



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

269/13 - ESA HEMATURIA QUE NO CEDE

S. Verdión Martín^a, C. Montilla Castillo^b, G. Ayala González^b y M. García Fernández^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Pilarica-Circular. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla. Valladolid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Pilarica. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 75 años que acude por haber presentado un cuadro autolimitado de hematuria en el domicilio. AP: HTA, DM tipo 2 en tratamiento con metformina, dislipemia, hiperuricemia, hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica crónica. Antecedentes quirúrgicos: adenomectomía de próstata por HBP hace 7 años, polipectomía en sigma (displasia leve), carcinoma epidermoide de laringe intervenido hace 12 años. Pedimos analítica de control sangre y orina, urocultivo y cursamos IC a Urología. A los dos días acude de nuevo a la consulta refiriendo orinas continuas hematóricas de un día de evolución que no ceden, enviamos al servicio de urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta de AP presenta BEG, NH, ligera palidez cutánea. ACP: RscRs sin soplos, MVC no ruidos patológicos. Abdomen: sin hallazgos de interés. En el servicio de urgencias se realizan lavados vesicales, a pesar de lo cual la hematuria no cesa por lo que ingresa en Urología. Analítica: Hb: 10,3. Cr: 1,72. Resto sin alteraciones. En ecografía abdominal y cistoscopia se evidencia tumor en trigono hacia cara lateral derecha y cuello. En TC se evidencia uropatía obstructiva derecha a expensas de tumoración vesical sugestiva de infiltración en fascia mesorrectal y hueso pelviano. Se realiza RTU vesical incompleta por extensión del tumor y en un segundo tiempo se coloca sonda de nefrostomía percutánea derecha. Tras la cirugía recibe tratamiento concomitante con radioterapia y quimioterapia pasando posteriormente a estar en revisiones por el servicio de oncología. A los dos meses de finalizar el tratamiento adyuvante nos avisan a la consulta de AP por inicio de nuevo con hematuria. Se valora al paciente en domicilio y se traslada al servicio de urgencias desde donde ingresa en urología. Realizan nuevo TAC en el que se evidencia progresión de la enfermedad afectando masa vesical a meato izquierdo e imágenes nodulares de nueva aparición en LII. En analítica Hb 7,9. Se realizan lavados vesicales, se coloca sonda vesical de manera permanente por deterioro de función renal a su retirada. Oncología desestima tratamiento por progresión. Desde el hospital se ponen en contacto con Unidad de Cuidados Paliativos que valoraran al paciente al alta en domicilio. Al alta acudimos al domicilio para valorarlo presenta REG, ha perdido peso, astenia intensa, edemas en EEII y dolor de tipo neuropático en EEII derecha. Se queja de espasmos intensos en vejiga y pene. Iniciamos tratamiento con solifenacina y pregabalina. Desde la Unidad de Paliativos nos informa que presenta picos febriles así como esputos hemoptoicos con empeoramientos general. Tras esto inicia cuadro de disnea, aumento de edemas en EII por lo que pautan O2 domiciliario y furosemida con discreta mejoría, teniendo que pasar medicación (furosemida) a vía subcutánea. Mejoría del cuadro con la mediación subcutánea pautada por Unidad de Paliativos. Persiste dolor en EEII y espasmos a pesar

de mediación iniciando parche de fentanilo. Cuadro de disnea, delirium, agitación por lo cual lo trasladan al HCUV donde fallece.

Juicio clínico: Carcinoma urotelial vesical en progresión.

Diagnóstico diferencial: Litiasis urinarias, infecciones urinarias agudas, tumores varios.

Comentario final: Las hematurias tienen que ser estudiadas y debemos derivarlas en caso de no disponer de medios, obstrucción por coágulos, alteración hemodinámica, traumatismo, origen glomerular... En pacientes con una enfermedad terminal debemos procurar que estancia en el domicilio sea lo más cómoda posible y si hay varios profesionales implicados exista comunicación y trabajo en equipo para la asistencia del paciente y la familia.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª edición. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados paliativos control de síntomas, 6ª ed, 2014.