



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2465 - La hematuria que nos hizo conocer al paciente. Valoremos al paciente como un todo y no como un síntoma

S. García Espada^a, F. Caminero Ovejero^b, A. Rocha Giraldo^c, Z. Oreja Durán^d, M.T. Cantillo Gutiérrez^e y M.J. Rangel Tarifa^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^eMédico de Medicina Familiar y Comunitaria de Centro de Salud Calera de León. Badajoz. ^fMédico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 69 años derivado a urgencias por hematuria intermitente de dos meses de evolución, tratado con ciprofloxacino y recidivando al finalizar tratamiento. Antecedentes personales dislipémico y DMII en tratamiento con mal control, fumador IPA 37,5 paquetes/año. En la exploración física, auscultación pulmonar patológica por lo que se realiza radiografía tórax donde aparece masa pulmonar desconocida. Procedemos al sondaje vesical, hematuria que cede con lavados. Ingreso en neumología para estudio de masa pulmonar, vive solo en pisos tutelados y “no me gustan los médicos ni los hospitalares”.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales normales incluida glucemia capilar (78 mg/dl) y saturación basal (98%), la auscultación pulmonar que nos alarma ante la inexistencia de clínica respiratoria son roncus y sibilantes dispersos en ambos hemitórax con hipofonesis en hemitórax derecho; resto normal. Rx tórax: masa parahiliar derecha desconocida (primera Rx tórax realizada en su vida). Rx abdomen, ECG, analítica normales. Durante su ingreso en neumología TAC tórax-abdomen: masa sólida pulmonar parahiliar derecha, lesiones hepáticas y suprarrenales sugestivas de metástasis. Ecografía urinaria: pared vesical engrosada e irregular. Broncofibroscopia: mucosa de aspecto infiltrativo en LSD. Lesión blanquecina sobreelevada en carina sugestiva de metástasis. Citología BAS: carcinoma células escamosas. Urología: hematuria de origen prostático, tratamiento con dutasterida-tamsulosina y cistoscopia programada. Pendiente de valoración por Oncología.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide de pulmón estadio IV. Hematuria de origen prostático.

Diagnóstico diferencial: Lesión tuberculosa solitaria, absceso pulmonar, infarto pulmonar, neumonía. Hematuria de origen prostático vs metastásico.

Comentario final: La incidencia de cáncer de pulmón en España es de 20.000 casos anuales, siendo la variable escamosa la de mayor frecuencia. El tabaquismo es la causa primaria del cáncer pulmonar a nivel mundial. Nuestro paciente es un gran fumador y acude con muy poca frecuencia a consulta de atención primaria. Cuando lo recibí en mi guardia de urgencias hospitalarias me llamó la atención que no constaba ni un solo documento clínico siendo paciente con tratamiento crónico, la última analítica era de 2013 y no se había realizado ninguna radiografía de tórax a lo largo de su vida. Estamos ante un caso claro de paciente que

no acude a consulta pero en los últimos dos meses “he tenido que ir más que en toda mi vida al médico” porque la hematuria le asustaba. Es incomprensible para mí como médico de familia que no se aprovechara la situación para hacer una nueva captación del paciente, anamnesis, exploración completa que hubiera llevado posiblemente a alertar a su médico como me sucedió a mí cuando lo valoré. Seamos críticos y no nos centremos en el síntoma/signo por el que consultan ya que hay pacientes que no son completamente desconocidos y ese quizás es el momento de hacer una buena “atención primaria”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azzoli CG, et al. American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update on chemotherapy for stage IV non-small cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 2014;27:6251.
2. Herbst RS et al. Lung cancer. *N Engl J Med.* 2008;359:1367.
3. Milroy R: New American College of Chest Physicians Lung Cancer Guidelines: An important addition to the lung cancer guidelines armamentarium. *Chest.* 2007;132:744.