



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2263 - INFECCIÓN DE ORINA (ITU) PERSISTENTE Y MICROHEMATURIA (MHA) COMO PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE SIGMA

S. Gadea Villalba<sup>a</sup>, J. Aparicio Medrano<sup>b</sup>, A. García de Francisco<sup>a</sup> y M. Egocheaga Cabello<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid. <sup>b</sup>Médico especialista en Cirugía General y Digestivo. Hospital Infanta Cristina. Parla. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 77 años presenta disuria durante 4 meses, MHA y E. coli persistente en orina a pesar ciclos de antibioterapia según antibiograma, sin fiebre, dolor abdominal ni alteración del ritmo intestinal. Antecedentes personales: exfumadora, hipertensión arterial, hiperlipemia, hipotiroidismo. Tras estudio para descartar origen urológico se diagnostica de adenocarcinoma colorrectal.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF normal (abdomen blando, indoloro, puñopercusión renal negativa, tacto rectal normal), hemograma y bioquímica normales, sedimento urinario: sangre 2+, leucos 500/ml, nitritos +, cultivo orina: Escherichia coli multisensible. Ecografía urinaria: cáliz inferior riñón izquierdo cálculo de 4 mm. Vejiga sin alteraciones. Interconsulta Urología. Citología urinaria: negativa malignidad. Cistoscopia: fondo vesical zonas sospechosas malignidad. Resección transuretral tumoración vesical de 4 cm aspecto solido infiltrante. Anatomía patológica (AP): compatible con adenocarcinoma primario vejiga urinaria, sin descartar extensión de carcinoma colorrectal a través pared vesical. TAC toraco-abdominal: tórax: nódulo 8 mm lóbulo superior derecho. Abdomen: masa en sigma 10 × 7,7 cm infiltra pared superior de vejiga y fístula que comunica con ella. Colonoscopia: neoplasia a 18 cm de margen anal externo que ocupa la luz intestinal, diverticulosis. AP: adenocarcinoma colorrectal bajo grado histológico, diverticulosis. Intervención quirúrgica oncológica: rectosigmoidectomía, cistectomía parcial, exéresis anejos izquierdos y resección segmentaria yeyuno. AP: adenocarcinoma colorrectal bien diferenciado T4N1, diverticulosis.

**Orientación diagnóstica:** Infección urinaria persistente con MHA primera opción diagnóstica litiasis renal vs neoplasia vesical. Adenocarcinoma colorrectal T4N1M0, diagnóstico de confirmación.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia renal. Litiasis renal. Neoplasia vesical. Neoplasias de la pelvis: carcinoma colorrectal. Fístula entero-vesical: diverticulitis.

**Comentario final:** Aunque ante una infección urinaria persistente pensemos como primera causa el origen urológico, nunca descartar otras etiologías como el cáncer colorrectal, a pesar de no presentar síntomas digestivos.

### Bibliografía

1. Rosello MG, García Hernando T. Anomalías urinarias asintomáticas, En: Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica.

Hospital Universitario 12 de Octubre, 6ª ed. Madrid: MSD, 2007. p. 713-5.

2. Pujol Farriols R, Vilar Puig L. Patología Digestiva. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia, 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2014. p. 1265-7.

**Palabras clave:** Infección urinaria. Microhematuria. Cáncer colorrectal.