

347/2579 - MANEJO DE MICROHEMATURIA ASINTOMÁTICA CON FACTORES DE RIESGO

C. Ameixeiras Cundíns^a, S. Yáñez Freire^b, N. Dios Parada^c y D. Rey Aldana^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra. ^dMédico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 45a acudió a urgencias por dolor suprapúbico irradiado a flancos. Urianálisis: microhematuria aislada. Ahora asintomática. Descartamos causas benignas. Fumadora, psoriasis vulgar y perimenopausia. Varices. Tía materna carcinoma mamario y hermana carcinoma renal.

Exploración y pruebas complementarias: Microhematuria confirmada (4 determinaciones en 2018, una en 2016). Sedimento: 33 hematías/?L, 5 leucocitos/?L. No anemia (Hb 13,7 g/dL) ni insuficiencia renal (creatinina 0,7 mg/dL). Coagulación normal. Radiografía abdomen normal. Urocultivo negativo. Citología urinaria negativa.

Orientación diagnóstica: Posee factores de riesgo para urotelioma, pero no reúne criterios para derivación rápida (SERGAS). Ante incertidumbre realiza ecografía extramuros: “masa RI 55 × 35 mm sólida, heterogénea, bordes irregulares, Doppler muy vascularizada, tercio medio cortical infiltra región sinusal media”. Urología: angio-TAC “no masas renales, columna de Bertin tercio medio RI”. Seguimiento hospitalario, pendiente de renograma isotópico y citologías urinarias seriadas.

Diagnóstico diferencial: Tumor renal, urotelioma, microhematuria origen desconocido.

Comentario final: Manejo de incertidumbre por pruebas alteradas sin sintomatología. Comunicación cuidadosa y limitaciones: 19-68% microhematurias no filiadas, sensibilidad uro-citología 55%. Ecografía: falso + tumor renal. Importancia de adecuar vías de derivación a hospital y listas de espera: no podíamos derivar a urología por microhematuria sin citología urinaria positiva o prueba de imagen alterada.

Bibliografía

1. Alonso Fachado A. Circuito asistencial rápido para pacientes con sospeita de cancro de vexiga [Monografía en internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, 2016 [consultado 21 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/875/V%C3%ADA%20r%C3%A1pida%20c.vexiga_DEFINITIVO.pdf
2. Davis R, Jones JS, Barocas DA, et al. Diagnosis, Evaluation and Follow-up of Asymptomatic Microhematuria (AMH) in Adults [homepage on the Internet]. American Urological Association, 2012 [reviewed 2016, cited on July 2018]. Available from: <http://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic->

- microhematuria-(2012-reviewed-for-currency-2016)
3. Cohen RA, Brown RS. Microscopic Hematuria. *N Engl J Med.* 2003;348:2330-8.
 4. Glas AS, Roos D, Deutekom M, et al. Tumor markers in the diagnosis of primary bladder cancer. A systematic review. *J Urol.* 2003;169(6):1975-82.
 5. Madeb R, Golijanin D, Knopf J, et al. Long-term Outcome of Patients With a Negative Work-up for Asymptomatic Microhematuria. *Urology.* 2010;75(1):20-5.
 6. Lafourture M, Constantin A, Breton G, et al. Sonography of the hypertrophied column of Bertin. *AJR Am J Roentgenol.* 1986;146(1): 53-6.

Palabras clave: Microhematuria. Urotelioma. Tumor renal.