



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/474 - MICROHEMATURIA EN MUJER DE 59 AÑOS

A. Portu Iparraguirre^a, R. Bartolomé Resano^b, C. Palacios Palomares^a y A. Nieto Moliner^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años. Antecedentes: asma bronquial, Intervenido de neoplasia de mama. Tratamiento: formoterol 6 mg + beclometasona 100 mg/8h, tiotropio 5 mg/24h, montelukast 10 mg/24h, letrozol 2,5 mg/24h. Acude por disuria leve de 1 mes de evolución. Por protocolo de atención de procesos agudos se cita con enfermera al tratarse de una mujer de edad media y se realiza Combur test: leucocitos +++, nitritos -, hemáties +++++. Sin signos de alarma se cita no presencial en médico, que prescribe fosfomicina 3 g/24h × 2 días. A los 10 días no ha mejorado del todo, Combur en enfermera similar, comenta con médico que pide urocultivo y pauta norfloxacin 400 mg/12h.

Exploración y pruebas complementarias: Se explora con resultado: abdomen blando depresible no doloroso, percusión renal negativa. La paciente refiere madre con cáncer de vejiga. El urocultivo está contaminado y se repite. A la semana urocultivo negativo con microhematuria. Dado que se trata de una persona mayor de 50 años se pide ecografía, que se realiza a la semana, apreciando una lesión vegetante de 44mm en pared vesical. Se deriva preferente a urología que realiza resección transuretral y pide TAC, que muestra afectación de pared posterolateral derecha. Han pasado 3 meses desde los primeros síntomas. Tras los resultados se propone cistectomía radical, realizada 1 mes después.

Orientación diagnóstica: Tumor transicional vesical.

Diagnóstico diferencial: Infección urinaria. Uretritis. Causas no infecciosas de disuria-polaquiuria: generales (fiebre con orina concentrada, ansiedad, vaginitis atrófica), vesicales (carcinoma in situ, sulfamidas, anticolinérgicos, ciclofosfamida, litiasis, cistitis intersticial, cistitis eosinofílica), uretrales (litiasis, estenosis), locales (frío, ropa ajustada, productos higiénicos).

Comentario final: Es importante en atención primaria realizar el estudio de microhematuria en todos los pacientes mayores de 50 años. Se comienza con una ecografía de vías urinarias. Si es normal se debe derivar para proseguir el estudio en urología con citologías, o realizarlas si estuvieran disponibles. En el 70% no se llega a conocer la causa de microhematuria después de un estudio exhaustivo, pero es obligado realizarlo, como demuestra nuestro caso.

Bibliografía

1. Cantero M. Orina oscura. Guía de actuación en Atención Primaria, 4^a ed. semFYC. 2011: p. 733-8.

2. Antequera JA, Ballesteros P. Molestias al orinar. Guía de actuación en Atención Primaria, 4ª ed. semFYC. 2011: p. 739-48.

Palabras clave: Hematuria. Vejiga urinaria. Neoplasias.