

347/37 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE HEMATURIA MACROSCÓPICA AUTOLIMITADA

L. Sierra Martínez^a, M. Martínez Fuerte^b, M. Carvajal Cárnara^c y N. Sanz González^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Tudela de Duero. Valladolid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Pilarica. Valladolid. ^cEnfermera. Centro de Salud Tudela de Duero. Valladolid. ^dEnfermera. Centro Parquesol. Junta de Castilla y León. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 59 años acude a urgencias hospitalarias por episodio autolimitado de hematuria con alta en el que no justifican más estudios. Posteriormente aporta informe hospitalario a su médico de familia; que ante hematuria macroscópica indolora intensa, sin infección de tracto urinario y sin otra sintomatología (no litiasis renal, no cólico nefrítico, no síndrome prostático) completa estudio desde A.P. Se pide analítica y orina para descartar causas de hematuria no urológica, se deriva a urología de manera preferente.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: bioquímica, estudio lípidos, estudio de anemias, marcadores tumorales (PSA), proteinograma, vs g, coagulación sistemático de orina normal. Se realiza Interconsulta preferente a urología que solicita: Ecografía: masa de 45 mm isoecoica en la cortical renal y bien delimitada. TC abdominopélvico: neoplasia renal en polo inferior de riñón derecho de 93 mm compatible con hipernefroma, sin signos radiológicos de infiltración, no nódulos satélites, no se identifican adenopatías patológicas ni líquido libre intraabdominal. Interconsulta urooncología que inicia tratamiento curativo ante el diagnóstico precoz en menos de un mes desde la primera consulta en urgencias.

Orientación diagnóstica: Hematuria urológica de causa tumoral: Hipernefroma.

Diagnóstico diferencial: infección urinaria, litiasis renal, traumatismos, tumores urológicos, tuberculosis, cuerpo extraño.

Comentario final: El carcinoma renal en la mayoría de los casos es asintomático o causa hematuria, en la mayoría se trata de pacientes con enfermedad neoplásica avanzada (30% de ellos con metástasis). En el momento del diagnóstico aproximadamente el 40% de los pacientes tienen metástasis sincrónicas, por su gran capacidad de diseminación linfática y hematogena. Lo planteado anteriormente evidencia la importancia actual del diagnóstico precoz desde atención primaria de las neoplasias malignas y siempre ante una hematuria macroscópica sin otra causa que lo justifique hay que completar el estudio: ante hematuria confirmada macroscópica en varón con cultivo negativo (descarta ITU y tuberculosis), si existen coágulos, se derivará de manera urgente; si la hematuria es indolora intensa y autolimitada hay que sospechar causa tumoral y se derivará de manera preferente a urología

Bibliografía

1. Malmstrom PU. Time to abandon testing for microscopic haematuria in adults? BMJ. 2003;326:813-5.

2. Bajorin DF. Tumores renales de la vejiga, de los uréteres y de la pelvis renal. En: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine, 24th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p. 1307-13.
3. Alcaraz Asensio A. Tumores del riñón y del urotelio. En: Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier España ,2012. p. 907-11.

Palabras clave: Hematuria macroscópica. Hematuria urológica. Tumores urológicos.