



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

409/10 - DOCTORA ¿POR QUÉ ORINO TANTAS VECES POR LA NOCHE?

E. Valentín Moya¹, A. Ocaña Padilla¹, T. Rama Martínez², R. Peinado Guerrero³, A. Escobar Muñoz¹, E. Nebot Molina¹

¹Centro de Atención Primaria Ocata-Teià. El Masnou. Barcelona. ²Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona. ³Centro de Atención Primaria Bufalà-Canyet. Badalona. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, exfumador desde hace 10 años. No otros antecedentes de interés. Acude a la consulta por presentar nicturia y flujo urinario débil de 2 meses de evolución. No fiebre, no síndrome tóxico, ni otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, exploración cardiorrespiratoria y abdominogenital normales. Tacto rectal: próstata indolora, de tamaño normal, lisa y simétrica. Analítica completa: Hemograma y bioquímica normales, PSA: 1,12 ng/ml. Sedimento: 20-40 eritrocitos/campo, 3-5 leucocitos/campo, sin bacterias. Urocultivo negativo. IPSS (índice internacional de síntomas prostáticos): 22 (clínica grave). Ecografía renovesicoprostática: Próstata de difícil visualización, por vía suprapúbica, aparentemente normal, tamaño normal, con volumen estimado de 19 cc. Vejiga correctamente replecionada, con un marcado engrosamiento difuso de paredes (8,6 mm), observando un área de aspecto pseudonodular en la pared anterior izquierda. Volumen premiccional: 230 cc, postmiccional: 37 cc. Se remite a Uroología hospitalaria de referencia mediante el circuito rápido de diagnóstico de cáncer. Tomografía abdominal/Urografía: Engrosamiento mural difuso de las paredes vesicales de predominio pared anterosuperior, definiendo lesión mural dependiente de la cara lateral izquierda, de morfología lobulada y de ejes máximos de 22 × 11 mm, compatible con lesión tumoral. Llama la atención una trabeculación de la grasa perivesical en cúpula y cara anterior que no permite descartar infiltración tumoral, T3. No adenopatías locoregionales ni enfermedad a distancia abdominal. Anatomía patológica: Carcinoma urotelial. Alto grado histológico, con diferenciación sarcomatoide focal. Invasión del corion y focalmente la capa muscular. Presencia de carcinoma in situ.

Juicio clínico: Cáncer de vejiga.

Diagnóstico diferencial: Infección tracto urinario, neoplasia de próstata, litiasis vesical, hiperplasia benigna de próstata, prostatitis, vejiga hiperactiva, estenosis uretral.

Comentario final: El cáncer vesical es el tumor maligno más frecuente del aparato urinario y la 4^a neoplasia en varones de 67 a 70 años. Es unas cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres. El 90% son carcinomas uroteliales, con una supervivencia aproximada a los 5 años del 75%. Además de la edad avanzada, los principales factores de riesgo son: tabaquismo (el más importante), la exposición a anilinas, radioterapia previa, algunos tratamientos como fenacetina, ciclofosfamida, pioglitazona o factores genéticos. La presentación clínica puede ser hematuria (80% de casos), síndrome miccional (20%), clínica prostática-como en nuestro caso-, dolor pélvico, anemia, lumbalgia o síndrome constitucional, que revelan un estado

avanzado del tumor. El médico de atención primaria ha de realizar una correcta anamnesis y exploración, solicitar las pruebas complementarias a su alcance. Ante la posibilidad de estar ante un caso de cáncer vesical, derivar a especialista para confirmar diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

Bladder cancer: diagnosis and management of bladder cancer. NICE Guidance. BJU Int. 2017;120:755-65.

DeGeorge KC, Holt HR, Hodges SC. Bladder cancer: diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2017;(8):507-14.

Yaxley JP. Urinary tract cancers: An overview for general practice. J Family Med Prim Care. 2016;3:533-8.

Schmidt-Hansen M, Berendse S, Hamilton W. The association between symptoms and bladder or renal tract cancer in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract. 2015;65:769-75.