



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^a, J. Aparicio Medrano^b, A. García de Francisco^a y M. Egocheaga Cabello^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid. ^bMédico 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 sólido 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 fistula 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. Fistula 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

- 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, 6^a 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, 7^a ed. Madrid: Elsevier; 2014. p. 1265-7.

Palabras clave: Infección urinaria. Microhematuria. Cáncer colorrectal.