

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

347/4392 - ¡NO HAY MAL QUE POR BIEN NO VENGA!

N. San Miguel Martín^a, E. Bermejo Ruiz^b, J. Bustamante Odriozola^c y B. Ricalde Muñoz^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^bMédico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. ^dMédico de Familia. Consultorio Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 77 años con hematuria macroscópica intermitente tras inicio de anticoagulación (apixabán). Afebril y no presentaba disuria ni dolor. AP: NAMC. ITU de repetición. Hipotiroidismo, dislipemia, HTA, fibrilación auricular paroxística de reciente inicio. Tratamiento habitual: lorazepam 1 mg, eutirox 50, pravastatina 20, enalapril 20, amlodipino 5., apixabán 5 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina. Hemograma y bioquímica normal. INR en rango (2-3). Orina: E y S: hematuria intensa, leucocitos y nitritos negativos. Urocultivo negativo. Ecografía urológica: vejiga con defecto de repleción intraluminal en pared inferior basal izquierda de 1,04 × 2,9 cm vascularizado en la base. Se remite a urología donde se realiza resección transuretral de la lesión. Anatomía patológica: carcinoma urotelial papilar de bajo grado no infiltrante.

Orientación diagnóstica: Hematuria secundaria a neoplasia vesical. Tras intervención quirúrgica y dado el tamaño de la lesión, la paciente ha recibido tratamiento con mitomicina C. siguiendo controles por urología. La paciente no ha vuelto a presentar nuevos episodios de hematuria.

Diagnóstico diferencial: Infección urinaria. Litiasis renal. Glomerulonefritis. Neoplasias renales, uroteliales. Tuberculosis. Enfermedades sistémicas (lupus, vasculitis).

Comentario final: Se sustituye apixabán por sintrom consiguiendo una disminución del número e intensidad de episodios de hematuria macroscópica y se informa a la paciente de la importancia de continuar con la anticoagulación para prevenir eventos embolígenos secundarios a la FA. Ante una hematuria debe realizarse un estudio de orina con elemental y sedimento y urocultivo, analítica básica con función renal, coagulación, proteinuria en orina 24h. Otras pruebas: ecografía urológica, citología de orina. Una hematuria indolora debe ser considerada inicialmente como neoplásica. La hematuria en un paciente anticoagulado debe ser evaluado igual que en el resto de pacientes, a menos que tenga sangrado a otros niveles y estudios de coagulación marcadamente alterados. Los pacientes anticoagulados que presentan hematuria suelen tener una lesión subyacente en vías urinarias.

Bibliografía

1. García Méndez L, Martínez Estrada KM, Cadabal Rodríguez T. AMF. 2011;7(1):39-43.
2. García Guerrero ML, Palacios Delgado RI, Llorens Mingue AJ. Med Gen Fam. 2014;3(3):79-87.

Palabras clave: Hematuria. Anticoagulación. Neoplasia.