



160/139 - Diagnóstico menos común en un caso de hematuria e insuficiencia renal

C.Magaña Herrera^a, M.Á. María Tablado^b, S.S. Murga Alvarado^c, C.Rojo Villaescusa^d y D. El Atiaoui^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ^bMédico de Familia. Consultorio Local Perales de Tajuña. Madrid. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María de los Llanos. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 82, varón. Antecedentes personales: HTA, litiasis renal, poliomielitis, hiperuricemia, DMAE, HBP, cáncer de laringe. El paciente padece insuficiencia renal de inicio incierto (aprox. 2 años) Creatinina basal 1,6 md/dL. Consulta por hematuria intermitente de 7 días de evolución. Niega síndrome miccional, dolor en fosas renales o fiebre. Comenta pérdida de apetito y pérdida de 6 kg de peso en los últimos 5 meses.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA 135/80 mm Hg, T^a 36,1 °C, BEG, ACP rítmica, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, no doloroso, PPRB-. Tacto rectal: próstata aumentada de volumen. Pruebas complementarias: Analítica. No alteraciones hemograma, bioquímica normal, PCR normal, Pruebas de función renal (creatinina 2,64 mg/dL, FGe (MDRD-4 IDMS) 17 mL/min/1,73 m², estadio 4). Sedimento: macrohematuria. Ecografía de vías urinarias: dilatación de uréter izquierdo, próstata de 84 cc. Se deriva al paciente a Urología para continuar estudio: citología urinaria (sospechosa de malignidad), TAC (sin contraste, debido a su insuficiencia renal): dilatación vía excretora izquierda hasta el meato ureteral. Cistoscopia: visualización deficiente de meato ureteral izquierdo por impronta prostática. Ureteroscopia semirrígida: múltiples lesiones papilares y nodulares en la luz ureteral (sospechosas de malignidad) en uréter distal, en un segmento de 5-6 cm, gran dilatación en pielografía retrógrada, sin poder descartarse afectación renal. El estudio de extensión descartaba lesiones tumorales a otros niveles. Se realiza nefrostomía percutánea izquierda para descartar insuficiencia renal de causa obstructiva. Dos semanas después de la nefrostomía la creatinina había disminuido a 1,8 mg/dL. El paciente vuelve a ingresar para nefroureterectomía izquierda.

Juicio clínico: Neoformación ureteral izquierda múltiple.

Diagnóstico diferencial: Hematuria es la aparición de sangre en orina. Según el momento de aparición en la micción podemos sospechar el lugar de origen de la misma: Inicial (origen uretral o prostático), terminal (origen cercano al cuello vesical), total (riñón, uréter, vejiga). Según la cantidad de hematíes por campo es microscópica (< 100) o macroscópica (> 100). Según la duración puede ser transitoria (ejercicio intenso, fiebre, actividad sexual o traumatismos; descartar cálculo renal o a cáncer de vejiga) o permanente. Las causas más frecuentes de hematuria macroscópica son: renales

(tumores renales, de vía excretora, litiasis renal, pielonefritis aguda, traumatismos, glomerulonefritis, necrosis papilar secundaria a AINES), ureterales (litiasis, tumores), vesicales (litiasis, cistitis, pólipos, traumatismo, post-sondaje) y prostáticas (prostatitis aguda, HBP, cáncer de próstata). Ante una insuficiencia renal de reciente diagnóstico se debe pensar en sus causas: prerrenal (disminución de la perfusión renal secundaria a disminución de la volemia), intrarrenal (causa glomerular, tubular e intersticial. La más frecuente es la necrosis tubular aguda) y postrenal (obstrucción vías urinarias).

Comentario final: La hematuria y la insuficiencia renal en estadios hasta G3b son frecuentes en atención primaria. Aunque las causas más frecuentes de hematuria con insuficiencia renal postrenal son las nefrolitiasis y las dilataciones pielocaliciales subsecuentes, seguidas de la impronta prostática por volumen. No debemos descartar causas menos frecuentes en distal (uretra y fimosis) o en proximal tumor de vejiga o uréter. Llama la atención que riñón derecho pese a estar normofuncionante no es capaz de relizar toda la filtración. Debiera controlarse con IECAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Méndez L, Martínez Estrada K, Cadabal Rodríguez T. Hematuria. AMF 2011;7(1):39-43.
2. Farreras-Rozman. Medicina Interna. XVII Edición. Barcelona: Elsevier; 2012.
3. Yun EJ, et al. Evaluation of the patient wit hematuria. Med Clin North Am. 2004;88(2):329-43.