



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3791 - PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA HEMATURIA

C. López Ballesta<sup>a</sup>, N. Díez Martín<sup>b</sup>, J. Domínguez Carrasco<sup>c</sup> y M. Pastor Hidalgo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Guareña. Zamora. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 77 años, sin alergias a medicamentos, no hábitos tóxicos, con antecedentes personales de HTA, dislipemia y hernia de hiato; en tratamiento con telmisartán 40 mg, omeprazol 20 mg y simvastatina 10 mg. Refiere episodio de hematuria macroscópica, posmictorial, sin disuria ni polaquiuria ni tenesmo vesical ni fiebre termometrada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalías. Puñopercusión renal negativa. Exploración genital sin hallazgos. Tira reactiva de orina: orina hematúrica. Hematés 3 +, nitritos dudosos. Resto negativo. Analítica de sangre y orina: creatinina 0,94, urea 59, colesterol total 213, hematés  $5,47 \times 10^6 /mm^3$ . Hemoglobina 15,5 g/dl, plaquetas  $154 \times 10^3/mm^3$ . Sistemático y sedimento de orina: hematés abundantes. Resto sin alteraciones. Dado que la paciente presentaba hematuria intermitente moderada, sin dificultad en la micción, sin anemia ni repercusión hemodinámica, se decide estudio preferente. Ante la sospecha de patología tumoral, se solicita citología urinaria y se realiza ecografía abdominal en el centro de salud. Ecografía abdominal: vejiga bien repleccionada, lesión ocupante de espacio en cara lateral derecha de la vejiga, que infiltra la pared vesical. Quistes corticales renales bilaterales. Se realiza interconsulta muy preferente a Urología. En el servicio de Uroología se realiza cistoscopia y RTU: neoformación sólida de 6-7 cm que ocupa fondo y CLD, respetando trígono. En trígono, tapizado de aspecto papilar que engloba orificio ureteral derecho. Anatomía patológica: proliferación neoplásica con perfil morfológico e inmunohistoquímico compatible con leiomiosarcoma de alto grado. TAC abdominopélvico: neoplasia vesical sin signos de afectación a distancia. Tratamiento: cistectomía radical. Seguimiento: no progresión ni recidiva tumoral.

**Orientación diagnóstica:** Neoplasia vesical.

**Diagnóstico diferencial:** Litiasis urotelial, infección del tacto urinario, neoplasia renal, neoplasia urotelial.

**Comentario final:** Ante cualquier hematuria, la ecografía clínica renovesical en atención primaria tiene una importancia relevante y primordial, ya que la detección precoz de tumores uroteliales es transcendental para aumentar la supervivencia de los pacientes.

### Bibliografía

1. García Méndez L, Martínez Estrada K, Cadabal Rodríguez T. Hematuria. AMF. 2011;7(1):39-43.

**Palabras clave:** Hematuria. Ecografía. Neoplasia urotelial.