



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3424 - HEMATURIA ASINTOMÁTICA DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO

M. Hernández Paris^a, M. López del Río^b y G. Malpica Palenzuela^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pechina. Almería. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Virgen del Mar. Almería. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón exfumador hace 20 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico, ictus isquémico, pericarditis y paquipleuritis. En tratamiento con enalapril 20/hidroclorotiazida 12,5 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 40 mg, omeprazol 20 mg. Acude a consulta de atención primaria (AP) por cuadro autolimitado de hematuria. Tras este episodio el paciente se encuentra asintomático, con buen estado general, y alteraciones en sedimento urinario inespecíficas. Se realiza un seguimiento a los 6 meses donde persisten las alteraciones. Tras 6 meses asintomático vuelve a consultar por hematuria macroscópica, realizando nuevo urianálisis, con resultado patológico. Para valoración de posible patología renal se realiza ecografía abdominal, donde se halla una masa en pared vesical. Finalmente se deriva a servicio de Urología donde se realiza una resección transuretral de la lesión.

Exploración y pruebas complementarias: 1^a visita: buen estado general; bien hidratado y perfundido. Apirético. No edemas de miembros inferiores. Abdomen blando depresible sin masas ni visceromegalias. Puñopercusión renal negativa. Urianálisis: proteínas 20 mg/dL, hematíes $10 \times 1/?$ L, leucocitos $25 \times 1/?$ L. 2^a visita: no varía la exploración. Urianálisis: pH6, proteínas 100 mg/dL, leucocitos $25 \times 1/?$ L, hematíes $20 \times 1/?$ L, nitritos, bilirrubina, urobilinógeno, glucosa, cuerpos cetónicos negativos. Bioquímica orina: albúmina 4,6 mg/dL, creatinina 90,6 mg/dL, albúmina/creatinina 50,8. 3^a visita: exploración física sin variación. Urianálisis: densidad 1.022,00, pH 6,5, proteínas 100 mg/dL, urobilinógeno 0,2 mg/dL, leucocitos $25 \times 1/?$ L, hematíes $20 \times 1/?$ L, eritrocitos 5-10h/c, leucocitos 5-10h/c. Bioquímica orina: albúmina 48,7 mg/dL, creatinina 130,8 mg/dL, albúmina/creatinina 372,3. Ecografía: vejiga urinaria con imagen polilobulada de aspecto vegetante de $38 \times 23,7$ mm en pared vesical izquierda compatible con tumor vesical.

Juicio clínico: Carcinoma papilar vesical.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma vesical, litiasis renal, infección tracto urinario, necrosis tubular aguda, nefropatía lúpica, tuberculosis renal, nefropatía hipertensiva, glomerulonefritis, síndrome de Alport, púrpura de Schölein-Henoch, granulomatosis de Wegener, hipercalcemia, hiperuricosuria, ejercicio extenuante.

Comentario final: La hematuria asintomática debe considerarse signo de alarma de posible neoplasia vesical. El seguimiento realizado en atención primaria permite el diagnóstico precoz de esta patología, siendo el algoritmo a seguir la confirmación de hematuria mediante sedimento, cultivo y bioquímica de orina, seguidas de una prueba de imagen, en este caso la ecografía abdominal, que permitan filiar su origen y determinar si el tratamiento es posible en AP, o precisa de interconsulta con otras especialidades.

Bibliografía

1. http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=294
2. López E, Jara M, Duce S, et al. Manejo de la hematuria microscópica asintomática. *Semergen*. 2001;27:241-6.

Palabras clave: Hematuria. Carcinoma vesical. Sedimento.