



245/40 - HEMATURIA RECIDIVANTE: IMPLICACIÓN UROLÓGICA Y REPERCUSIÓN SISTÉMICA

L. Raya Rojas^a e I. Abaigar Pedraza^b

^aHospital Don Benito-Villanueva. Badajoz. ^bFEA Urología. Hospital Don Benito-Villanueva. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años que hiperfrecuenta Urgencias por dolor suprapúbico, en fosa renal derecha y hematuria macroscópica, sin síndrome irritativo miccional, ITU de repetición ni cólicos renales. Como antecedentes nefrourológicos destacan: agenesia renal izquierda, función renal conservada y adenomectomía prostática 5 años antes. No clínica sistémica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: En Atención Primaria se realiza exploración física sin hallazgos, solicitando ecografía abdominopélvica y de vía urinaria, con analítica de sangre, orina y urocultivo. Se evidencia anemia ferropénica con fórmula leucocitaria, plaquetas, bioquímica y coagulación en rango. El sistemático de orina indica presencia de hematíes con escasos leucocitos. En ecografía, vejiga distendida con inflamación y divertículo de 3 cm en pared, riñón derecho de tamaño y cortical conservados, sin litiasis ni dilatación en vía excretora. Se deriva al paciente a Urgencias para ingreso en Urología y estudio de vía urinaria, dados los hallazgos y la hematuria incoercible. Se realiza cistoscopia no concluyente, procediéndose a RTU vesical para biopsia. Aparecen cambios proliferativos de urotelio y vasculares, edema, hemorragia e infiltrado inflamatorio eosinofílico, sin signos de malignidad (compatible con cistitis eosinofílica). Recordemos que no había eosinofilia en sangre periférica ni clínica sistémica asociada. Se instauró corticoterapia oral, con buena respuesta. Se acordó control coordinado entre Urología y Primaria. Al cabo del mes su médico solicitó control analítico, encontrando insuficiencia renal. A los pocos días ingresó por macrohematuria. Se realizó TAC sin contraste, objetivando dilatación de uréter derecho y sistema pielocalicial, ocupado por material blando, sin sangre ni litiasis. Los hallazgos orientaban más hacia proceso infeccioso (pionefrosis) que tumoral, precisando confirmación con URO-TAC con contraste una vez normalizada la función renal. Se confirmó neoformación maligna en el interior de pelvis renal.

Juicio clínico: Cistitis eosinofílica y carcinoma de pelvis renal. Insuficiencia renal. Anemia secundaria a pérdidas hemáticas por hematuria incoercible.

Diagnóstico diferencial: La cistitis eosinofílica puede presentar sintomatología irritativa urinaria e importante macrohematuria. Puede haber eosinofilia periférica, sin condicionar el diagnóstico. En estudios de imagen se aprecian defectos de llenado o masas en vejiga indistinguibles de tumores vesicales. Por tanto, se deben descartar carcinoma y sarcoma urotelial, ya que pueden superponerse. Debido al dolor que presentaba el paciente también incluimos en diagnóstico diferencial el cólico renoureteral (dolor intenso y habitualmente acompañado de urolitiasis) y la

cistitis intersticial (más asociada a urgencia miccional y dolor suprapúbico que alivia con el vaciado vesical). Otra patología donde puede aparecer hematuria es la tuberculosis genitourinaria (macro en el 10% de casos y microhematuria en 50%). Se caracteriza mayoritariamente por polaquiuria indolora intermitente.

Comentario final: Se trata de un caso de hematuria y dolor en fosa renal asociados a patología inflamatoria y neoplásica simultáneamente, con repercusión sistémica debido a insuficiencia renal y anemia grave, que complican la situación basal del paciente (agenesia renal y factores de riesgo cardiovascular). Gracias al abordaje completo en Primaria, se agilizó el estudio propiamente urológico.

Bibliografía

1. Vázquez Ortega LS, Paraguirre S, Cantellano Orozco M, Morales Montor G, Calderón Ferro F. Cistitis eosinofílica: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Urol. 2007;67(4):212-4.