blanquecino. Es su tercer episodio en el año. Además del tratamiento antifúngico, ¿cuál es la conducta más adecuada?

a) Solicitar VDRL y VIH como único estudio
b) Solicitar glicemia o hemoglobina glicosilada
c) Indicar circuncisión de urgencia
d) Tomar biopsia del glande de inmediato
e) Indicar corticoide tópico de alta potencia por un mes

Ver respuesta ›

2. Hombre de 68 años con irritación del glande tratada con antifúngicos y corticoides tópicos durante 3 meses, sin mejoría. Al examen presenta una placa roja aterciopelada, bien delimitada y no dolorosa en el glande. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Cambiar a fluconazol oral por 14 días
b) Indicar higiene y control en 6 meses
c) Agregar un antibiótico tópico
d) Derivar a urología para biopsia
e) Tratar a la pareja con antifúngico

Ver respuesta ›

4.03.1.002 · Cáncer de próstata

3. Hombre de 64 años, asintomático, consulta para control preventivo. El tacto rectal revela un nódulo pétreo en el lóbulo derecho de la próstata. El APE es 2,8 ng/mL. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Derivar a urología para evaluación y eventual biopsia
b) Tranquilizar porque el APE es normal
c) Repetir el APE en un año
d) Iniciar tamsulosina y controlar en tres meses
e) Solicitar cintigrama óseo antes de derivar

Ver respuesta ›

4. Hombre de 74 años consulta por dolor lumbar de 3 semanas que no cede con analgésicos y debilidad progresiva de extremidades inferiores desde hace 2 días. Al tacto rectal la próstata es pétrea e irregular. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Indicar AINE y kinesioterapia
b) Solicitar APE y control con el resultado en 2 semanas
c) Administrar dexametasona y derivar de urgencia para RM de columna
d) Iniciar bloqueo androgénico y control ambulatorio
e) Solicitar radiografía de columna y control en un mes

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

5. Hombre de 63 años, sin antecedentes familiares de cáncer, consulta por chorro débil y nicturia de 6 meses. El tacto rectal muestra una próstata aumentada, lisa y sin nódulos. El APE es 6,2 ng/mL y la orina completa es normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Tranquilizar, porque el tacto rectal es benigno
b) Solicitar cintigrama óseo antes de derivar
c) Derivar a urología para repetir el APE, completar el estudio con resonancia y evaluar una biopsia
d) Indicar finasteride y no volver a medir el APE
e) Iniciar tamsulosina y repetir el APE en un año

Ver respuesta ›

6. Hombre de 83 años, con insuficiencia cardiaca y EPOC, tiene un APE de 9 ng/mL. La biopsia informa adenocarcinoma Gleason 3+3 en un solo cilindro y el estudio de diseminación es negativo. Está asintomático. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Prostatectomía radical
b) Radioterapia con intención curativa
c) Bloqueo androgénico inmediato
d) Observación con control clínico y de APE, y hormonoterapia solo si aparecen síntomas o progresión
e) Quimioterapia con docetaxel

Ver respuesta ›

7. Hombre de 79 años con cáncer de próstata recién diagnosticado consulta por dolor en la pelvis y la columna. El APE es 180 ng/mL y el cintigrama muestra múltiples lesiones óseas. No hay déficit neurológico. ¿Cuál es el tratamiento de base?

a) Observación con APE cada 6 meses
b) Deprivación androgénica (análogo de LHRH u orquiectomía)
c) Solo analgesia
d) Radioterapia a la próstata como único tratamiento
e) Prostatectomía radical con linfadenectomía

Ver respuesta ›

4.03.1.003 · Cáncer de vejiga y urotelio

8. Hombre de 66 años, fumador de 30 paquetes al año, consulta por dos episodios de hematuria macroscópica indolora en el último mes. El urocultivo es negativo, la creatinina es normal y la ecotomografía renal y vesical no muestra alteraciones. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Dar de alta porque la ecotomografía es normal
b) Repetir la orina completa en 6 meses
c) Tratar empíricamente como ITU
d) Solicitar APE y control con el resultado
e) Derivar a urología para cistoscopía y uroTAC

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

9. Hombre de 61 años, nunca fumador, que vivió hasta los 30 años en Antofagasta, consulta por hematuria macroscópica indolora. La cistoscopía muestra un tumor vesical papilar. ¿Qué factor de riesgo ambiental, propio del norte de Chile, se asocia a este cáncer?

a) Nitratos en el agua potable
b) Arsénico en el agua potable
c) Flúor en el agua potable
d) Plomo en el aire
e) Radiación solar

Ver respuesta ›

10. Hombre de 70 años, fumador activo, consulta por hematuria macroscópica total, indolora e intermitente, de 2 meses. El sedimento muestra glóbulos rojos sin dismorfia y el urocultivo es negativo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Cistitis bacteriana
b) Hiperplasia prostática benigna
c) Glomerulonefritis
d) Cáncer vesical
e) Litiasis renal

Ver respuesta ›

11. Hombre de 66 años, fumador, con hematuria macroscópica. La cistoscopía muestra un tumor vesical papilar único de 2 cm. La biopsia informa un carcinoma urotelial de bajo grado que no compromete la capa muscular (no músculo invasor). ¿Cuál es el tratamiento de base?

a) Quimioterapia sistémica
b) Resección transuretral completa del tumor, con instilación vesical según el riesgo y control con cistoscopías
c) Radioterapia externa
d) Cistectomía radical
e) Observación sin control

Ver respuesta ›

4.03.1.004 · Criptorquidia

12. Lactante de 7 meses, nacido de término, en control sano. Desde el nacimiento se describe el escroto derecho vacío. Al examen, el testículo derecho se palpa en el canal inguinal y no logra descenderse al escroto; el izquierdo está en posición normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Controlar hasta los 2 años porque aún puede descender
b) Solicitar ecotomografía inguinal antes de decidir
c) Derivar a cirugía infantil para orquidopexia
d) Iniciar tratamiento con gonadotrofina coriónica
e) Tranquilizar porque se trata de un testículo retráctil

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

13. Recién nacido de término, en su primer examen físico, presenta ambas gónadas no palpables en el escroto ni en la región inguinal, junto con un hipospadias. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Solicitar estudio urgente de diferenciación sexual (cariotipo y evaluación endocrinológica)
b) Controlar en 6 meses para ver si descienden
c) Programar orquidopexia a los 12 meses
d) Solicitar solo ecotomografía abdominal ambulatoria
e) Tranquilizar a los padres porque es un hallazgo frecuente

Ver respuesta ›

4.03.1.005 · Disfunción sexual de causa orgánica

14. Hombre de 56 años, hipertenso en tratamiento con hidroclorotiazida y fumador, consulta por dificultad progresiva para mantener la erección desde hace un año, en todas las situaciones y sin erecciones matinales. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Derivar a psiquiatría para terapia sexual
b) Indicar testosterona intramuscular empírica
c) Derivar a urología para prótesis peneana
d) Evaluar el riesgo cardiovascular, indicar cambios de estilo de vida e inhibidor de PDE5
e) Solicitar ecodoppler peneano como primer examen

Ver respuesta ›

15. Hombre de 63 años con cardiopatía coronaria, usuario diario de dinitrato de isosorbide, consulta por disfunción eréctil y solicita que se le indique sildenafil. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Indicar sildenafil en dosis baja
b) Indicar tadalafil porque no interactúa con nitratos
c) Indicar sildenafil separando 2 horas la dosis del nitrato
d) Indicar sildenafil y suspender el nitrato solo el día de uso
e) No indicar inhibidores de PDE5 por su contraindicación con nitratos y evaluar alternativas con cardiología y urología

Ver respuesta ›

16. Hombre de 66 años, hipertenso y diabético, en tratamiento con atenolol, losartán, tamsulosina, metformina y aspirina, consulta por disfunción eréctil de inicio gradual en el último año. ¿Cuál de sus fármacos es el que más probablemente contribuye?

a) Atenolol
b) Metformina
c) Tamsulosina
d) Aspirina
e) Losartán

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.1.006 · Enfermedades de transmisión sexual

17. Hombre de 23 años consulta por secreción uretral purulenta abundante y disuria de 3 días, tras una relación sexual sin preservativo hace 5 días. La tinción de Gram de la secreción muestra diplococos gramnegativos intracelulares. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

a) Ceftriaxona 500 mg IM dosis única más doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días, y tratar a la pareja
b) Ciprofloxacino VO por 7 días solo al paciente
c) Penicilina benzatina 2.400.000 UI IM
d) Azitromicina 1 g VO como único fármaco
e) Esperar el resultado del cultivo antes de tratar

Ver respuesta ›

18. Hombre de 30 años consulta por una úlcera en el surco balanoprepucial de 10 días, única, indolora, de base indurada y bordes limpios, con adenopatía inguinal indolora. El VDRL es reactivo. ¿Cuál es el tratamiento de elección?

a) Aciclovir VO por 7 días
b) Ceftriaxona IM dosis única
c) Penicilina benzatina 2.400.000 UI IM dosis única
d) Doxiciclina por 7 días como primera elección
e) Azitromicina 1 g VO dosis única

Ver respuesta ›

19. Hombre de 22 años consulta por fiebre, malestar y dolor genital de 3 días, una semana después de una relación sexual sin preservativo. Al examen hay múltiples úlceras pequeñas, superficiales y muy dolorosas en el glande, algunas confluentes, y adenopatías inguinales bilaterales sensibles. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Sífilis primaria
b) Uretritis gonocócica
c) Primoinfección por virus herpes simple
d) Chancroide
e) Linfogranuloma venéreo

Ver respuesta ›

20. Hombre de 26 años consulta por disuria y secreción uretral escasa y transparente de 10 días. La tinción de Gram de la secreción muestra leucocitos sin diplococos gramnegativos. ¿Cuál es el tratamiento de elección?

a) Metronidazol en dosis única
b) Ciprofloxacino por 3 días
c) Fluconazol 150 mg en dosis única
d) Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días, y tratar a la pareja
e) Penicilina benzatina 2.400.000 UI IM

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

21. Hombre de 25 años consulta por disuria leve de una semana, 10 días después de una relación sexual sin protección. No ha notado secreción y el examen genital es normal. ¿Cuál es el agente más probable?

a) Virus herpes simple
b) Chlamydia trachomatis
c) Treponema pallidum
d) Escherichia coli
e) Neisseria gonorrhoeae

Ver respuesta ›

22. Hombre de 31 años consulta por varias lesiones indoloras en el surco balanoprepucial, de aspecto verrugoso, rosadas y de superficie rugosa, que han aumentado en número en 2 meses. ¿Cuál es el agente causal más probable?

a) Poxvirus del molusco contagioso
b) Treponema pallidum
c) Chlamydia trachomatis
d) Candida albicans
e) Virus papiloma humano

Ver respuesta ›

23. Hombre de 29 años con secreción uretral purulenta abundante y disuria de 2 días, 4 días después de una relación sexual sin protección. ¿Qué hallazgo de la tinción de Gram de la secreción confirma el agente más probable?

a) Bacilos gramnegativos extracelulares
b) Diplococos gramnegativos intracelulares
c) Levaduras con pseudohifas
d) Espiroquetas móviles
e) Cocos grampositivos en racimos

Ver respuesta ›

4.03.1.007 · Epididimitis

24. Hombre de 24 años consulta por dolor escrotal izquierdo progresivo de 3 días, con disuria y secreción uretral escasa. Al examen el epidídimo izquierdo está aumentado de volumen y sensible, el testículo está en posición normal y el reflejo cremasteriano está presente. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

a) Exploración quirúrgica urgente
b) Ciprofloxacino VO por 3 días
c) Solo AINE y reposo
d) Amoxicilina VO por 7 días
e) Ceftriaxona 500 mg IM dosis única más doxiciclina VO por 10 días

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

25. Adolescente de 14 años consulta en urgencia por dolor testicular derecho intenso de inicio brusco hace 3 horas, que lo despertó, con náuseas y vómitos. El testículo derecho está ascendido, horizontal y muy sensible, y el reflejo cremasteriano está ausente. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Iniciar ceftriaxona y doxiciclina y controlar en 48 horas
b) Derivar de inmediato para exploración quirúrgica urgente
c) Solicitar urocultivo y esperar el resultado
d) Indicar AINE, suspensorio y control ambulatorio
e) Solicitar ecotomografía Doppler en forma diferida

Ver respuesta ›

4.03.1.008 · Estenosis uretral

26. Hombre de 34 años, con antecedente de uretritis gonocócica a los 20 años, consulta por chorro miccional débil, delgado y en regadera, con esfuerzo para orinar, de un año de evolución. La próstata es de tamaño normal al tacto rectal y la uroflujometría muestra una curva aplanada en meseta. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Iniciar tamsulosina y controlar en 6 meses
b) Indicar dilataciones uretrales en atención primaria
c) Solicitar APE y biopsia prostática
d) Derivar a urología para estudio con uretrografía
e) Indicar finasteride por 6 meses

Ver respuesta ›

27. Hombre de 45 años llega a urgencia tras un accidente de tránsito con fractura de pelvis. Está hemodinámicamente estable, presenta sangre en el meato uretral, no ha orinado y tiene globo vesical. ¿Cuál es la conducta más adecuada respecto de la vía urinaria?

a) No instalar sonda uretral y derivar de urgencia para uretrografía retrógrada y eventual cistostomía
b) Instalar una sonda Foley de grueso calibre con fuerza moderada
c) Instalar una sonda Foley fina y lubricada sin más estudio
d) Esperar la micción espontánea por 24 horas
e) Indicar alfabloqueador y controlar

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.1.009 · Fimosis, parafimosis

28. Niño de 3 años es llevado a control porque la madre no logra retraerle el prepucio. No ha tenido infecciones urinarias ni balanitis, orina con chorro normal y el prepucio no presenta cicatrices. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Retraer el prepucio en la consulta para liberar las adherencias
b) Derivar para circuncisión
c) Indicar un antibiótico tópico
d) Solicitar ecotomografía renal
e) Explicar que es fisiológico, indicar aseo sin retracción forzada y controlar

Ver respuesta ›

29. Hombre de 78 años, con sonda Foley permanente, presenta dolor y aumento de volumen del glande de 6 horas de evolución. Al examen el prepucio está retraído detrás del glande, con un anillo constrictivo y edema importante; el glande tiene buena coloración. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Programar circuncisión electiva
b) Reducción manual con analgesia, compresión del edema y retorno del prepucio
c) Indicar corticoide tópico y control en una semana
d) Retirar la sonda y controlar en 24 horas
e) Indicar antibiótico oral y frío local

Ver respuesta ›

4.03.1.010 · Hematuria

30. Hombre de 28 años consulta por orina color coca cola 2 semanas después de una faringitis. Está hipertenso y con edema palpebral. El sedimento muestra glóbulos rojos dismórficos y cilindros eritrocitarios, y hay proteinuria. ¿Cuál es la conducta más adecuada respecto del estudio de la hematuria?

a) Derivar a urología para cistoscopía
b) Solicitar uroTAC
c) Derivar a nefrología por hematuria de origen glomerular
d) Tratar como ITU y repetir la orina completa
e) Solicitar ecotomografía vesical y control en 3 meses

Ver respuesta ›

31. Mujer de 67 años, fumadora, en tratamiento anticoagulante oral por fibrilación auricular con INR en rango terapéutico, consulta por dos episodios de hematuria macroscópica indolora. El urocultivo es negativo. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Atribuir la hematuria al anticoagulante y suspenderlo
b) Bajar la dosis del anticoagulante y controlar en un mes
c) Repetir la orina completa en 6 meses
d) Derivar a urología para estudio con uroTAC y cistoscopía
e) Tratar empíricamente como ITU

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

32. Un hombre de 34 años nota que la orina sale con sangre solo en el primer chorro y luego se aclara. ¿Dónde se ubica más probablemente el origen del sangrado?

a) Pelvis renal
b) Cúpula vesical
c) Uretra
d) Uréter
e) Riñón

Ver respuesta ›

33. Un hombre de 61 años refiere que la orina sale clara al principio, pero se tiñe de sangre al final de cada micción. ¿Dónde se ubica más probablemente el origen del sangrado?

a) Riñón
b) Cuello vesical, trígono o próstata
c) Pelvis renal
d) Uretra anterior
e) Uréter proximal

Ver respuesta ›

4.03.1.011 · Hidrocele

34. Lactante de 4 meses, sano, traído por aumento de volumen escrotal derecho desde el nacimiento, indoloro y de tamaño constante. Al examen: masa quística que rodea al testículo, transiluminación positiva, límite superior palpable y conducto inguinal sin masas. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Punción evacuadora del contenido escrotal
b) Observación y control, esperando resolución espontánea
c) Cirugía inguinal de urgencia
d) Ecotomografía Doppler urgente por sospecha de torsión
e) Tratamiento antibiótico por orquiepididimitis

Ver respuesta ›

35. Hombre de 28 años consulta por aumento de volumen escrotal izquierdo de 3 semanas de evolución, indoloro. Al examen: masa escrotal que transilumina, con límite superior palpable; el testículo izquierdo no se logra palpar con claridad. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Punción diagnóstica del hidrocele
b) Hidrocelectomía electiva sin otro estudio
c) Tranquilizar y control clínico en 6 meses
d) Ecotomografía testicular para descartar tumor
e) Antiinflamatorios y reevaluar en 2 semanas

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

36. Hombre de 62 años consulta por un aumento de volumen escrotal derecho indoloro, de crecimiento lento en un año. Al examen, el aumento rodea al testículo, se palpa su límite superior y transilumina. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Orquiepididimitis
b) Tumor testicular
c) Hidrocele
d) Varicocele
e) Hernia inguinoescrotal

Ver respuesta ›

4.03.1.012 · Hidronefrosis

37. Mujer de 45 años con dolor lumbar derecho tipo cólico de 2 días, fiebre de 39 °C y calofríos. PA 100/60 mmHg. La ecotomografía muestra hidronefrosis derecha moderada y un cálculo en el uréter proximal de 9 mm. Además de hemocultivos y antibiótico endovenoso, ¿cuál es la conducta más adecuada?

a) Derivación urgente para drenaje de la vía urinaria
b) Tamsulosina para expulsión del cálculo y control en 48 horas
c) Cambiar a antibiótico oral y control ambulatorio
d) Litotripsia extracorpórea programada
e) Hidratación forzada para favorecer la expulsión

Ver respuesta ›

38. Recién nacido varón cuya ecografía prenatal de las 32 semanas mostró hidronefrosis bilateral, vejiga de paredes engrosadas y oligoamnios. Al nacer se observa chorro miccional débil y globo vesical palpable. ¿Cuál es la sospecha y la conducta inicial?

a) Estenosis pieloureteral bilateral; ecotomografía a las 6 semanas
b) Reflujo vesicoureteral; profilaxis antibiótica y control al año
c) Valvas de uretra posterior; sonda vesical y derivación urgente
d) Displasia renal multiquística; observación
e) Hidronefrosis fisiológica; ecotomografía al mes

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.1.013 · Hiperplasia prostática benigna

39. Hombre de 68 años con chorro débil, latencia y nicturia de 3 veces por noche. IPSS 18. Tacto rectal: próstata levemente aumentada, lisa y elástica. APE normal para la edad, creatinina normal, orina completa normal. Ecotomografía: próstata de 30 g y residuo postmiccional de 60 ml. ¿Cuál es el tratamiento inicial más adecuado?

a) Finasteride en monoterapia
b) Resección transuretral de próstata
c) Oxibutinina
d) Sonda Foley permanente
e) Tamsulosina

Ver respuesta ›

40. Hombre de 72 años con HPB en tratamiento con tamsulosina desde hace un año. Consulta por su tercer episodio de retención aguda de orina en 4 meses; en cada uno se instaló sonda Foley y se retiró a los días. Creatinina normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Duplicar la dosis de tamsulosina
b) Derivar a urología para evaluación quirúrgica
c) Agregar oxibutinina
d) Cateterismo intermitente indefinido sin derivar
e) Antibiótico profiláctico permanente

Ver respuesta ›

4.03.1.014 · Incontinencia urinaria

41. Mujer de 48 años, con 3 partos vaginales e IMC de 31, consulta por escapes de orina al toser, reír y saltar, sin urgencia miccional ni nicturia. Orina completa normal. Al examen se objetiva escape de orina con la tos, sin prolapso significativo. ¿Cuál es la primera línea de tratamiento?

a) Oxibutinina
b) Cirugía de cinta mediouretral inmediata
c) Ejercicios de piso pélvico y baja de peso
d) Sonda vesical permanente
e) Estrógenos sistémicos

Ver respuesta ›

42. Mujer de 76 años, diabética, con enfermedad de Alzheimer leve, consulta por incontinencia de urgencia. Urocultivo negativo, residuo postmiccional de 40 ml. Realizó entrenamiento vesical por 3 meses sin mejoría. Respecto al uso de oxibutinina en esta paciente, ¿cuál afirmación es correcta?

a) Puede empeorar su deterioro cognitivo, por lo que conviene preferir una alternativa como mirabegrón
b) Es el fármaco de elección en adultos mayores con demencia
c) Solo está indicada en la incontinencia de esfuerzo
d) Debe indicarse junto a un diurético para potenciar su efecto
e) Está contraindicada únicamente en pacientes hipertensas

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

43. Mujer de 44 años con incontinencia de esfuerzo confirmada al examen, sin urgencia miccional. Hizo 4 meses de ejercicios de piso pélvico supervisados por una kinesióloga, sin mejoría suficiente, y quiere una solución. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Derivar a urología o ginecología para cirugía con cinta mediouretral
b) Sonda vesical permanente
c) Repetir el mismo programa por un año más
d) Oxibutinina
e) Mirabegrón

Ver respuesta ›

44. Mujer de 51 años consulta porque desde hace 6 meses siente deseos repentinos e intensos de orinar y a veces no alcanza a llegar al baño, de día y de noche. No tiene escapes al toser ni al hacer fuerza. La orina completa es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Cistitis aguda
b) Fístula vesicovaginal
c) Incontinencia de urgencia
d) Incontinencia de esfuerzo
e) Incontinencia por rebosamiento

Ver respuesta ›

45. Mujer de 72 años, con 4 partos vaginales, consulta por incontinencia de orina que empezó con la tos y ahora se presenta también en reposo. ¿Cuál es el primer examen que corresponde solicitar?

a) Estudio urodinámico
b) TAC de abdomen y pelvis
c) Cistoscopía
d) Orina completa y urocultivo
e) Resonancia de pelvis

Ver respuesta ›

46. Mujer de 58 años consulta porque, tres semanas después de una histerectomía, presenta una pérdida de orina continua, de día y de noche, que la obliga a usar protectores. Sigue orinando también en forma normal. No tiene fiebre ni otros síntomas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Fístula vesicovaginal
b) Incontinencia de urgencia
c) Infección urinaria baja
d) Incontinencia por rebosamiento
e) Incontinencia de esfuerzo

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.1.015 · Infección urinaria alta y baja

47. Mujer de 24 años, sana, no embarazada, consulta por 2 días de disuria, polaquiuria y urgencia miccional. Está afebril, sin dolor lumbar, sin flujo vaginal y sin episodios previos en el último año. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Tomar urocultivo y esperar el resultado para tratar
b) Ciprofloxacino por 14 días
c) Ceftriaxona intramuscular por 3 días
d) Nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, sin urocultivo previo
e) Ecotomografía renal y vesical

Ver respuesta ›

48. Embarazada de 14 semanas, asintomática, en control prenatal. El urocultivo de rutina muestra más de 100.000 UFC/ml de Escherichia coli sensible a cefalosporinas. Está afebril y con examen físico normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) No tratar, porque está asintomática
b) Repetir el urocultivo en el tercer trimestre
c) Ciprofloxacino por 3 días
d) Hospitalizar para antibiótico endovenoso
e) Tratar según antibiograma y tomar urocultivo de control

Ver respuesta ›

49. Mujer de 27 años consulta por 2 días de disuria y polaquiuria, a los que se agregan desde ayer fiebre de 39 °C, calofríos y dolor lumbar izquierdo. Está hemodinámicamente estable y la puñopercusión izquierda es positiva. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Cólico renal
b) Bacteriuria asintomática
c) Pielonefritis aguda
d) Lumbago mecánico
e) Cistitis aguda

Ver respuesta ›

50. Hombre de 55 años, diabético, en tratamiento ambulatorio por una pielonefritis aguda. Al cuarto día sigue con fiebre alta y compromiso del estado general. La TAC muestra una colección renal de 6 cm compatible con absceso. Además del antibiótico endovenoso, ¿cuál es la conducta más adecuada?

a) Cambiar a nitrofurantoína oral
b) Mantener el mismo antibiótico oral otros 7 días
c) Nefrectomía de urgencia como primera medida
d) Drenaje percutáneo guiado por imagen
e) Corticoides endovenosos

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

51. Mujer de 52 años, con colon irritable, consulta por 3 años de dolor suprapúbico que se alivia al orinar, con urgencia, polaquiuria y nicturia. Ha recibido varios esquemas antibióticos sin mejoría. La orina completa, los urocultivos, la citología, la ecografía y la cistoscopía han sido normales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Tuberculosis urinaria
b) Síndrome de vejiga dolorosa (cistitis intersticial)
c) Cistitis bacteriana recurrente
d) Cáncer vesical
e) Incontinencia de esfuerzo

Ver respuesta ›

52. Mujer de 29 años, sana y no embarazada, consulta por disuria y polaquiuria de un día. Es su tercer episodio de cistitis en 8 meses; los anteriores se trataron en forma empírica. Está afebril y sin dolor lumbar. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Ecografía renal y vesical antes de tratar
b) Ciprofloxacino por 14 días
c) Nitrofurantoína por 5 días, sin exámenes
d) Esperar el resultado del urocultivo para iniciar el tratamiento
e) Orina completa y urocultivo con antibiograma, e iniciar el tratamiento empírico mientras llega el resultado

Ver respuesta ›

53. Mujer de 45 años, sana y no embarazada, sin síntomas urinarios. En un chequeo se le pidió un urocultivo, que muestra más de 100.000 UFC/mL de Escherichia coli. La orina completa tiene leucocitos y nitritos positivos. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Repetir el urocultivo y tratar si persiste
b) Ciprofloxacino por 7 días
c) Ecografía renal
d) Nitrofurantoína por 5 días
e) No tratar

Ver respuesta ›

4.03.1.016 · Infección urinaria específica (tuberculosis urogenital y otras)

54. Hombre de 45 años con 6 meses de disuria y polaquiuria, tratado con 3 esquemas antibióticos sin respuesta. Orina completa: pH 5,5, abundantes leucocitos y glóbulos rojos. Tres urocultivos corrientes han resultado negativos. ¿Cuál es el examen más útil para el diagnóstico?

a) Cistoscopía con biopsia inmediata
b) Baciloscopía y cultivo de Koch en orina seriada
c) Urocultivo con mayor tiempo de incubación
d) Uroflujometría
e) Ecotomografía transrectal

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

55. Hombre de 38 años con aumento de volumen escrotal izquierdo de 3 meses, poco doloroso. Al examen: epidídimo indurado y nodular, deferente engrosado de aspecto arrosariado y una fístula cutánea escrotal con secreción. Testículo de consistencia normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Orquiepididimitis aguda por Escherichia coli
b) Tumor testicular
c) Tuberculosis urogenital
d) Uretritis gonocócica
e) Torsión testicular subaguda

Ver respuesta ›

4.03.1.017 · Infertilidad masculina

56. Hombre de 32 años consulta porque su pareja no logra embarazo tras 14 meses de relaciones sin protección. Asiste al gimnasio y se inyecta testosterona desde hace un año. Espermiograma: azoospermia. Al examen, testículos pequeños y blandos. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Suspender la testosterona, repetir el espermiograma y derivar a urología
b) Aumentar la dosis de testosterona para estimular la espermatogénesis
c) Biopsia testicular inmediata
d) Derivar directamente a fertilización in vitro sin estudio
e) Antibiótico empírico por probable infección genital

Ver respuesta ›

57. Hombre de 30 años, pareja sin embarazo tras 18 meses. Espermiograma repetido: azoospermia con bajo volumen eyaculado. Al examen, testículos de volumen y consistencia normales y no se palpan los conductos deferentes en ninguno de los dos lados. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

a) Síndrome de Klinefelter
b) Varicocele bilateral
c) Hipogonadismo hipogonadotropo
d) Secuela de orquitis por parotiditis
e) Agenesia bilateral de deferentes asociada a fibrosis quística

Ver respuesta ›

58. Una pareja lleva 15 meses de relaciones sin protección y sin embarazo. El estudio de ella es normal. Él tiene 33 años, no toma medicamentos y su examen físico es normal. ¿Cuál es el primer examen que corresponde en él?

a) Biopsia testicular
b) Ecografía transrectal
c) Espermiograma
d) Testosterona, FSH y LH como único estudio
e) Cariotipo

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.1.018 · Lesiones quísticas del riñón

59. Hombre de 55 años, asintomático, con creatinina y orina completa normales. En una ecotomografía abdominal pedida por cólico biliar se describe un quiste renal derecho de 3 cm, anecoico, de pared fina, con refuerzo posterior y sin tabiques ni calcificaciones. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) TAC de abdomen con contraste
b) Punción y aspiración del quiste
c) Derivar a urología para resección
d) No requiere tratamiento ni seguimiento
e) Ecotomografía de control cada 6 meses

Ver respuesta ›

60. Hombre de 34 años con HTA de reciente diagnóstico y episodios de hematuria macroscópica. Su padre está en diálisis. La ecotomografía muestra riñones aumentados de tamaño con múltiples quistes bilaterales y algunos quistes hepáticos. Creatinina 1,3 mg/dl. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y la conducta?

a) Quistes simples múltiples; no requiere control
b) Poliquistosis renal autosómica dominante; control de PA con IECA y derivar a nefrología
c) Cáncer renal multifocal; nefrectomía bilateral
d) Displasia renal multiquística; observación
e) Tuberculosis renal; baciloscopía en orina

Ver respuesta ›

61. Hombre de 30 años con hipertensión, episodios de hematuria e infecciones urinarias a repetición. Al examen se palpan masas en ambos flancos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Hidronefrosis por estenosis pieloureteral
b) Tumor de Wilms bilateral
c) Reflujo vesicoureteral
d) Poliquistosis renal autosómica dominante
e) Quistes renales simples

Ver respuesta ›

4.03.1.019 · Malformaciones congénitas nefrourológicas

62. Niña de 5 años que, según su madre, nunca ha estado seca. Orina a intervalos normales y con buen chorro, pero entre micciones presenta goteo continuo de orina, de día y de noche. Al examen genital se observa salida de gotas de orina desde la región periuretral. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

a) Vejiga hiperactiva
b) Enuresis nocturna monosintomática
c) Uréter ectópico
d) Infección urinaria baja recurrente
e) Valvas de uretra posterior

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

63. Recién nacido varón de término. Al examen, el meato uretral se ubica en la cara ventral del pene, con prepucio incompleto en su cara ventral. Ambos testículos están en las bolsas y micciona sin dificultad. Los padres solicitan circuncisión antes del alta. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) No circuncidar y derivar a urología infantil en forma electiva
b) Realizar la circuncisión neonatal solicitada
c) Derivar de urgencia por riesgo de retención urinaria
d) Solicitar cariotipo urgente
e) Indicar testosterona tópica antes de cualquier cirugía

Ver respuesta ›

4.03.1.020 · Quistes del epidídimo

64. Hombre de 35 años con una masa escrotal derecha de un año de evolución, indolora y sin cambios. Al examen: nódulo de 1,5 cm, liso, en el polo superior, separado del testículo y con transiluminación positiva. La ecotomografía muestra una lesión anecoica en la cabeza del epidídimo y un testículo normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Orquiectomía inguinal
b) Punción evacuadora
c) Antibiótico por epididimitis
d) Marcadores tumorales y TAC de abdomen
e) Explicar su benignidad y control clínico

Ver respuesta ›

65. Hombre de 40 años con quiste de epidídimo izquierdo conocido de 2 cm, en control. En la ecotomografía actual, además del quiste, aparece un nódulo sólido hipoecoico intratesticular de 1 cm, que se palpa como una zona dura en el testículo. Está asintomático. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Repetir la ecotomografía en un año
b) Resección del quiste de epidídimo
c) Tranquilizar, ya que se trata de un quiste conocido
d) Derivar con urgencia a urología por sospecha de tumor testicular
e) Punción biopsia percutánea del nódulo

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.1.021 · Reflujo vesicoureteral

66. Lactante de 8 meses, sexo femenino, cursa su segunda pielonefritis aguda en 4 meses. El urocultivo muestra E. coli y responde bien al tratamiento. La ecotomografía renal muestra dilatación leve de la pelvis renal derecha. ¿Cuál es el examen más adecuado para confirmar la sospecha diagnóstica?

a) Cintigrafía renal DMSA
b) Uretrocistografía miccional
c) TAC de abdomen y pelvis con contraste
d) Estudio urodinámico
e) Renograma diurético MAG3

Ver respuesta ›

67. Niño de 3 años con RVU grado II bilateral diagnosticado hace un año, en profilaxis antibiótica, sin nuevas ITU. La madre refiere constipación crónica y escapes de orina diurnos. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Derivar para reimplante ureteral
b) Suspender los controles, porque el reflujo de bajo grado no requiere seguimiento
c) Cambiar la profilaxis a ciprofloxacino
d) Tratar la constipación y la disfunción miccional, y mantener controles
e) Solicitar inyección endoscópica de material de relleno

Ver respuesta ›

4.03.1.022 · Tumor renal

68. Hombre de 62 años, fumador e hipertenso. En una ecotomografía abdominal solicitada por dispepsia se encuentra una masa sólida de 4 cm en el polo superior del riñón derecho. El examen físico es normal. ¿Cuál es el siguiente paso más adecuado?

a) TAC de abdomen trifásico con contraste y derivación a urología
b) Biopsia percutánea guiada por ecografía
c) Control ecográfico en 6 meses
d) Urocultivo y tratamiento antibiótico
e) Cistoscopia ambulatoria

Ver respuesta ›

69. Hombre de 58 años consulta por aumento de volumen escrotal izquierdo de 3 semanas de evolución, con sensación de peso. Al examen de pie se palpa un paquete venoso izquierdo que persiste en decúbito. Refiere baja de 6 kg en dos meses. ¿Qué estudio es prioritario?

a) Espermiograma
b) Ecotomografía doppler testicular como único examen
c) Marcadores tumorales testiculares
d) Cirugía programada del varicocele
e) Imagen del riñón y retroperitoneo (ecotomografía y TAC de abdomen)

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

70. Hombre de 64 años con un episodio de hematuria macroscópica. La TAC con contraste muestra un tumor sólido de 8 cm en el riñón izquierdo, sin adenopatías, sin trombo venoso y sin metástasis. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

a) Observación con TAC cada 6 meses
b) Biopsia percutánea antes de decidir
c) Quimioterapia
d) Nefrectomía radical
e) Radioterapia

Ver respuesta ›

4.03.1.023 · Tumor suprarrenal

71. Mujer de 45 años con crisis de cefalea, palpitaciones y sudoración profusa, con presión arterial de 190/110 mmHg durante los episodios. Una ecotomografía muestra una masa suprarrenal derecha de 4 cm. ¿Cuál es el examen inicial más adecuado para confirmar la sospecha diagnóstica?

a) Cortisol plasmático a las 8 AM
b) Aldosterona y actividad de renina plasmática
c) Metanefrinas plasmáticas o urinarias
d) Biopsia percutánea de la masa
e) Test de supresión con 1 mg de dexametasona

Ver respuesta ›

72. Hombre de 50 años con diagnóstico bioquímico de feocromocitoma, en espera de evaluación por especialista. Presenta presión arterial de 170/100 mmHg y frecuencia cardíaca de 110 lpm. ¿Cuál es el tratamiento inicial más adecuado?

a) Propranolol oral
b) Alfabloqueador y, una vez logrado el alfabloqueo, agregar betabloqueador si persiste la taquicardia
c) Hidroclorotiazida
d) Atenolol asociado a restricción de sodio
e) Cirugía inmediata sin tratamiento previo

Ver respuesta ›

4.03.1.024 · Tumor testicular

73. Hombre de 27 años nota hace un mes un aumento de consistencia del testículo derecho, indoloro. Tiene antecedente de orquidopexia derecha a los 4 años. Al examen se palpa un nódulo duro e indoloro dentro del testículo, que no transilumina. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Ciprofloxacino por 14 días y control
b) Punción aspirativa con aguja fina del nódulo
c) Biopsia testicular por vía escrotal
d) Control clínico en 3 meses
e) Ecotomografía testicular, marcadores tumorales y derivación prioritaria a urología

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

74. Hombre de 22 años con una masa testicular izquierda. La ecotomografía muestra una lesión sólida intratesticular. Los marcadores muestran AFP marcadamente elevada, beta-hCG levemente elevada y LDH normal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La elevación de AFP descarta un seminoma puro
b) Corresponde con certeza a un seminoma
c) Si los marcadores hubieran sido normales, se descartaría un cáncer
d) Debe confirmarse con biopsia transescrotal antes de derivar
e) Corresponde a una orquiepididimitis con reacción inflamatoria

Ver respuesta ›

75. Hombre de 31 años consulta porque nota el testículo izquierdo más duro desde hace un mes, sin dolor. La ecografía muestra una lesión sólida intratesticular de 2 cm. Se tomaron marcadores tumorales, cuyo resultado estará en una semana. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Orquiectomía radical por vía inguinal, sin que el resultado de los marcadores cambie la indicación
b) Tumorectomía por vía escrotal
c) Biopsia del testículo por vía escrotal
d) Esperar los marcadores y operar solo si están elevados
e) Control ecográfico en 3 meses

Ver respuesta ›

76. En un hombre de 35 años con cáncer de testículo, ¿cuál es el tipo histológico más frecuente?

a) Tumor del saco vitelino
b) Coriocarcinoma
c) Seminoma
d) Carcinoma embrionario
e) Teratoma

Ver respuesta ›

77. Hombre de 24 años con un tumor testicular. ¿En cuál de los siguientes tumores se espera una AFP elevada?

a) Quiste epidermoide
b) Linfoma testicular
c) Seminoma puro
d) Tumor de células de Leydig
e) Tumor del saco vitelino

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

78. Hombre de 28 años con un nódulo duro e indoloro en el testículo derecho, sólido en la ecografía. ¿Qué marcadores corresponde solicitar antes de la cirugía?

a) Solo APE
b) AFP, beta-hCG y LDH
c) APE y CEA
d) CA 125 y CEA
e) CA 19-9

Ver respuesta ›

79. Hombre de 30 años operado de orquiectomía radical inguinal por un tumor testicular. La biopsia informa carcinoma embrionario (no seminoma). Los marcadores tumorales se normalizan después de la cirugía y la TAC de tórax, abdomen y pelvis no muestra adenopatías ni metástasis (etapa I). ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Orquiectomía del testículo contralateral
b) Alta sin controles
c) Hormonoterapia con análogos de GnRH
d) Radioterapia retroperitoneal de rutina
e) Vigilancia estricta con marcadores e imágenes por el especialista, o un ciclo de quimioterapia si tiene factores de riesgo

Ver respuesta ›

80. ¿Cuál es el primer sitio de diseminación linfática de un tumor testicular maligno?

a) Ganglios pélvicos
b) Pulmón
c) Ganglios inguinales
d) Testículo contralateral
e) Ganglios retroperitoneales (paraaórticos e interaortocavos)

Ver respuesta ›

4.03.1.025 · Urolitiasis

81. Hombre de 40 años con dos episodios de cólico renal en 3 años, ambos con expulsión de un cálculo de oxalato de calcio. Calcemia, creatinina y uricemia normales. Consulta qué puede hacer para evitar un nuevo episodio. ¿Cuál es la recomendación más adecuada?

a) Restringir los lácteos y el calcio de la dieta
b) Aumentar el consumo de proteína animal
c) Suplementar vitamina C en dosis altas
d) Aumentar la ingesta de agua y reducir la sal
e) Reemplazar el agua por bebidas azucaradas

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

82. Mujer de 55 años con ITU recurrentes. El urocultivo muestra Proteus mirabilis y el pH urinario es 8. La radiografía de abdomen muestra un cálculo que ocupa la pelvis y los cálices del riñón izquierdo. ¿Cuál es la composición más probable y la conducta?

a) Ácido úrico; alcalinizar la orina y controlar

b) Cistina; restricción proteica y control

c) Estruvita; tratar la infección y derivar a urología para remoción completa

d) Oxalato de calcio; restringir el calcio de la dieta

e) Fosfato de calcio; observación con radiografías anuales

Ver respuesta ›

83. Hombre de 47 años con cólico renal izquierdo. La TAC sin contraste muestra un cálculo de 18 mm en el uréter medio con hidronefrosis moderada. Está afebril, con creatinina normal, y el dolor cede con analgesia. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Tamsulosina y esperar la expulsión espontánea

b) Aumentar la ingesta de líquidos y control en 3 meses

c) Alcalinizar la orina

d) Nefrectomía

e) Derivar a urología para extraer el cálculo (ureteroscopía con litotricia)

Ver respuesta ›

4.03.1.026 · Uropatía alta (obstructiva)

84. Hombre de 58 años, monorreno funcional por nefrectomía previa, consulta por dolor lumbar derecho y ausencia de orina hace 18 horas. Creatinina 4,5 mg/dl (previa 1,1). La ecotomografía muestra hidronefrosis derecha y vejiga vacía. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Desobstrucción urgente de la vía urinaria (nefrostomía o catéter ureteral) por especialista

b) Furosemida endovenosa en dosis altas y control de diuresis

c) Hemodiálisis como único tratamiento

d) Hidratación forzada y analgesia, con control en 24 horas

e) Pielografía de eliminación para precisar el nivel de la obstrucción

Ver respuesta ›

85. Niño de 7 años con episodios de dolor abdominal y lumbar izquierdo, a veces con vómitos, que aparecen después de beber gran cantidad de líquido. La ecotomografía muestra dilatación importante de la pelvis renal izquierda, sin dilatación ureteral, con vejiga normal. ¿Cuál es el examen más útil para confirmar la obstrucción?

a) Uretrocistografía miccional

b) Cintigrafía renal DMSA

c) Urografía de eliminación

d) Cistoscopia

e) Renograma diurético MAG3

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

86. Hombre de 19 años con dolor lumbar derecho recurrente que aumenta al tomar mucho líquido. La ecografía muestra hidronefrosis derecha con uréter de calibre normal y la creatinina es normal. El renograma diurético confirma una obstrucción de la unión pieloureteral, con función relativa de 35% en el riñón derecho. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Observación sin controles
b) Pieloplastía derecha
c) Nefrectomía derecha
d) Sonda Foley permanente
e) Tamsulosina

Ver respuesta ›

4.03.1.027 · Uropatía obstructiva baja

87. Hombre de 63 años, diabético de larga data con neuropatía periférica, consulta por chorro débil, pujo y sensación de vaciamiento incompleto. Tacto rectal: próstata pequeña, lisa. La ecotomografía muestra un residuo postmiccional de 450 ml, sin hidronefrosis, con creatinina normal. ¿Cuál es la sospecha y la conducta más adecuada?

a) HPB; tamsulosina y control en 6 meses
b) Vejiga hiperactiva; oxibutinina
c) Vejiga neurogénica hipoactiva; vaciamiento con cateterismo y derivar a urología para estudio urodinámico
d) Cáncer de próstata; biopsia inmediata
e) Estenosis uretral; dilatación en atención primaria

Ver respuesta ›

88. Hombre de 74 años en tratamiento con tamsulosina por HPB consulta por compromiso del estado general. Al examen tiene globo vesical indoloro y goteo constante de orina. Creatinina 2,8 mg/dl (previa 1,0). La ecotomografía muestra ureterohidronefrosis bilateral. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Aumentar la dosis de tamsulosina y control en un mes
b) Instalar sonda vesical, vigilar diuresis y electrolitos, y derivar a urología
c) Solicitar renograma MAG3 ambulatorio
d) Indicar furosemida para mejorar la diuresis
e) Instalar nefrostomía percutánea bilateral

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.1.028 · Varicocele

89. Adolescente de 15 años, asintomático, acude a control de salud. Al examen de pie se palpa un paquete venoso escrotal izquierdo en reposo, que se vacía en decúbito. Los volúmenes testiculares son similares en el orquidómetro. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Varicocelectomía programada
b) Espermiograma inmediato
c) TAC de abdomen para descartar tumor renal
d) Observación con control anual del volumen testicular
e) Embolización percutánea

Ver respuesta ›

90. Hombre de 32 años consulta con su pareja por 18 meses de infertilidad; el estudio ginecológico de ella es normal. Al examen presenta un varicocele izquierdo palpable en reposo, que se vacía en decúbito. El espermiograma muestra oligoastenozoospermia. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Derivar a urología para corrección del varicocele
b) Observar y repetir el espermiograma en dos años
c) Indicar testosterona para mejorar la espermatogénesis
d) Suspensorio escrotal como único tratamiento
e) Solicitar TAC de abdomen y pelvis

Ver respuesta ›

4.03.2.001 · Cólico renal

91. Hombre de 35 años consulta en urgencia por dolor lumbar izquierdo intenso, de inicio súbito, irradiado a la ingle, con náuseas. Afebril y estable. Orina con hematuria microscópica, creatinina normal. La TAC sin contraste muestra un cálculo de 5 mm en el uréter distal izquierdo con hidronefrosis leve. El dolor cede con ketorolaco. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Hospitalizar para ureteroscopia urgente
b) Instalar un catéter doble J
c) Alta con AINE, tamsulosina, control e indicaciones de signos de alarma
d) Hidratación endovenosa forzada de 3 litros
e) Antibiótico profiláctico por 7 días

Ver respuesta ›

92. Hombre de 68 años, hipertenso y fumador, consulta por dolor lumbar izquierdo de inicio súbito irradiado a la ingle. Es su primer episodio. Presión arterial 100/60 mmHg y frecuencia cardíaca 105 lpm. La orina muestra 3 a 5 eritrocitos por campo. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Ketorolaco y alta con tamsulosina
b) Ecotomografía renal ambulatoria
c) Radiografía simple de abdomen
d) Urocultivo y antibiótico empírico
e) Descartar un aneurisma de aorta abdominal con imagen urgente

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

93. Hombre de 38 años consulta por dolor de inicio brusco en la fosa lumbar derecha, intenso y en oleadas, irradiado a la ingle y al testículo derecho, con náuseas. No encuentra una posición cómoda. Está afebril. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Apendicitis aguda
b) Cólico renal por litiasis
c) Pielonefritis aguda
d) Torsión testicular
e) Lumbago mecánico

Ver respuesta ›

94. Mujer de 78 años con fibrilación auricular, que suspendió su anticoagulante hace un mes, consulta por dolor lumbar izquierdo intenso de inicio brusco, con hematuria. La LDH está elevada y la creatinina subió de 0,9 a 1,8 mg/dL. La TAC sin contraste no muestra cálculos ni hidronefrosis. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Infarto renal por embolia
b) Quiste renal complicado
c) Pielonefritis aguda
d) Cáncer renal
e) Cólico renal por un cálculo ya expulsado

Ver respuesta ›

4.03.2.002 · Hematuria masiva

95. Hombre de 70 años, fumador, consulta por orina roja con coágulos desde hace 12 horas y dolor suprapúbico intenso, sin poder orinar. Al examen tiene globo vesical. Presión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca 92 lpm, hemoglobina 11 g/dl. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Sonda Foley de dos vías de calibre fino y alta
b) Sonda Foley de tres vías de grueso calibre, lavado de coágulos e irrigación continua
c) Cistostomía suprapúbica percutánea inmediata
d) Ácido tranexámico oral y control ambulatorio
e) UroTAC de urgencia antes de cualquier procedimiento

Ver respuesta ›

96. Hombre de 75 años consulta por hematuria macroscópica con coágulos de 2 días. Está pálido y sudoroso, con PA 85/50 mmHg, FC 120 lpm y hemoglobina 7,2 g/dl. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) UroTAC de urgencia antes de cualquier otra medida
b) Sonda Foley fina de dos vías y alta con control
c) Ácido tranexámico oral y observación
d) Reanimación con volumen y transfusión, sonda de tres vías con lavado e irrigación, y derivación urgente a urología
e) Cistostomía por punción como primera medida

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.2.003 · Parafimosis

97. Niño de 9 años consulta en urgencia por dolor y aumento de volumen del pene de 4 horas de evolución, tras retraer el prepucio en la ducha. Al examen hay un anillo prepucial edematoso por detrás del glande, que está rosado y tibio. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Circuncisión de urgencia en pabellón
b) Analgesia, compresión del edema y reducción manual
c) Antibiótico oral y control en 48 horas
d) Corticoide tópico y control en una semana
e) Derivación electiva a urología sin intervenir

Ver respuesta ›

98. Hombre de 82 años, postrado, usuario de sonda Foley permanente, presenta parafimosis que se reduce manualmente en urgencia sin complicaciones. ¿Cuál es la indicación más adecuada al alta?

a) Dejar el prepucio retraído para facilitar el aseo
b) Circuncisión dentro de las 6 horas siguientes
c) Retirar la sonda en forma definitiva
d) Educar a los cuidadores a reponer el prepucio y derivar a urología en forma electiva
e) Antibiótico profiláctico por 14 días

Ver respuesta ›

99. Hombre de 70 años operado de una hernia inguinal quedó con sonda Foley en el posoperatorio. Al día siguiente presenta dolor y edema del glande, con el prepucio retraído por detrás de él formando un anillo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Parafimosis
b) Balanopostitis candidiásica
c) Fimosis
d) Fractura de pene
e) Uretritis por la sonda

Ver respuesta ›

4.03.2.004 · Priapismo

100. Hombre de 35 años en tratamiento de disfunción eréctil con inyección intracavernosa de alprostadil consulta por erección dolorosa de 6 horas de evolución. Al examen los cuerpos cavernosos están rígidos y el glande blando. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Derivación urgente a urología para aspiración de cuerpos cavernosos
b) Hielo local y observación en domicilio
c) Eco Doppler peneano electivo
d) Sildenafil oral
e) Embolización arterial selectiva programada

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

101. Niño de 12 años sufrió hace 3 días una caída a horcajadas sobre su bicicleta. Consulta por erección persistente, semirrígida y no dolorosa. La gasometría de sangre cavernosa muestra sangre roja con oxigenación similar a la arterial. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Priapismo isquémico por drepanocitosis
b) Priapismo isquémico por fármacos
c) Fractura de pene
d) Trombosis de vena dorsal del pene
e) Priapismo no isquémico por fístula arteriocavernosa

Ver respuesta ›

102. ¿Cuál es la causa más frecuente de priapismo?

a) Uso de antipsicóticos
b) Uso de anticoagulantes
c) Trauma perineal
d) Enfermedades malignas
e) Anemia falciforme

Ver respuesta ›

4.03.2.005 · Prostatitis aguda

103. Hombre de 58 años consulta por 3 días de fiebre de 39 °C, calofríos, disuria y dolor perineal. Está hemodinámicamente estable y tolera la vía oral. Al tacto rectal la próstata está aumentada de tamaño, caliente y muy sensible. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Masaje prostático para cultivo de secreción
b) Solicitar APE y biopsia prostática
c) Urocultivo y ciprofloxacino oral por 2 a 4 semanas
d) Nitrofurantoína por 5 días
e) Alfa bloqueador y control en 3 meses

Ver respuesta ›

104. Hombre de 66 años con prostatitis aguda en tratamiento con ciprofloxacino desde hace 4 días persiste febril, con dolor perineal intenso. Al tacto rectal se palpa una zona fluctuante en la próstata. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Sospechar absceso prostático, solicitar ecografía transrectal o TAC y derivar urgente a urología
b) Completar 6 semanas del mismo antibiótico
c) Solicitar APE para descartar cáncer
d) Cambiar a nitrofurantoína
e) Urocultivo de control al terminar el tratamiento

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.2.006 · Retención urinaria aguda

105. Hombre de 74 años con HPB conocida inició hace 2 días un antigripal con clorfenamina y pseudoefedrina. Consulta por 12 horas sin orinar y dolor hipogástrico intenso. Se palpa globo vesical. No hay sangre en el meato. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Furosemida endovenosa
b) Ecografía renal y esperar micción espontánea
c) Cistostomía abierta en pabellón
d) Instalación de sonda Foley con técnica aséptica
e) Derivación electiva a urología sin intervenir

Ver respuesta ›

106. Hombre de 72 años con retención urinaria aguda por HPB. Se instala sonda Foley y se obtienen 850 mL de orina clara, con alivio del dolor. Creatinina normal. ¿Cuál es la indicación más adecuada?

a) Retirar la sonda de inmediato y dar el alta
b) Mantener la sonda, iniciar tamsulosina y derivar a urología para prueba de retiro y estudio
c) Iniciar finasteride y retirar la sonda en 24 horas
d) Resección transuretral de próstata esa misma noche
e) Antibiótico profiláctico por 3 meses

Ver respuesta ›

4.03.2.007 · Torsión testicular

107. Adolescente de 15 años con dolor testicular izquierdo brusco de 3 horas, testículo ascendido y horizontal, reflejo cremastérico ausente. Está en un hospital rural y el traslado a un centro con urólogo tomará 3 horas. Además de coordinar el traslado urgente, ¿qué maniobra puede intentarse?

a) Elevar el escroto como tratamiento definitivo
b) Indicar antibiótico empírico
c) Puncionar el testículo para descomprimirlo
d) Rotar el testículo de lateral a medial
e) Detorsión manual rotando el testículo de medial a lateral, con analgesia, sin postergar el traslado

Ver respuesta ›

108. Niño de 9 años con dolor testicular izquierdo de 24 horas, de inicio gradual. Al examen se observa un punto azulado en el polo superior del testículo, que está en posición normal; el reflejo cremastérico está presente. El Doppler muestra flujo testicular conservado. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Torsión testicular intravaginal
b) Orquiepididimitis bacteriana
c) Torsión de apéndice testicular
d) Hernia inguinal atascada
e) Tumor testicular

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.2.008 · Trauma urológico (renal, vesical, genital)

109. Motociclista de 30 años sufre colisión con golpe en el flanco izquierdo. Está con PA 120/80 mmHg y FC 90 por minuto. Presenta hematuria macroscópica y fractura de las costillas 11 y 12 izquierdas. ¿Cuál es el examen de elección para evaluar la lesión renal?

a) Pielografía endovenosa
b) TAC de abdomen y pelvis con contraste y fase excretora
c) Ecografía renal
d) Cistoscopia
e) Radiografía simple de abdomen

Ver respuesta ›

110. Hombre de 40 años consulta porque durante el coito escuchó un chasquido, con pérdida inmediata de la erección y dolor. Al examen el pene está edematoso, con hematoma extenso y desviado. No hay sangre en el meato y orina sin dificultad. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Derivación urgente a urología para reparación quirúrgica
b) Hielo local, AINE y control en una semana
c) Sildenafil para preservar la función eréctil
d) Eco Doppler peneano electivo en un mes
e) Instalar sonda Foley y dar el alta

Ver respuesta ›

4.03.2.009 · Traumatismo uretral

111. Hombre de 25 años cae a horcajadas sobre una viga. Consulta por sangre en el meato uretral e imposibilidad de orinar. Al examen hay hematoma perineal en alas de mariposa y globo vesical palpable. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Sonda Foley 18 Fr con abundante lubricante
b) Sonda con mandril para sortear la lesión
c) Diurético y observación
d) No sondear por uretra, cistostomía por punción y derivar urgente para uretrografía
e) Cistoscopia en urgencia por el médico general

Ver respuesta ›

112. Hombre de 35 años politraumatizado por accidente de tránsito, con fractura de pelvis. Presenta sangre en el meato uretral y al tacto rectal la próstata no se palpa en su posición habitual. ¿Cuál es la lesión más probable?

a) Lesión de uretra peneana
b) Lesión de uretra bulbar
c) Rotura vesical intraperitoneal
d) Lesión ureteral
e) Lesión de uretra posterior

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.3.001-003, 005 · Epidemiología y screening: próstata y testículo

113. Hombre de 62 años en tratamiento con dutasteride por HPB desde hace un año, asintomático, se realiza un APE que resulta 2,1 ng/mL. ¿Cuál es la interpretación correcta?

a) Es normal y no requiere ajuste
b) Indica cáncer y requiere biopsia
c) Debe multiplicarse aproximadamente por dos para interpretarlo
d) El dutasteride eleva el APE, por lo que el valor real es menor
e) El APE no se modifica con este fármaco

Ver respuesta ›

114. Hombre de 52 años, asintomático, sin antecedentes familiares de cáncer, pide en su control de salud que le hagan el examen de la próstata. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Explicar los beneficios y riesgos del APE, como el sobrediagnóstico, y decidir en conjunto si solicitarlo
b) Negar el examen porque el screening no tiene utilidad
c) Solicitar APE y biopsia en el mismo acto
d) Solicitar ecotomografía transrectal como screening
e) Indicar APE anual obligatorio desde los 40 años

Ver respuesta ›

115. Hombre de 42 años, asintomático, consulta porque su padre tuvo cáncer de próstata a los 56 años. Pregunta si debe controlarse. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Indicar finasteride preventivo
b) Esperar hasta los 55 años para iniciar el control
c) Solicitar resonancia de próstata anual
d) Solicitar biopsia prostática
e) Explicarle que tiene mayor riesgo y ofrecerle APE y tacto rectal desde ahora, decidiendo en conjunto

Ver respuesta ›

116. Hombre de 61 años con APE total de 6,5 ng/mL y tacto rectal normal. El urólogo pide además la fracción libre del APE, que resulta 9%. ¿Cómo se interpreta este resultado?

a) La fracción libre baja aumenta la probabilidad de cáncer y apoya continuar el estudio
b) La fracción libre solo sirve para el seguimiento después de la cirugía
c) Se descarta el cáncer porque el tacto es normal
d) La fracción libre baja confirma una HPB
e) La fracción libre no tiene utilidad entre 4 y 10 ng/mL

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.3.004, 006 · Prevención de ETS y trasplante renal

117. Hombre de 45 años, trasplantado renal hace 3 años, en tratamiento con tacrolimus. Hace 5 días inició claritromicina por una neumonía. Consulta por temblor fino y su creatinina subió de 1,2 a 2,0 mg/dL. ¿Cuál es la causa más probable?

a) Rechazo hiperagudo
b) Toxicidad por tacrolimus por interacción con claritromicina
c) Nefropatía por virus BK
d) Obstrucción ureteral por linfocele
e) Recurrencia de la enfermedad de base

Ver respuesta ›

118. Hombre de 24 años es tratado por una uretritis gonocócica. Refiere varias parejas sexuales en el último año y uso ocasional de condón. ¿Cuál es la medida preventiva más adecuada, además del tratamiento?

a) Profilaxis antibiótica mensual
b) Urocultivo de control al terminar el tratamiento
c) Indicar abstinencia sexual por 6 meses
d) Ofrecer test de VIH y sífilis, estudiar y tratar a las parejas y dar consejería en uso de condón
e) Indicar circuncisión

Ver respuesta ›

4.03.4 · Exámenes e imagenología en urología

119. Mujer de 35 años consulta por dolor lumbar izquierdo súbito, cólico, irradiado a la ingle, con hematuria microscópica. Está hemodinámicamente estable, afebril, y su test de embarazo es negativo. ¿Cuál es el examen de elección para confirmar el diagnóstico?

a) Radiografía simple de abdomen
b) Ecografía renal
c) Pielografía endovenosa
d) TAC con contraste en fase arterial
e) TAC sin contraste (pielo TAC)

Ver respuesta ›

120. Hombre de 60 años, fumador, consulta por hematuria macroscópica total, indolora, de una semana. Urocultivo negativo. ¿Cuál es el estudio más adecuado?

a) Antibiótico empírico y control con orina completa
b) Radiografía simple de abdomen
c) TAC con contraste y fase excretora, y derivación a urología para cistoscopia
d) Ecografía testicular
e) Uroflujometría

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

4.03.5 · Procedimientos en urología

121. En urgencia se instala sonda Foley a un hombre de 75 años con retención urinaria aguda. Tras introducir parte de la sonda se percibe resistencia y no sale orina. Se ha usado lubricante con lidocaína y el pene está traccionado. ¿Cuál es la conducta correcta?

a) No inflar el balón, retirar la sonda y realizar cistostomía por punción
b) Inflar el balón para fijar la sonda y luego avanzarla
c) Forzar el paso con mandril metálico
d) Inflar el balón con 30 mL de aire
e) Instilar suero a presión por la sonda

Ver respuesta ›

122. Hombre de 80 años, postrado, no ha orinado en 8 horas. El intento de sonda Foley no progresa. Al examen no se palpa globo vesical y la ecografía muestra 60 mL de orina en la vejiga. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Cistostomía por punción inmediata
b) Estudiar oliguria de causa prerrenal o renal; no hay indicación de drenaje vesical urgente
c) Forzar la sonda con mandril metálico
d) Cistostomía abierta urgente en pabellón
e) Instalar sonda de mayor calibre

Ver respuesta ›

123. Desde el punto de vista del riesgo de infección, ¿cómo se clasifica la herida de una prostatectomía radical en un paciente sin infección urinaria?

a) Infectada
b) Contaminada
c) Sucia
d) Limpia contaminada
e) Limpia

Ver respuesta ›

‹ Volver al índice

SOLUCIONARIO

Respuestas y explicaciones

La alternativa correcta de cada pregunta y la razón, en el mismo orden de la sección anterior.

‹ Volver al índice

1 **b)** Balanitis, balanopostitis

La balanitis candidiásica recurrente es una forma frecuente de presentación de una diabetes no diagnosticada, por lo que debe buscarse con glicemia o HbA1c. La biopsia se reserva para lesiones que no responden al tratamiento. La circuncisión no es urgente y un corticoide potente puede empeorar la infección por hongos.

‹ Volver a la pregunta 1

2 **d)** Balanitis, balanopostitis

Una lesión del glande que persiste pese al tratamiento debe biopsiarse para descartar eritroplasia de Queyrat (carcinoma in situ) o carcinoma de pene. Prolongar o cambiar tratamientos empíricos solo retrasa el diagnóstico. Tratar a la pareja tiene sentido en la candidiasis recurrente, no en una lesión sospechosa.

‹ Volver a la pregunta 2

3 **a)** Cáncer de próstata

Un tacto rectal sospechoso es indicación de derivación aunque el APE esté en rango normal, porque algunos cánceres producen poco APE. Repetir el examen en un año retrasa el diagnóstico. La tamsulosina no trata el cáncer y el cintigrama óseo no corresponde antes de confirmar la histología.

‹ Volver a la pregunta 3

4 **c)** Cáncer de próstata

El cuadro sugiere compresión medular por metástasis de cáncer de próstata, una urgencia oncológica. El corticoide reduce el edema medular y la RM urgente define el tratamiento (radioterapia o cirugía). Esperar un APE o una radiografía en control diferido arriesga un déficit neurológico permanente; el bloqueo androgénico lo indica el especialista.

‹ Volver a la pregunta 4

5 **c)** Cáncer de próstata

Un APE sobre 4 ng/mL, o sobre el valor esperado para la edad, obliga a estudiar un cáncer de próstata aunque el tacto sea benigno y haya síntomas de HPB. El especialista repite el APE, pide una resonancia multiparamétrica y decide la biopsia. Tratar solo la HPB o esperar un año retrasa el diagnóstico, y el finasteride baja el APE a la mitad, lo que dificulta interpretarlo. El cintigrama no corresponde sin diagnóstico.

‹ Volver a la pregunta 5

6 **d)** Cáncer de próstata

Con un cáncer de bajo grado y bajo volumen en un paciente con expectativa de vida corta, el tratamiento curativo no mejora la sobrevida y sí agrega complicaciones. Corresponde la observación (espera vigilante): controles clínicos y de APE, y hormonoterapia si aparecen síntomas o progresión. La vigilancia activa, con resonancia y biopsias de control, se reserva para pacientes con expectativa de vida mayor de 10 años. La quimioterapia se usa en la enfermedad metastásica.

‹ Volver a la pregunta 6

7 **b)** Cáncer de próstata

En el cáncer de próstata metastásico el tratamiento de base es la deprivación androgénica, médica con análogos o antagonistas de LHRH, o quirúrgica con orquiectomía; el especialista suele agregar un antiandrógeno de nueva generación o quimioterapia según el volumen de la enfermedad y el estado del paciente. La cirugía y la radioterapia como único tratamiento no tienen rol en la enfermedad diseminada. La analgesia es necesaria, pero no reemplaza el tratamiento oncológico.

‹ Volver a la pregunta 7

‹ Volver al índice

8 **e)** Cáncer de vejiga y urotelio

La hematuria macroscópica indolora en un fumador mayor obliga a descartar cáncer urotelial. La ecotomografía puede no detectar tumores pequeños o planos, por lo que debe completarse el estudio con cistoscopía y uroTAC en urología. El urocultivo negativo descarta ITU y el APE no estudia la hematuria.

‹ Volver a la pregunta 8

9 **b)** Cáncer de vejiga y urotelio

La exposición crónica a arsénico en el agua potable del norte de Chile, sobre todo en Antofagasta durante el siglo XX, se asocia a cáncer de vejiga, pulmón y piel. El tabaco sigue siendo el factor de riesgo principal en general, pero este paciente no fuma. Los demás no tienen una asociación establecida con el cáncer vesical.

‹ Volver a la pregunta 9

10 **d)** Cáncer de vejiga y urotelio

La hematuria macroscópica indolora e intermitente en un fumador mayor es un cáncer vesical hasta demostrar lo contrario; el tabaco es su principal factor de riesgo. La ausencia de dismorfia orienta a un origen no glomerular, el urocultivo negativo descarta la cistitis y la falta de dolor hace improbable la litiasis. La HPB puede sangrar, pero es un diagnóstico de exclusión. El estudio se completa con cistoscopía y uroTAC.

‹ Volver a la pregunta 10

11 **b)** Cáncer de vejiga y urotelio

El tumor vesical no músculo invasor (Ta, T1 o carcinoma in situ) se trata con resección transuretral completa, que es diagnóstica y terapéutica. Según el riesgo se agrega una instilación inmediata de quimioterapia (bajo riesgo) o BCG intravesical (riesgo intermedio y alto), y se sigue con cistoscopías por la alta tasa de recurrencia. La cistectomía radical se reserva para el tumor músculo invasor o el de muy alto riesgo que falla a la BCG; la radioterapia y la quimioterapia sistémica no son el tratamiento inicial.

‹ Volver a la pregunta 11

12 **c)** Criptorquidia

Después de los 6 meses el descenso espontáneo es poco probable, por lo que corresponde derivar para orquidopexia, idealmente antes de los 12 a 18 meses. La ecotomografía no cambia la conducta en un testículo palpable. La terapia hormonal no se recomienda de rutina, y un testículo retráctil sí se lleva al escroto y permanece en él.

‹ Volver a la pregunta 12

13 **a)** Criptorquidia

Gónadas no palpables bilaterales con hipospadias obligan a descartar un trastorno de la diferenciación sexual, en especial una hiperplasia suprarrenal congénita en un recién nacido 46,XX virilizado, que puede causar una crisis perdedora de sal. Esperar o programar cirugía diferida es incorrecto, y la ecotomografía no reemplaza al cariotipo ni al estudio hormonal.

‹ Volver a la pregunta 13

14 **d)** Disfunción sexual de causa orgánica

Es una DE orgánica (gradual, global, sin erecciones matinales) en un paciente con factores de riesgo vascular. Corresponde estudiar el riesgo cardiovascular, revisar fármacos como la tiazida, modificar el estilo de vida e indicar un inhibidor de PDE5. La testosterona sin hipogonadismo demostrado no está indicada, y el ecodoppler y la prótesis son de segunda línea del especialista.

‹ Volver a la pregunta 14

‹ Volver al índice

15 **e)** Disfunción sexual de causa orgánica

Los inhibidores de PDE5 potencian el efecto vasodilatador de los nitratos y pueden causar hipotensión grave; la combinación está contraindicada sin importar la dosis ni el fármaco del grupo. Suspender el nitrato por cuenta propia expone a isquemia. Corresponde coordinar con cardiología y derivar a urología para evaluar alternativas.

‹ Volver a la pregunta 15

16 **a)** Disfunción sexual de causa orgánica

Los betabloqueadores clásicos, como el atenolol, y los diuréticos tiazídicos son los antihipertensivos más asociados a disfunción eréctil. Los ARA II, como el losartán, y los IECA son neutros y son la alternativa cuando hay que cambiar el tratamiento. La tamsulosina altera la eyaculación, pero no la erección, y la metformina y la aspirina no la causan. Igual hay que evaluar el riesgo cardiovascular, porque la disfunción eréctil puede ser su primera señal.

‹ Volver a la pregunta 16

17 **a)** Enfermedades de transmisión sexual

La tinción de Gram confirma gonococo, que se trata con ceftriaxona 500 mg IM en dosis única, sumando doxiciclina por 7 días para cubrir Chlamydia por la alta frecuencia de coinfección, salvo que se haya descartado (CDC 2021; la azitromicina quedó como alternativa). La pareja debe tratarse para evitar la reinfección. Las quinolonas no se usan por la resistencia del gonococo, la penicilina benzatina trata sífilis y la azitromicina sola es insuficiente.

‹ Volver a la pregunta 17

18 **c)** Enfermedades de transmisión sexual

Es una sífilis primaria (chancro indoloro e indurado con adenopatía indolora). El tratamiento de elección es penicilina benzatina 2.400.000 UI IM en dosis única, con control de VDRL cuantitativo. La doxiciclina es una alternativa solo en alérgicos, el aciclovir trata el herpes y la ceftriaxona en dosis única no trata la sífilis.

‹ Volver a la pregunta 18

19 **c)** Enfermedades de transmisión sexual

Úlceras múltiples, superficiales, dolorosas y confluentes, precedidas de vesículas, con síntomas sistémicos y adenopatías bilaterales sensibles, son típicas de la primoinfección herpética, que se trata con aciclovir o valaciclovir. El chancro sifilítico es único, indoloro e indurado. El chancroide da úlceras profundas de bordes socavados con una adenopatía que fistuliza, y el linfogranuloma, una úlcera pequeña y transitoria seguida de adenopatías supuradas.

‹ Volver a la pregunta 19

20 **d)** Enfermedades de transmisión sexual

Una uretritis con Gram sin diplococos gramnegativos es no gonocócica, causada sobre todo por Chlamydia trachomatis y, en menor medida, por Mycoplasma genitalium. El tratamiento de elección es doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días, con azitromicina como alternativa, y la pareja también se trata. La penicilina trata la sífilis, el metronidazol la tricomoniasis y el fluconazol la candidiasis.

‹ Volver a la pregunta 20

21 **b)** Enfermedades de transmisión sexual

La uretritis oligosintomática, con incubación de 1 a 3 semanas, disuria leve y poca o ninguna secreción, es típica de Chlamydia trachomatis, la causa más frecuente de uretritis no gonocócica. El gonococo da secreción purulenta abundante a los pocos días. Treponema y herpes producen úlceras, y E. coli es una causa rara de uretritis en un hombre joven.

‹ Volver a la pregunta 21

‹ Volver al índice

22 **e)** Enfermedades de transmisión sexual

Las lesiones exofíticas, verrugosas e indoloras de los genitales son condilomas acuminados, causados por el virus papiloma humano, sobre todo los tipos 6 y 11. El molusco contagioso forma pápulas lisas y umbilicadas, la sífilis secundaria puede dar condilomas planos, y Chlamydia y Candida no producen verrugas.

‹ Volver a la pregunta 22

23 **b)** Enfermedades de transmisión sexual

Una uretritis de incubación corta, con secreción purulenta abundante, sugiere gonorrea. En el hombre, el Gram de la secreción con diplococos gramnegativos dentro de los polimorfonucleares tiene alta sensibilidad y especificidad para Neisseria gonorrhoeae. Las espiroquetas de la sífilis se buscan con microscopía de campo oscuro, no con Gram.

‹ Volver a la pregunta 23

24 **e)** Epididimitis

Es una epididimitis en un hombre joven sexualmente activo, cuya causa más probable es Chlamydia o gonococo; se cubren ambos con ceftriaxona más doxiciclina, junto con medidas generales y tratamiento de la pareja. El inicio gradual, el testículo en posición normal y el reflejo cremasteriano presente hacen poco probable la torsión. Los esquemas cortos o sin cobertura de ITS son insuficientes.

‹ Volver a la pregunta 24

25 **b)** Epididimitis

Inicio brusco, testículo alto y horizontal y reflejo cremasteriano ausente sugieren una torsión testicular, que es una urgencia quirúrgica: la viabilidad del testículo cae con cada hora que pasa. Tratarla como epididimitis o esperar exámenes diferidos arriesga perder el testículo. Ante duda razonable, se explora.

‹ Volver a la pregunta 25

26 **d)** Estenosis uretral

Síntomas obstructivos en un hombre joven, con próstata normal, antecedente de uretritis y curva en meseta sugieren una estenosis uretral, que debe confirmarse con uretrografía en urología para definir el tratamiento. La tamsulosina y el finasteride tratan la HPB, y las dilataciones no corresponden sin el estudio del especialista.

‹ Volver a la pregunta 26

27 **a)** Estenosis uretral

La uretrorragia en un paciente con fractura de pelvis sugiere una lesión de la uretra posterior. El sondaje uretral puede convertir una lesión parcial en completa o crear una falsa vía, por lo que se evita hasta confirmar con uretrografía retrógrada, y la vejiga se drena por cistostomía. Esperar con globo vesical no es aceptable.

‹ Volver a la pregunta 27

28 **e)** Fimosis, parafimosis

La fimosis asintomática y sin cicatriz en un preescolar es fisiológica y suele resolverse en forma espontánea, por lo que se maneja con educación y aseo, sin forzar la retracción. Forzarla produce fisuras y cicatrización. La circuncisión se reserva para la fimosis patológica o complicada.

‹ Volver a la pregunta 28

‹ Volver al índice

29 **b)** Fimosis, parafimosis

Es una parafimosis, habitualmente por no reubicar el prepucio tras el aseo o el sondaje. Es una urgencia y el primer paso es la reducción manual con analgesia, comprimiendo el edema y empujando el glande mientras se avanza el prepucio. Si fracasa o hay isquemia, se deriva de urgencia para incisión dorsal; las medidas diferidas arriesgan necrosis.

‹ Volver a la pregunta 29

30 **c)** Hematuria

Glóbulos rojos dismórficos, cilindros eritrocitarios, proteinuria, HTA y edema indican una hematuria glomerular (síndrome nefrítico), cuyo estudio y manejo corresponden a nefrología. La cistoscopía y el uroTAC buscan causas urológicas y no están indicados en este contexto. No hay elementos que sugieran ITU.

‹ Volver a la pregunta 30

31 **d)** Hematuria

Con un INR en rango, el anticoagulante no explica por sí solo la hematuria; en una paciente de riesgo (edad, tabaco) debe descartarse una causa urológica, en especial cáncer urotelial, con uroTAC y cistoscopía. Suspender o ajustar el anticoagulante sin indicación aumenta el riesgo embólico y retrasa el diagnóstico. El urocultivo negativo descarta ITU.

‹ Volver a la pregunta 31

32 **c)** Hematuria

La hematuria inicial, solo al comienzo de la micción, orienta a un origen uretral. La hematuria terminal, al final de la micción, orienta al cuello vesical, el trígono o la próstata. La hematuria total, durante toda la micción, puede venir de la vejiga o del tracto urinario superior (riñón, pelvis o uréter).

‹ Volver a la pregunta 32

33 **b)** Hematuria

La hematuria terminal se produce al contraerse el cuello vesical al final de la micción, por lo que orienta a lesiones del cuello, el trígono o la uretra prostática. La hematuria inicial es uretral y la total puede venir de la vejiga o del tracto urinario superior. El sitio orienta, pero toda hematuria macroscópica se estudia igual.

‹ Volver a la pregunta 33

34 **b)** Hidrocele

Es un hidrocele no comunicante del lactante (tamaño constante, transilumina, límite superior palpable), que en la mayoría de los casos se reabsorbe durante el primer año. La punción no se recomienda por recidiva e infección. La cirugía se reserva para el hidrocele comunicante o persistente, y no hay dolor ni signos que sugieran torsión o infección.

‹ Volver a la pregunta 34

35 **d)** Hidrocele

Un hidrocele de aparición reciente en un adulto joven puede ser reactivo a un tumor testicular, y como el testículo no se palpa, la ecotomografía es obligatoria antes de decidir. Puncionar o esperar puede retrasar el diagnóstico de un cáncer, y la cirugía no debe indicarse sin conocer el estado del testículo.

‹ Volver a la pregunta 35

‹ Volver al índice

36 **c)** Hidrocele

Un aumento de volumen escrotal indoloro que rodea al testículo, con límite superior palpable y transiluminación positiva, es un hidrocele. La hernia no deja palpar el límite superior y no transilumina, el varicocele se palpa como un paquete venoso y el tumor es sólido. En el adulto se pide una ecografía si el testículo no se palpa bien, para descartar un tumor.

‹ Volver a la pregunta 36

37 **a)** Hidronefrosis

Una hidronefrosis obstructiva infectada (pionefrosis) es una urgencia urológica: además del antibiótico, la vía urinaria debe drenarse con nefrostomía o catéter doble J. El manejo expulsivo, la hidratación forzada y la litotripsia no corresponden con infección activa, y el manejo ambulatorio es inadecuado en una paciente febril con PA limítrofe.

‹ Volver a la pregunta 37

38 **c)** Hidronefrosis

Hidronefrosis bilateral con vejiga engrosada, oligoamnios y chorro débil en un varón sugieren valvas de uretra posterior, una obstrucción infravesical que daña ambos riñones. La conducta es descomprimir con sonda vesical y derivar de urgencia a urología infantil. Las otras opciones postergan el manejo de una obstrucción bilateral grave.

‹ Volver a la pregunta 38

39 **e)** Hiperplasia prostática benigna

Con síntomas moderados, próstata pequeña y sin complicaciones, el tratamiento de primera línea es un alfabloqueador como la tamsulosina, de efecto rápido. El finasteride se reserva para próstatas grandes y su efecto tarda meses. La cirugía no tiene indicación, la oxibutinina puede favorecer retención y la sonda no corresponde sin RAO.

‹ Volver a la pregunta 39

40 **b)** Hiperplasia prostática benigna

La RAO recurrente pese al tratamiento médico es una indicación quirúrgica de la HPB, por lo que corresponde derivar a urología. Aumentar el alfabloqueador no resuelve la obstrucción, la oxibutinina empeora la retención y el cateterismo indefinido o la profilaxis no reemplazan la evaluación del especialista.

‹ Volver a la pregunta 40

41 **c)** Incontinencia urinaria

Es una incontinencia de esfuerzo pura. La primera línea es el entrenamiento de la musculatura del piso pélvico junto con la baja de peso. La cirugía de cinta mediouretral se plantea si falla el manejo conservador y la indica el especialista. La oxibutinina sirve en la incontinencia de urgencia, no en la de esfuerzo.

‹ Volver a la pregunta 41

42 **a)** Incontinencia urinaria

La oxibutinina es un antimuscarínico que atraviesa la barrera hematoencefálica y puede empeorar el deterioro cognitivo en adultos mayores, por lo que en esta paciente conviene preferir mirabegrón. No sirve en la incontinencia de esfuerzo, los diuréticos empeoran la urgencia y su contraindicación clásica es el glaucoma de ángulo estrecho, no la hipertensión.

‹ Volver a la pregunta 42

‹ Volver al índice

43 **a)** Incontinencia urinaria

Cuando la incontinencia de esfuerzo no responde a un entrenamiento del piso pélvico bien realizado, la siguiente opción es la cirugía con cinta mediouretral (TVT o TOT), que indica el especialista. La oxibutinina y el mirabegrón tratan la incontinencia de urgencia, no la de esfuerzo, y la sonda permanente no es un tratamiento de la incontinencia.

‹ Volver a la pregunta 43

44 **c)** Incontinencia urinaria

La pérdida de orina precedida de un deseo súbito e imperioso de orinar, con frecuencia y nicturia, es una incontinencia de urgencia, habitualmente por hiperactividad del detrusor. La de esfuerzo ocurre al toser o hacer fuerza, la de rebosamiento cursa con residuo alto y goteo, y la fístula produce una pérdida continua. La orina normal descarta la cistitis.

‹ Volver a la pregunta 44

45 **d)** Incontinencia urinaria

En toda incontinencia el estudio inicial incluye orina completa y urocultivo, para descartar una infección que la cause o la empeore; se complementa con diario miccional, examen ginecológico y medición del residuo. La urodinamia queda para los casos complejos o antes de una cirugía, y las imágenes y la cistoscopía no son exámenes iniciales.

‹ Volver a la pregunta 45

46 **a)** Incontinencia urinaria

La pérdida continua de orina, sin relación con esfuerzos ni con urgencia, que aparece semanas después de una cirugía ginecológica, sugiere una fístula vesicovaginal; la histerectomía es su causa más frecuente. Se confirma con examen con espéculo y prueba de colorante o cistoscopía, y su manejo es del especialista. La de esfuerzo ocurre al toser o hacer fuerza, la de urgencia se precede de un deseo imperioso y la de rebosamiento cursa con globo vesical.

‹ Volver a la pregunta 46

47 **d)** Infección urinaria alta y baja

Es una cistitis aguda no complicada: el diagnóstico es clínico y se trata empíricamente, con nitrofurantoína por 5 días como una de las opciones de primera línea. Esperar el urocultivo retrasa el tratamiento sin beneficio. Las quinolonas por 14 días y la ceftriaxona son excesivas, y la ecotomografía no está indicada.

‹ Volver a la pregunta 47

48 **e)** Infección urinaria alta y baja

La bacteriuria asintomática en el embarazo se trata, porque aumenta el riesgo de pielonefritis y de complicaciones obstétricas, y luego se controla con urocultivo. Las quinolonas se evitan en el embarazo. No hay indicación de hospitalizar a una paciente asintomática y no tratar es incorrecto en este grupo.

‹ Volver a la pregunta 48

49 **c)** Infección urinaria alta y baja

Síntomas urinarios bajos con fiebre, calofríos, dolor lumbar y puñopercusión positiva configuran una pielonefritis aguda. La cistitis no da fiebre ni compromiso renal. El cólico renal no explica la fiebre por sí solo y, si se asocia a infección, obliga a descartar una obstrucción. La bacteriuria asintomática, por definición, no tiene síntomas.

‹ Volver a la pregunta 49

‹ Volver al índice

50 **d)** Infección urinaria alta y baja

La pielonefritis que no responde en 48 a 72 horas obliga a buscar una complicación con imágenes. Un absceso renal de más de 3 a 5 cm se drena por vía percutánea, además del antibiótico endovenoso (por ejemplo, ceftriaxona); los más pequeños pueden tratarse solo con antibiótico. La nitrofurantoína no alcanza niveles útiles en el riñón, y la nefrectomía queda para los casos en que fracasa el drenaje.

‹ Volver a la pregunta 50

51 **b)** Infección urinaria alta y baja

El dolor vesical crónico que se alivia con la micción, con urgencia y frecuencia por más de 6 semanas y sin infección ni otra causa demostrable, corresponde a un síndrome de vejiga dolorosa o cistitis intersticial. Es un diagnóstico de exclusión, más frecuente en mujeres y asociado a fibromialgia y colon irritable. Los urocultivos negativos descartan la cistitis bacteriana, la citología y la cistoscopía normales hacen improbable el cáncer, y una orina completa normal, sin piuria, aleja la tuberculosis.

‹ Volver a la pregunta 51

52 **e)** Infección urinaria alta y baja

Tres episodios en un año definen una ITU recurrente. A diferencia de la cistitis aislada, que se trata sin urocultivo, en la recurrente se toman orina completa y urocultivo antes de cada tratamiento, para confirmar la infección y conocer la sensibilidad del germen; el antibiótico empírico se inicia sin esperar el resultado. La ecografía no es necesaria de rutina en la mujer joven, y una quinolona por 14 días es excesiva para una cistitis.

‹ Volver a la pregunta 52

53 **e)** Infección urinaria alta y baja

Es una bacteriuria asintomática: urocultivo positivo sin síntomas. En la mujer no embarazada no se trata ni se repite el cultivo, aunque haya leucocitos y nitritos, porque el tratamiento no da beneficio y favorece la resistencia. Solo se trata en el embarazo y antes de un procedimiento urológico con sangrado de mucosa.

‹ Volver a la pregunta 53

54 **b)** Infección urinaria específica (tuberculosis urogenital y otras)

La piuria aséptica con orina ácida y síntomas irritativos refractarios a antibióticos sugiere tuberculosis urogenital, que se confirma con baciloscopía y cultivo de Koch en muestras seriadas de la primera orina de la mañana. Prolongar el urocultivo corriente no detecta micobacterias, y la cistoscopía, la uroflujometría y la ecografía transrectal no son el primer paso.

‹ Volver a la pregunta 54

55 **c)** Infección urinaria específica (tuberculosis urogenital y otras)

La epididimitis crónica con epidídimo nodular, deferente arrosariado y fístula escrotal es característica de la tuberculosis urogenital. La orquiepididimitis bacteriana es aguda y dolorosa, el tumor testicular compromete el testículo y no fistuliza, la uretritis gonocócica no produce este cuadro crónico y la torsión es aguda y muy dolorosa.

‹ Volver a la pregunta 55

56 **a)** Infertilidad masculina

La testosterona exógena suprime FSH y LH y puede producir azoospermia, por lo que el primer paso es suspenderla, repetir el espermiograma y derivar para estudio. Aumentar la dosis agrava la supresión. La biopsia y la fertilización in vitro no corresponden como conducta inicial, y no hay elementos de infección.

‹ Volver a la pregunta 56

‹ Volver al índice

57 **e)** Infertilidad masculina

Azoospermia con bajo volumen, testículos normales y deferentes no palpables sugiere una causa obstructiva: agenesia bilateral congénita de los deferentes, asociada a mutaciones del gen de la fibrosis quística. En Klinefelter, orquitis e hipogonadismo los testículos suelen ser pequeños, y el varicocele no explica la ausencia de deferentes.

‹ Volver a la pregunta 57

58 **c)** Infertilidad masculina

El espermiograma es el primer examen en la evaluación del hombre de una pareja infértil. Si sale alterado se repite y se completa el estudio con hormonas, ecografía o estudio genético según el hallazgo. La biopsia y el cariotipo no son exámenes iniciales, y las hormonas solas no evalúan la calidad del semen.

‹ Volver a la pregunta 58

59 **d)** Lesiones quísticas del riñón

Cumple todos los criterios ecográficos de quiste simple (Bosniak I), que es benigno y, asintomático, no requiere tratamiento ni controles. La TAC con contraste se reserva para quistes que no cumplen los criterios de simple. La punción, la cirugía y el seguimiento seriado no aportan beneficio y pueden generar complicaciones o ansiedad innecesaria.

‹ Volver a la pregunta 59

60 **b)** Lesiones quísticas del riñón

Quistes renales múltiples bilaterales con riñones grandes, HTA, hematuria, quistes hepáticos y antecedente familiar de diálisis configuran una PQRAD. El manejo inicial es controlar la PA con IECA o ARA II y derivar a nefrología. Los quistes simples no explican el cuadro, y la displasia multiquística es unilateral y del niño.

‹ Volver a la pregunta 60

61 **d)** Lesiones quísticas del riñón

Riñones grandes palpables en ambos flancos, con hipertensión, hematuria e infecciones en un adulto joven, sugieren una poliquistosis renal autosómica dominante, que se confirma con ecografía. El tumor de Wilms es de la infancia y casi siempre unilateral, y los quistes simples no agrandan los riñones ni producen este cuadro.

‹ Volver a la pregunta 61

62 **c)** Malformaciones congénitas nefrourológicas

Una niña que micciona normalmente pero tiene goteo continuo entre micciones tiene un uréter ectópico que desemboca bajo el esfínter, típicamente asociado a duplicidad renal. La vejiga hiperactiva produce urgencia, no goteo continuo; la enuresis es solo nocturna; la ITU no explica una pérdida permanente desde siempre, y las valvas ocurren solo en varones.

‹ Volver a la pregunta 62

63 **a)** Malformaciones congénitas nefrourológicas

Es un hipospadias con testículos descendidos y micción normal. No se debe circuncidar, porque el prepucio se usa en la reparación quirúrgica, y la derivación a urología infantil es electiva. No hay riesgo de retención que justifique urgencia, y el estudio de diferenciación sexual se indica cuando se asocia a criptorquidia, especialmente bilateral.

‹ Volver a la pregunta 63

‹ Volver al índice

64 **e)** Quistes del epidídimo

Es un quiste de epidídimo o espermatocele, lesión benigna que, siendo pequeño y asintomático, solo requiere explicación y control clínico. La orquiectomía, los marcadores y la TAC corresponden a la sospecha de tumor testicular, que la ecotomografía descartó. La punción tiene alta recidiva y no hay signos de infección.

‹ Volver a la pregunta 64

65 **d)** Quistes del epidídimo

Un nódulo sólido intratesticular se considera cáncer de testículo hasta demostrar lo contrario y debe derivarse con urgencia a urología. El quiste de epidídimo previo no explica una lesión sólida dentro del testículo. Esperar retrasa el diagnóstico, y la punción biopsia percutánea está contraindicada por riesgo de diseminación tumoral.

‹ Volver a la pregunta 65

66 **b)** Reflujo vesicoureteral

La ITU febril recurrente con dilatación pielocalicial sugiere RVU, cuyo examen diagnóstico y de graduación es la uretrocistografía miccional, realizada con orina estéril. La DMSA evalúa cicatrices pero no diagnostica reflujo. El MAG3 estudia obstrucción, no reflujo, y el TAC irradia sin aportar el diagnóstico.

‹ Volver a la pregunta 66

67 **d)** Reflujo vesicoureteral

La disfunción vesical e intestinal favorece las ITU y retrasa la resolución del RVU, por lo que su manejo es parte central del tratamiento. Un reflujo grado II sin ITU recurrentes no tiene indicación quirúrgica ni endoscópica y suele resolverse con el crecimiento. Las quinolonas no se usan como profilaxis en niños y el seguimiento debe mantenerse.

‹ Volver a la pregunta 67

68 **a)** Tumor renal

Una masa renal sólida es un carcinoma de células renales hasta demostrar lo contrario; se caracteriza y etapifica con TAC con contraste y se deriva a urología. La biopsia no es rutinaria porque en la mayoría no cambia la conducta. Observar con ecografía retrasa el diagnóstico y la cistoscopia estudia la vejiga, no el riñón.

‹ Volver a la pregunta 68

69 **e)** Tumor renal

Un varicocele de aparición tardía que no se vacía en decúbito sugiere obstrucción de la vena espermática, típicamente por un tumor renal con trombo en la vena renal izquierda o por una masa retroperitoneal; la baja de peso refuerza la sospecha. El espermiograma y la cirugía del varicocele no corresponden, y los marcadores testiculares no estudian la causa.

‹ Volver a la pregunta 69

70 **d)** Tumor renal

Un tumor renal sólido localizado de más de 7 cm (T2) se trata con nefrectomía radical. En los tumores de hasta 7 cm (T1) se prefiere la nefrectomía parcial cuando es técnicamente factible. La biopsia no es rutinaria porque no cambia la conducta, y el carcinoma de células renales responde poco a la radioterapia y a la quimioterapia clásicas.

‹ Volver a la pregunta 70

‹ Volver al índice

71 **c)** Tumor suprarrenal

La triada de cefalea, palpitaciones y sudoración con HTA paroxística sugiere feocromocitoma, que se confirma bioquímicamente con metanefrinas plasmáticas o urinarias. La biopsia está contraindicada antes de descartarlo por el riesgo de crisis hipertensiva. Aldosterona y renina estudian el aldosteronismo primario y la dexametasona el hipercortisolismo, que no explican este cuadro.

‹ Volver a la pregunta 71

72 **b)** Tumor suprarrenal

En el feocromocitoma se inicia primero un alfabloqueador y el betabloqueador se agrega después, para controlar la taquicardia. Usar un betabloqueador solo deja sin oposición la vasoconstricción alfa y puede precipitar una crisis hipertensiva. Los diuréticos agravan la contracción de volumen propia del cuadro, y operar sin preparación aumenta la inestabilidad intraoperatoria.

‹ Volver a la pregunta 72

73 **e)** Tumor testicular

Un nódulo intratesticular duro e indoloro en un hombre joven con antecedente de criptorquidia es un tumor testicular hasta demostrar lo contrario. Se confirma con ecografía, se piden AFP, beta-hCG y LDH y se deriva con prioridad para orquiectomía inguinal. La punción y la biopsia escrotal están contraindicadas por riesgo de diseminación, y tratarlo como infección retrasa el diagnóstico.

‹ Volver a la pregunta 73

74 **a)** Tumor testicular

El seminoma puro no produce AFP; su elevación indica un componente no seminomatoso (tumor de saco vitelino o carcinoma embrionario). La beta-hCG puede elevarse levemente en ambos tipos. Marcadores normales no descartan cáncer, y la biopsia escrotal está contraindicada: el diagnóstico histológico se obtiene con la orquiectomía inguinal.

‹ Volver a la pregunta 74

75 **a)** Tumor testicular

Una masa sólida intratesticular es un cáncer de testículo hasta demostrar lo contrario y se trata con orquiectomía radical por vía inguinal, con ligadura alta del cordón. Los marcadores se toman antes de la cirugía para etapificar y para el seguimiento, pero un resultado normal no descarta el tumor. La vía escrotal y la biopsia están contraindicadas porque alteran el drenaje linfático y arriesgan la diseminación.

‹ Volver a la pregunta 75

76 **c)** Tumor testicular

El seminoma es el tumor germinal de testículo más frecuente en adultos, alrededor de la mitad de los casos. No eleva la AFP y puede elevar levemente la beta-hCG. Es muy sensible a la radioterapia y a la quimioterapia, con excelente pronóstico. El tumor del saco vitelino es el más frecuente en niños pequeños.

‹ Volver a la pregunta 76

77 **e)** Tumor testicular

La AFP se eleva en los tumores germinales no seminomatosos, en especial el tumor del saco vitelino y el carcinoma embrionario. El seminoma puro no la eleva: si la AFP está alta, el tumor tiene un componente no seminomatoso aunque la histología informe seminoma. La beta-hCG se eleva en el coriocarcinoma y a veces levemente en el seminoma, y la LDH refleja la carga tumoral.

‹ Volver a la pregunta 77

‹ Volver al índice

78 **b)** Tumor testicular

Ante la sospecha de un tumor testicular se piden AFP, beta-hCG y LDH antes de la orquiectomía, para etapificar, estimar el pronóstico y seguir la respuesta. El APE es un marcador de la próstata, y el CEA, el CA 125 y el CA 19-9 no se usan en el tumor testicular. Los marcadores no deciden la cirugía: unos normales no descartan el cáncer.

‹ Volver a la pregunta 78

---

79 **e)** Tumor testicular

En el tumor no seminomatoso etapa I, con marcadores normalizados e imágenes negativas, la mayoría se maneja con vigilancia estricta (marcadores, examen e imágenes periódicas), porque la cirugía ya curó a la mayoría y la recaída se rescata con quimioterapia. Si hay invasión linfovascular u otros factores de alto riesgo, el especialista puede ofrecer un ciclo de quimioterapia (BEP); la linfadenectomía retroperitoneal queda para casos seleccionados. La radioterapia se usa en el seminoma, no en el no seminoma, y la hormonoterapia no tiene rol.

‹ Volver a la pregunta 79

---

80 **e)** Tumor testicular

El testículo drena por los vasos linfáticos que acompañan a los vasos gonadales hasta los ganglios retroperitoneales, a la altura de los hilios renales; por eso la etapificación incluye TAC de abdomen. Los ganglios inguinales solo se comprometen si se violó el escroto (biopsia o cirugía escrotal) o el tumor invade su piel, y por eso la orquiectomía se hace por vía inguinal. El pulmón es el sitio más frecuente de metástasis a distancia.

‹ Volver a la pregunta 80

---

81 **d)** Urolitiasis

La medida más efectiva es aumentar la ingesta de líquidos para lograr una diuresis mayor de 2 a 2,5 litros diarios, junto con reducir sodio y proteína animal. Restringir el calcio dietario es un error: aumenta la absorción de oxalato y el riesgo de cálculos. La vitamina C en dosis altas se metaboliza a oxalato y las bebidas azucaradas aumentan el riesgo.

‹ Volver a la pregunta 81

---

82 **c)** Urolitiasis

Las bacterias productoras de ureasa como Proteus alcalinizan la orina y forman cálculos de estruvita, típicamente coraliformes. Estos cálculos mantienen la infección y dañan el riñón, por lo que requieren remoción completa por urología además del antibiótico. El ácido úrico se forma en orina ácida y es radiolúcido, y observar un cálculo coraliforme no es adecuado.

‹ Volver a la pregunta 82

---

83 **e)** Urolitiasis

Los cálculos ureterales mayores de 10 mm rara vez se expulsan solos, por lo que requieren tratamiento activo; en el uréter medio lo habitual es la ureteroscopía con litotricia intracorpórea. La terapia expulsiva con tamsulosina sirve para cálculos menores de 10 mm. La alcalinización solo disuelve los cálculos de ácido úrico.

‹ Volver a la pregunta 83

---

84 **a)** Uropatía alta (obstructiva)

La anuria con hidronefrosis en un riñón único es una insuficiencia renal aguda obstructiva y exige desobstruir de urgencia. El diurético y la hidratación no resuelven la obstrucción. La diálisis puede necesitarse como puente, pero no reemplaza el drenaje. El contraste endovenoso está contraindicado con esta función renal.

‹ Volver a la pregunta 84

‹ Volver al índice

85 **e)** Uropatía alta (obstructiva)

Hidronefrosis sin dilatación ureteral y dolor tras sobrecarga hídrica sugieren estenosis pieloureteral. El renograma diurético MAG3 confirma si la dilatación es obstructiva y mide la función de cada riñón, lo que define la cirugía. La UCG busca reflujo, la DMSA evalúa cicatrices, la urografía está en desuso y la cistoscopia no estudia el tracto alto.

‹ Volver a la pregunta 85

86 **b)** Uropatía alta (obstructiva)

La estenosis pieloureteral sintomática y obstructiva, con un riñón que conserva función, se corrige con pieloplastía, hoy habitualmente laparoscópica. La nefrectomía se considera cuando la función relativa es de 10 a 15% o menos. La sonda vesical no drena una obstrucción alta, y la tamsulosina no tiene rol en esta patología.

‹ Volver a la pregunta 86

87 **c)** Uropatía obstructiva baja

La neuropatía diabética puede producir una vejiga hipocontráctil con gran residuo y una próstata pequeña que no explica la obstrucción. Necesita vaciamiento (cateterismo intermitente o sonda) y estudio urodinámico por el especialista. La oxibutinina empeoraría la retención. El alfabloqueador solo no resuelve un detrusor que no contrae.

‹ Volver a la pregunta 87

88 **b)** Uropatía obstructiva baja

Es una retención crónica con incontinencia por rebalse e insuficiencia renal obstructiva: se descomprime la vejiga con sonda, se vigila la poliuria posobstructiva y los electrolitos, y se deriva a urología. La hidronefrosis bilateral es secundaria a la obstrucción baja, por lo que no se necesita nefrostomía. Aumentar el alfabloqueador o dar diuréticos no resuelve la obstrucción.

‹ Volver a la pregunta 88

89 **d)** Varicocele

Varicocele izquierdo grado II, asintomático y sin asimetría testicular: se observa con control periódico del volumen testicular. La corrección se indica si aparece hipotrofia significativa o dolor persistente, o en el adulto con infertilidad y espermiograma alterado. Al ser izquierdo y vaciarse en decúbito no sugiere causa secundaria, y el espermiograma no es el primer paso en un adolescente asintomático.

‹ Volver a la pregunta 89

90 **a)** Varicocele

Varicocele clínico con espermiograma alterado en una pareja infértil con estudio femenino normal es la principal indicación de corrección, que mejora los parámetros seminales. La testosterona exógena suprime la espermatogénesis y está contraindicada. El suspensorio solo alivia molestias, y el TAC no se justifica en un varicocele izquierdo que se vacía en decúbito.

‹ Volver a la pregunta 90

91 **c)** Cólico renal

Cólico renal no complicado por un cálculo distal de 5 mm, con buena respuesta analgésica: manejo ambulatorio con AINE, terapia expulsiva con tamsulosina, filtrado de orina y control, con consulta inmediata ante fiebre, vómitos persistentes o anuria. El catéter y la ureteroscopia urgente se reservan para cuadros complicados, la hidratación forzada no acelera la expulsión y no hay indicación de antibióticos.

‹ Volver a la pregunta 91

‹ Volver al índice

92 **e)** Cólico renal

En un hombre mayor de 60 años con un primer episodio de dolor tipo cólico renal, factores de riesgo cardiovascular y tendencia a la hipotensión, debe descartarse un aneurisma aórtico complicado antes de asumir un cólico renal; la hematuria microscópica no lo excluye. Darlo de alta con analgesia o estudiarlo en forma diferida puede ser fatal.

‹ Volver a la pregunta 92

93 **b)** Cólico renal

Un dolor lumbar súbito, cólico, irradiado por el trayecto del uréter hacia la ingle y el testículo, con inquietud y náuseas, es típico del cólico renal. La pielonefritis cursa con fiebre, la torsión parte en el testículo, el lumbago mecánico mejora en reposo y la apendicitis da dolor en la fosa ilíaca con signos peritoneales.

‹ Volver a la pregunta 93

94 **a)** Cólico renal

Un dolor lumbar súbito con hematuria en una paciente con fibrilación auricular sin anticoagulación, con LDH elevada, alza de creatinina y TAC sin cálculos ni obstrucción, obliga a pensar en un infarto renal embólico. Se confirma con angioTAC y se trata con anticoagulación. Un cálculo expulsado no explica la LDH ni el deterioro renal, y no hay fiebre que oriente a pielonefritis.

‹ Volver a la pregunta 94

95 **b)** Hematuria masiva

Hay retención urinaria por coágulos en un paciente estable: se instala una sonda de tres vías de grueso calibre, se lavan los coágulos y se deja irrigación continua con suero fisiológico. Una sonda fina se obstruye con coágulos. La cistostomía no permite evacuarlos y se evita si se sospecha tumor vesical, y el uroTAC se realiza una vez resuelta la retención.

‹ Volver a la pregunta 95

96 **d)** Hematuria masiva

Con inestabilidad hemodinámica lo primero es reanimar (accesos venosos, volumen, transfusión) y en paralelo evacuar los coágulos con una sonda de tres vías de grueso calibre e irrigar. La imagen se pide con el paciente estable. La cistostomía no permite evacuar coágulos y la sonda fina se obstruye.

‹ Volver a la pregunta 96

97 **b)** Parafimosis

Es una parafimosis sin signos de isquemia: el médico general debe reducirla con analgesia, compresión del edema y reducción manual. La circuncisión se indica después, en forma electiva. Antibióticos, corticoides o diferir la conducta retrasan una urgencia con riesgo de isquemia del glande.

‹ Volver a la pregunta 97

98 **d)** Parafimosis

En pacientes sondados la parafimosis suele ser iatrogénica, por no reponer el prepucio tras el aseo o el cambio de sonda. La prevención es educar a cuidadores y derivar electivamente para circuncisión. Dejar el prepucio retraído reproduce el problema; no hay indicación de cirugía urgente ni de antibiótico profiláctico.

‹ Volver a la pregunta 98

‹ Volver al índice

99 **a)** Parafimosis

Un prepucio que queda retraído detrás del glande y no vuelve, con un anillo constrictivo y edema, es una parafimosis; es frecuente cuando no se reubica el prepucio después de instalar una sonda o del aseo. Es una urgencia y se reduce manualmente con analgesia. La fimosis es lo contrario: la imposibilidad de retraer el prepucio.

‹ Volver a la pregunta 99

100 **a)** Priapismo

Erección dolorosa, rígida, con glande blando y gatillada por fármaco intracavernoso corresponde a priapismo isquémico, urgencia tiempo dependiente que requiere aspiración e irrigación por urología. Observar o diferir aumenta el riesgo de fibrosis y disfunción eréctil. La embolización se usa en el priapismo de alto flujo.

‹ Volver a la pregunta 100

101 **e)** Priapismo

El antecedente de trauma perineal, la erección indolora y semirrígida y la gasometría arterializada indican priapismo de alto flujo por fístula arteriocavernosa. El isquémico es doloroso y con sangre oscura e hipóxica. La fractura de pene ocurre con el pene en erección y produce detumescencia inmediata.

‹ Volver a la pregunta 101

102 **e)** Priapismo

Para el examen, la anemia falciforme se considera la causa más frecuente de priapismo, de tipo isquémico, por falciformación de los eritrocitos dentro de los cuerpos cavernosos; es la primera causa en niños. En adultos sin hemoglobinopatía, en cambio, predominan los fármacos (inyecciones intracavernosas, antipsicóticos, trazodona) y los casos idiopáticos. El trauma perineal produce un priapismo de alto flujo, no isquémico.

‹ Volver a la pregunta 102

103 **c)** Prostatitis aguda

Es una prostatitis aguda en paciente estable: urocultivo y fluoroquinolona oral prolongada, ajustada al antibiograma. El masaje prostático está contraindicado por riesgo de bacteriemia. El APE se eleva por la inflamación y no orienta a cáncer en este contexto. La nitrofurantoína no alcanza niveles útiles en la próstata.

‹ Volver a la pregunta 103

104 **a)** Prostatitis aguda

La fiebre persistente pese al antibiótico y la fluctuación al tacto sugieren absceso prostático, que se confirma con ecografía transrectal o TAC y suele requerir drenaje por urología. Prolongar el mismo esquema o cambiar a nitrofurantoína no resuelve una colección. El APE no aporta en el cuadro agudo.

‹ Volver a la pregunta 104

105 **d)** Retención urinaria aguda

Es una retención urinaria aguda gatillada por fármacos en un hombre con HPB. Lo primero es vaciar la vejiga con sonda Foley, que el médico general debe realizar. El diurético empeora la distensión; esperar o derivar sin drenar prolonga el dolor y el daño vesical. La cistostomía abierta queda para cuando la punción no es factible.

‹ Volver a la pregunta 105

‹ Volver al índice

106 b) Retención urinaria aguda

Tras drenar, se deja la sonda, se inicia alfa bloqueador (aumenta la probabilidad de orinar al retirarla) y se deriva a urología para prueba de retiro y decisión quirúrgica. El finasteride tarda meses en actuar. Retirar de inmediato tiene alta probabilidad de recurrencia y la cirugía no es de urgencia.

‹ Volver a la pregunta 106

107 e) Torsión testicular

La mayoría de las torsiones son hacia medial, por lo que la detorsión manual se hace hacia lateral, como abriendo un libro. El alivio del dolor sugiere éxito, pero igual requiere exploración quirúrgica y orquidopexia. Nunca debe retrasar el traslado. La elevación escrotal no trata la torsión.

‹ Volver a la pregunta 107

108 c) Torsión testicular

El punto azul en el polo superior, el reflejo cremastérico presente y el flujo conservado son típicos de la torsión de apéndice testicular, que se maneja con analgesia y reposo. La torsión testicular cursa con reflejo ausente y flujo disminuido. La orquiepididimitis es rara en esta edad sin factores predisponentes.

‹ Volver a la pregunta 108

109 b) Trauma urológico (renal, vesical, genital)

En el paciente estable con hematuria macroscópica tras trauma, el examen de elección es la TAC con contraste y fase excretora: estadifica la lesión renal, muestra extravasación de orina y lesiones asociadas. La ecografía no estadifica bien y la pielografía fue reemplazada por la TAC. La cistoscopia no evalúa el riñón.

‹ Volver a la pregunta 109

110 a) Trauma urológico (renal, vesical, genital)

El cuadro corresponde a fractura de pene (rotura de la túnica albugínea), que requiere reparación quirúrgica precoz para disminuir el riesgo de curvatura y disfunción eréctil. El manejo conservador tiene peores resultados. No hay indicación de sonda si orina bien y no hay signos de lesión uretral.

‹ Volver a la pregunta 110

111 d) Traumatismo uretral

Uretrorragia, retención y hematoma en alas de mariposa tras caída a horcajadas indican lesión de uretra bulbar. No se debe sondear por uretra, pues puede completar la lesión: se drena la vejiga por cistostomía por punción y se deriva para uretrografía retrógrada. El diurético empeora la distensión vesical.

‹ Volver a la pregunta 111

112 e) Traumatismo uretral

La fractura de pelvis con uretrorragia y próstata alta o no palpable es característica de la lesión de uretra posterior (membranosa). La lesión bulbar se asocia a caída a horcajadas y la peneana a fractura de pene. La rotura vesical da hematuria, no uretrorragia, y no desplaza la próstata.

‹ Volver a la pregunta 112

113 c) Epidemiología y screening: próstata y testículo

Los inhibidores de la 5 alfa reductasa (finasteride, dutasteride) reducen el APE cerca de la mitad tras 6 a 12 meses de uso, por lo que el valor medido se multiplica por dos para interpretarlo. Leerlo sin ajuste puede ocultar un cáncer. Un valor aislado no indica biopsia por sí solo.

‹ Volver a la pregunta 113

‹ Volver al índice

114 a) Epidemiología y screening: próstata y testículo

El screening con APE reduce poco la mortalidad específica a cambio de sobrediagnóstico y sobretratamiento, por lo que se recomienda una decisión informada y compartida, en general entre los 50 y 70 años. La ecografía no sirve como screening y la biopsia depende del resultado del APE y del tacto rectal.

‹ Volver a la pregunta 114

115 e) Epidemiología y screening: próstata y testículo

El cáncer de próstata en un familiar de primer grado, sobre todo antes de los 65 años, aumenta el riesgo, por lo que el tamizaje se adelanta a los 40 a 45 años, con APE y tacto rectal y después de explicar sus beneficios y riesgos. En la población general se ofrece desde los 50 años. La biopsia y la resonancia no son exámenes de tamizaje, y el finasteride no se usa con ese fin.

‹ Volver a la pregunta 115

116 a) Epidemiología y screening: próstata y testículo

En la zona gris del APE (4 a 10 ng/mL), la relación APE libre/total ayuda a distinguir el cáncer de la HPB: en el cáncer la fracción libre es menor. Un valor bajo, sobre todo menor de 10 a 15%, aumenta la probabilidad de cáncer y apoya seguir con resonancia y biopsia. Un tacto normal no descarta el cáncer.

‹ Volver a la pregunta 116

117 b) Prevención de ETS y trasplante renal

La claritromicina inhibe el CYP3A4 y eleva los niveles de tacrolimus, que produce nefrotoxicidad y temblor. La relación temporal con el antibiótico la hace la causa más probable. El rechazo hiperagudo ocurre en minutos a horas tras el trasplante. Se deben medir niveles y avisar al equipo de trasplante.

‹ Volver a la pregunta 117

118 d) Prevención de ETS y trasplante renal

Toda ETS obliga a buscar otras (VIH, sífilis), a estudiar y tratar a las parejas para cortar la transmisión y a reforzar el uso correcto y constante del condón. La profilaxis antibiótica mensual no está indicada y favorece resistencia. La abstinencia prolongada no es una medida realista ni recomendada.

‹ Volver a la pregunta 118

119 e) Exámenes e imagenología en urología

En el cólico renal, la TAC sin contraste es el examen de elección: detecta casi todos los cálculos, incluso los radiolúcidos, y muestra la dilatación. La radiografía no ve los cálculos radiolúcidos y la ecografía tiene menor sensibilidad para cálculos ureterales, aunque se prefiere en embarazadas. La pielografía está en desuso.

‹ Volver a la pregunta 119

120 c) Exámenes e imagenología en urología

La hematuria macroscópica indolora en un fumador mayor obliga a descartar cáncer urotelial: se estudia el tracto urinario alto con uro TAC y la vejiga con cistoscopia, realizada por urología. Tratar con antibiótico sin infección demostrada retrasa el diagnóstico. La radiografía simple no evalúa tumores uroteliales.

‹ Volver a la pregunta 120

‹ Volver al índice

121 **a)** Procedimientos en urología

El balón solo se infla después de ver salida de orina; inflarlo en la uretra produce rotura y sangrado. Si la sonda no avanza con técnica correcta no se debe forzar ni usar mandril, por riesgo de falsa vía, y la alternativa es la cistostomía por punción con vejiga distendida.

‹ Volver a la pregunta 121

122 **b)** Procedimientos en urología

Con la vejiga casi vacía no hay retención urinaria: el problema es una oliguria, que debe estudiarse (volemia, función renal). Además, la cistostomía por punción requiere vejiga distendida y palpable; sin ella el riesgo de lesionar asas intestinales es alto. Forzar la sonda arriesga una falsa vía.

‹ Volver a la pregunta 122

123 **d)** Procedimientos en urología

Una cirugía que abre la vía urinaria en forma controlada y sin infección activa corresponde a una herida limpia contaminada, igual que las que abren la vía digestiva o respiratoria. Sería contaminada si hubiera una infección urinaria activa o una ruptura importante de la técnica, y sucia si hubiera pus o una víscera perforada. Por eso se indica profilaxis antibiótica con un urocultivo negativo previo.

‹ Volver a la pregunta 123

‹ Volver al índice