

347/934 - HEMATURIA

M. Álvarez Martínez^a, L. Vieites López de Rego^b, M. Escalante Costell^c y R. Sanjurjo Navarro^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Rozas. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años sin AP de interés que acude a la consulta de MAP tras diagnóstico en Urgencias de ITU tras acudir por hematuria sin síndrome miccional. En analítica en Urgencias destaca hematuria +100 cel/campo y proteinuria 25 mg/dl. Se pautó tratamiento con ciprofloxacino sin realizarse pruebas de imagen. A su llegada a la consulta de AP el paciente refirió continuar con hematuria macroscópica de forma intermitente habiendo estado unos 8 días sin hematuria sin síndrome miccional asociado.

Exploración y pruebas complementarias: La EF fue normal sin hallazgos destacables. Desde AP, tras urocultivo negativo se sospechó que la hematuria pudiera no haber sido secundaria a una ITU por lo que se decidió realizar una ecografía en ese momento objetivándose una tumoración heterogénea polo superior riñón derecho de 10 cm eje máximo.

Orientación diagnóstica: Se decide derivar a Urología por sospecha de malignidad de masa renal izquierda. Realizaron TAC toraco-abdomino-pélvico: "Gran lesión sospechosa de carcinoma células renales dependiente de polo superior de riñón derecho que infiltra pelvis y grupo calicial superior y medio de dicho riñón. En uréter proximal evidenciamos sutil realce y reticulación de la grasa sin poder descartar afectación. No datos de afectación metastásica.

Diagnóstico diferencial: En la atención urgente a una hematuria, considerar la infección como posible, e incluso tratarla, es una decisión frecuente y válida. Sin embargo, es un diagnóstico del que hay que dudar, si la hematuria no se acompaña de un síndrome miccional. Las causas más frecuentes de hematuria son infecciones del tracto urinario, hiperplasia benigna prostática, litiasis renal, traumatismos y tumores.

Comentario final: El paciente fue intervenido con nefrectomía radical laparoscópica con límites respetados en la anatomía patológica. No requirió otro tratamiento adyuvante. La mayor parte de las macrohematurias sin infección urinaria serán derivadas a urología. Los datos de alarma con respecto al origen tumoral son la edad > 40 años, el tabaco, entre otros. El cáncer renal es más frecuente en varones por encima de los 60 años. La ecografía en atención primaria probablemente permite una detección más frecuente y precoz del cáncer renal.

Bibliografía

1. Ljungberg B, Mulders PFA, Patard JJ, et al. Guía clínica sobre el carcinoma renal. European Association of Urology.

Palabras clave: Hematuria. Cáncer renal.