



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

409/17 - MICROHEMATURIA AISLADA

N. Dios Parada¹, C. Ameixeiras Cundíns¹, D. Rey Aldana²

¹Residente de Medicina Física y Rehabilitación. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra. Santiago de Compostela,²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra. Santiago de Compostela.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años, fumador, con antecedentes personales de dislipemia, Infarto agudo de miocardio en 2016, síndrome de apnea obstructiva del sueño y Leucemia mieloide crónica, que en un control analítico rutinario se detecta hematuria microscópica aislada. Completamente asintomático desde el punto de vista urinario. Solicitamos nuevo control analítico de orina, urocultivo y citología de orina, con resultado de sospecha de carcinoma urotelial de alto grado, por lo que derivamos a Urología mediante la vía rápida de hematuria.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. TA: 138/85, T^a 36 °C. AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni visceromegalias, puñopercusión bilateral negativa. Pulsos femorales presentes y simétricos. Genitales externos sin alteraciones. Analítica de sangre: hemograma y bioquímica normales, con función renal normal. Sedimento de orina: 54 hematíes/campo, resto sin alteraciones. Citología de orina: sospecha de carcinoma urotelial de alto grado. Cistoscopia negativa. UroTC pendiente.

Juicio clínico: Carcinoma urotelial de alto grado.

Diagnóstico diferencial: Infección de orina, litiasis renal, traumatismos, fármacos que producen pseudohematuria.

Comentario final: Se define hematuria como la presencia de ? 3 hematíes/campo (> 15 hematíes/?L), que debe confirmarse en 2 determinaciones separadas 2 semanas. Siempre hay que descartar causas benignas, como menstruación, ejercicio intenso, enfermedad viral previa o infección intercurrente del tracto urinario. El riesgo de malignidad es mayor en hombres mayores de 35 años, con antecedentes de tabaquismo, exposición a tóxicos como tinturas, pegamentos y bencenos, abuso de analgésicos, antecedentes de patología urológica, antecedentes de infecciones urinarias recurrentes, antecedentes de irradiación pélvica. En estos casos debemos completar el estudio con citología de orina y derivar al Urología para otras pruebas de imagen, como cistoscopia, ecografía abdominopélvica o urografía-TC. Es fundamental en atención primaria prestar atención ante signos clínicos que podrían pasar inadvertidos y pueden ser la primera señal de patología grave.

Bibliografía

Rodney Davis J, et al. Diagnosis, Evaluation and Follow-up of Asymptomatic Microhematuria (AMH) in Adults: AUA Guideline. American Urological Association (AUA) Guideline (acceso 25/03/2019).

Disponible en: [https://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic-microhematuria-\(amh\)-guideline](https://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic-microhematuria-(amh)-guideline)

Kurtz M, Feldman AS, Perazella MA. Etiology and evaluation of hematuria in adults. UpToDate, 2018 (acceso 25/03/2019). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hematuria-in-adults/>

Contreras-García R, García-Perdomo HA. Diagnóstico, evaluación y seguimiento de la hematuria microscópica. Un enfoque al alcance de todos. Urol Colomb. 2016;25(3):231-8.

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