



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/176 - SI SOLO ES HEMATURIA... SIN MÁS...

M. García Ventura^a, M. García Ramón^b y F. Expósito Rodríguez^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Cañada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 46 años, acude a consulta por presentar 1 semana con disuria y polaquiuria. Afebril y hematuria de 48 horas de evolución. AP litiasis urinaria. Alergia a metamizol. No ha presentado ninguna infección urinaria sintomática a lo largo de su vida. Sospecha de infección del tracto urinario.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza exploración abdominal que es anodina, discreto dolor a la palpación en FID y solicitamos Combur test que es negativo. Se le prescribe fosfomicina trometamol 3 g cada 24 horas y se cursa hemograma, bioquímica, sistemático de orina y urocultivo si procede. Analítica normal excepto sistemático que aparece hematuria + + + +. Mejoría con el tratamiento prescrito pero la hematuria persiste. Se deriva al urólogo para estudio. Solicita ecografía abdominal y vías urinarias que es normal, aunque no es la edad ni el sexo típico donde se presenta la patología tumoral vesical, decide seguir investigando, le realiza cistoscopia y se observa una masa de características malignas en el trigono vesical. Se realiza RTU de lesión vesical pequeña, excrecente, blanquecina, próxima meato urinario izquierdo y biopsia de lesión similar en el trigono.

Juicio clínico: Hematuria. Neoplasia maligna de vejiga. Al biopsiar: nidos de Von brunn: presencia de grupos de células uroteliales en la lámina propia, unidos o separados del urotelio que recubre la vejiga. Se desprende formando nidos llamados nidos de Von Brunn. La impresión en la cistoscopia puede ser de un tumor maligno. Los nidos de este proceso son redondeadas y de contorno liso con apariencia de banda sin atipia. Similar a la superficie del epitelio, pueden presentar hiperplasia y atipia.

Diagnóstico diferencial: 1. Infección urinaria. 2. Hematuria derivada del ciclo menstrual. 3. Carcinoma de vejiga. 4. Cólico nefrítico. 5. Glomerulonefritis.

Comentario final: El diagnóstico de carcinoma urotelial, variedad en nidos, en biopsias que no incluyen muscular propia, obliga a un seguimiento clínico exhaustivo del paciente y/o a una reevaluación quirúrgica, para descartar infiltración. La agresividad intrínseca de esta variedad histológica y el frecuente retraso en su diagnóstico podrían ser la causa de que estos tumores debuten habitualmente en estadios localmente avanzados. De otra parte, no existen protocolos terapéuticos específicos para los pacientes con esta variedad histológica de CU, debido al escaso número de casos publicados y a la falta de estudios aleatorizados. Se ha demostrado la ineficacia de la radioterapia y se ha propuesto combinar la cistectomía y la quimioterapia. Algunos autores

consideran que se debe valorar la realización de cistectomía temprana incluso en estadios pT1 ya que, tras la RTU, el seguimiento con citología y cistoscopia es poco eficaz.

Bibliografía

1. Leopold GK. Atlas of Tumor of the bladder. Fascicle II Armed. Washington: Institute Pathology; 1983.
2. Reuter. Atlas of Urology. London: Editorial Saunders; 1964.
3. Campbell MF. Urology. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1973; p. 693-705.
4. Cifuentes Delatte. Cistitis y cistopatía, 2ª ed. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1986.
5. Robbins Stanley MD. Patología estructural y funcional, 3ª ed. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1988.
6. Smith D. Urología General. 12 ed. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1988, p. 115-20.
7. Koss L. Tumors of the Urinary Bladder. Supplement Armed. Washington: Forees Institute Pathology; 1984.