

347/613 - MACROHEMATURIA REPENTINA EN MUJER JOVEN AFEBRIL

N. Navarro Ortiz^a, J. Peláez Vélez^b, A. Rodríguez Jiménez^c y E. Ruiz Vañó^a

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Salvador Caballero. Granada. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 26 años de edad con intervención quirúrgica de apendicectomía hace 7 años que cursa infecciones urinarias recurrentes y sin ningún otro hallazgo de interés. Anticonceptivos hormonales orales como único tratamiento habitual y no refiere ninguna alergia medicamentosa conocida. Sigue una consulta de atención primaria por tenesmo vesical, disuria y polaquiuria desde hace dos días a los que hoy ha añadido macrohematuria, percibiendo coágulos de sangre fresca en la micción. Sensación distérmica y náuseas sin llegar al vómito. No clínica respiratoria, no cambios en el ritmo intestinal. Astenia sin mialgias.

Exploración y pruebas complementarias: Entra andando con aceptable estado general, se sienta en la silla en posición antiálgica. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Cierta taquicardia. Tendencia a la hipotensión (100/55). Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando, depresible con molestias a la palpación en región epigástrica y con dolor en hipogastrio sin defensa muscular. Blumberg, Rovsing y Murphy negativos. Timpanismo a la percusión y ruidos hidroáreos conservados. Puñopercusión renal bilateral negativas. Miembros inferiores normales. Se solicita tira de orina en el centro de salud y se aprecia sangre +++, nitritos + y leucocitos ++, por lo que se toma muestra para enviarla para urocultivo y sistemático de orina. Ya que en Atención Primaria no disponemos de analítica urgente, aconsejamos acudir a Hospital de Referencia para tratamiento temprano y analítica sanguínea: PCR 100; PCT 1; hemograma y bioquímica normal.

Orientación diagnóstica: Cistitis hemorrágica.

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis aguda: sería más sensible a hemograma y presentaría dolor lumbar con PPR positiva. Descartar toma de tratamientos lesionales o quimioterápicos o radioterapia local que causen hematuria. Vulvovaginitis. Uretritis traumática.

Comentario final: Ante una chica joven aunque haya presentado varios episodios de cistitis aguda parece que en las demás ocasiones no han sido de tal calibre y no ha tenido hematuria macroscópica por lo que se recomienda descartar procesos complicados o de desarrollo a vías urinarias más altas. Además es importante, una vez tomado el urocultivo, administrar antibioticoterapia por ejemplo cefuroxima, sin olvidar sueroterapia y analgesia.

Bibliografía

1. Manikandan R, Kumar S, Dorairajan L. Hemorrhagic Cystitis: A Challenge to the Urologist. Indian Journal of Urology. 2010;26(2):159-66.

Palabras clave: Hematuria. Cistitis. Urocultivo.