



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 377/51 - SÍNDROME MICCIONAL Y HEMATURIA....¿UNA SIMPLE INFECCIÓN URINARIA?

L. González Coronil<sup>1</sup>, S. Vidal Rodríguez<sup>2</sup>, V. García Quispe<sup>3</sup>, J. Martínez de Mandojana Hernández<sup>4</sup>, V. Lumbreras González<sup>5</sup>, J. Capón Álvarez<sup>4</sup>, V. Ruíz Larrea<sup>5</sup>, S. Macías García<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. <sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. <sup>3</sup>Enfermero. Ponferrada. León. <sup>4</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembere. León. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembere. León. <sup>6</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias del Hospital El Bierzo. Ponferrada. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años, alérgica a AAS y metamisol, con antecedentes de apendicectomía y prótesis de cadera bilateral. Refiere que desde hace unos 10 días presenta clínica miccional y sangrado cuando orina, pero duda si el sangrado es por meato urinario o por ano. Niega otra clínica asociada. En los meses previos cuadros similares que fueron tratados con antibioticoterapia.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 125/80 mmHg. FC: 75 lpm. Tª: 36.5°C. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación. A la exploración de zona genital se observan abundantes restos hemáticos. Tacto rectal: restos de heces de aspecto normal en ampolla rectal. Tacto vaginal: abundantes restos hemáticos. Bioquímica: Glucosa 154, urea 34, creatinina 0.61, sodio 140, potasio 4.3. Hemograma: hemoglobina 13.4, hematocrito 39.4, leucocitos 8.1, plaquetas 160. Coagulación dentro de la normalidad. Orina: leucocitos negativos, nitritos negativos y eritrocitos positivos. Sedimento orina: hematuria. Ecografía ginecológica: útero atrófico, endometrio de 18 mm. TAC toracoabdominopélvico: no se observan defectos de repleción sugestivos de TEP. En parénquima pulmonar granuloma calcificado de 3 mm en LID. Nódulos de 3 mm en LSD y de 5 mm en LII. Hígado, vesícula biliar, páncreas y bazo sin alteraciones reseñables. Riñón izquierdo de tamaño normal con quistes corticales y riñón derecho con ureterohidronefrosis grado II. Pelvis con endometrio engrosado. Adenopatías de aspecto patológico interaortocava de 16 mm, paraórtica izquierda de 12 mm, iliaca derecha de 12 mm, hipogástrica derecha de 14 mm e hipogástrica izquierda de 10 mm. Signos de trombosis en femoral, iliaca externa y primitiva derechas. RMN pelvis: extensa masa que ocupa la totalidad de la cavidad endometrial, infiltra la totalidad del miometrio y se extiende a grasa circundante. Extensión a estroma cervical derecho con afectación de parametrio y uréter derecho. Extensa infiltración de la cavidad vaginal y de la cara posterior de la vejiga.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de endometrio estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Infección urinaria, hemorroides, carcinoma vaginal.

**Comentario final:** Se realiza interconsulta a ginecología, decidiéndose ingreso para estudio. Durante su ingreso se realiza biopsia cervical más legrado endometrial siendo diagnosticada la paciente de adenocarcinoma de endometrio poco diferenciado, pendiente de estudio de extensión. En los días posteriores

ingresa de nuevo en ginecología por TVP de EID y se realiza el estudio de extensión mediante TAC toracoabdominopélvico y RMN pélvica, presentando finalmente la paciente un estadio IV. Se hizo tratamiento de la TVP con HBPM a dosis profilácticas por sangrado activo. Se solicitó radioterapia paliativa hemostásica con carácter preferente al Hospital de León. Posteriormente se pasó ingreso a Oncología donde la paciente permaneció ingresada unas semanas, siendo trasladada al H. de la Reina para período de convalecencia y reorganización familiar. En la siguiente consulta en Oncología se desestimó el tratamiento con quimioterapia y se decidió solo tratamiento sintomático, siendo dada de alta en el servicio. Finalmente la paciente falleció 3 meses después del diagnóstico de la enfermedad.

## Bibliografía

Aguilar Rodriguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre (7ª edición). Madrid: MSD, 2012.