



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4310 - HEMATURIA COMO SÍNTOMA GUÍA

A. Marco Ibáñez^a, J. Fernando Pina^b, M. Marco Ibáñez^c y M. González Enguita^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina del Trabajo. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrerramona. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 75 años, acude a consulta de Atención Primaria por hematuria macroscópica de 72h de evolución, con refuerzo terminal y disuria, sin dolor abdominal ni lumbar, afebril. No RAM ni consumo de tóxicos, hiperuricemia tratada con alopurinol.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente normocoloreado, constantes y auscultación cardiopulmonar normales. Abdomen anodino, PPRR negativa, Combustión test: hemoglobina+++ , leucocitos++ , nitritos+ , posible ITU: hidratación, ciprofloxacino 500 mg/12h/7d v.o., cita en 7d con MAP para control evolutivo y urocultivo (negativo); escasa mejoría, pautándose ácido tranexámico 500 mg 2/8h v.o. y solicitando Interconsulta virtual a Urología y ecografía abdominal preferentes: "vejiga replecionada, crecimiento, en pared izquierda, de base 35 × 30 mm y altura 25 mm, compatible con papiloma; hígado esteatósico". Visita Urgencias, AO: 10-25 leucocitos/campo 400X, hematuria, diagnosticándose ITU, pautando cefixima 400 mg/24h/7d v.o., sin mejoría. En Urología: AS, ECG y Radiografía tórax, sin alteraciones, indicándose RTU, realizada 15 días después: tumor vesical de 5 cm, aspecto infiltrante, en CLI-hemitrígono izquierdo-suelo, sin visualizar OU izquierdo, enviando muestras a AP también de uretra prostática y citología por lavado, pendientes de resultado, alta 48h después con SV 72h, retirada sin incidencias en AP. TAC toraco-abdomino-pélvico sin metástasis. Pendiente decisión Comité de Tumores. Seguimiento por Urología y MAP.

Orientación diagnóstica: Papiloma vesical.

Diagnóstico diferencial: ITU, cólico renal, neoplasia renal, ureteral o prostática, pseudoheaturia, hematuria farmacológica.

Comentario final: La hematuria resulta del paso de hematíes a la orina antes del esfínter estriado uretral, siendo el tumor vesical su etiología más frecuente en varones mayores de 60 años, cursando con hematuria macroscópica total y refuerzo terminal. Teniendo en cuenta que su diagnóstico y tratamiento precoces determinan su pronóstico, la información que el MAP puede recabar mediante anamnesis y exploración física, y la solicitud preferente de ecografía de aparato urinario y/o abdominal, resultan indispensables para orientar la interconsulta con Urología, quienes valorarán cistoscopia o directamente RTU, para confirmación histológica, y TC toraco-abdomino-pélvico, como estudio de extensión si lesión infiltrante, fundamentando estos resultados la planificación

terapéutica, siendo necesario seguimiento multidisciplinar.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014; p. 533-6.
2. Abordaje práctico de la patología urológica en Atención Primaria. Barcelona. EdikaMed, 2014.

Palabras clave: Hematuria. Papiloma vesical.