

### Caso clínico

#### Hematuria macroscópica monosintomática autolimitada

*Elena María García García, Virginia Nieto Lorasque, Berta García Puente, Marta Martínez Mora, Juan Carlos Vergara Cano, Carlos Iglesias Rosado, Salvador Ruiz Sanz, Rosa María Nieto Villarrubia*

*Centro de Salud El Espinillo. Madrid*

Mujer de 85 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, fibrilación auricular paroxística (ablación hace 10 años), dislipemia y tuberculosis en la pelvis.

Acude a consulta de atención primaria por hematuria macroscópica monosintomática autolimitada.

Se realiza exploración ecográfica en el centro de salud, en la que se evidencia una lesión de 1 cm en el suelo vesical no móvil, sin sombra acústica posterior, sospechosa de neoplasia (figuras 1, 2 y 3).

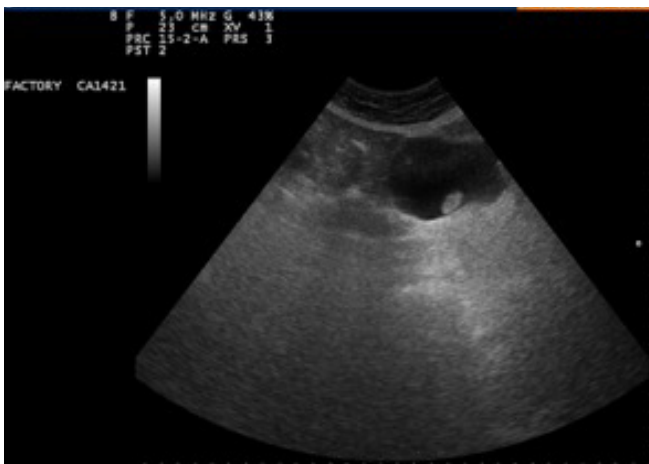


Figura 1.

Se remite a la paciente de forma preferente a Urología, donde, en la misma consulta, se realiza cistoscopia. En ella se visualizan varias lesiones papilomatosas.

Se solicita citología de orina. Se obtienen dos 2 muestras positivas para carcinoma urotelial y una sospechosa.

Se programa resección transuretral vesical.

En la analítica destaca hemoglobina de 11,4 mg/dl.

En la intervención se realiza resección de dos neoplasias: una en el fondo vesical, de 1 cm, de aspecto superficial; otra en el cuello, adyacente al meato derecho, de unos 2 cm de diámetro, sólida y de aspecto infiltrante.



Figura 2.

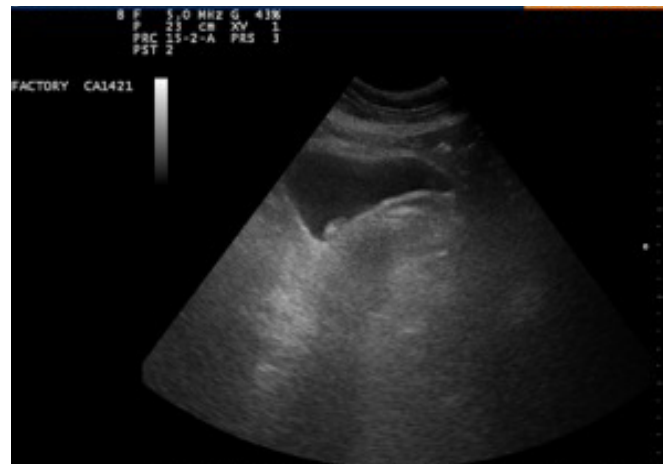


Figura 3.

El informe de la anatomía patológica refiere la existencia de carcinoma urotelial de alto grado (G3, PT2), que infiltra en algunos focos la capa muscular.

Se realiza una TAC abdomino-pélvica, en la que no se evidencian signos de diseminación regional o a distancia.

Con los resultados obtenidos, y en consenso con la paciente y su familia, se descarta la cirugía radical.

La evolución es satisfactoria. Las citologías urinarias posteriores resultan negativas.

La ecografía de control informa de ligera ectasia pie-lo-calicial derecha, mínima dilatación del tercio proximal del uréter derecho; se visualiza el tercio distal del uréter derecho algo ectásico, lo que en ciertos momentos de la exploración desaparece, por lo que probablemente carece de significado patológico; uréter izquierdo no visualizado; vejiga de buena capacidad; no se observan con los medios técnicos de que disponemos lesiones murales ni intraluminales.

## COMENTARIO

En Europa el cáncer de vejiga constituye un 5-10 % del total de neoplasias malignas en varones. El riesgo de desarrollar cáncer de vejiga en menores de 75 años es de 2-4 % en hombres y de 0,5-1 % en mujeres<sup>1</sup>.

Ante una hematuria indolora e intensa, que se presenta de forma monosintomática, debemos descartar una causa neoplásica. La hematuria macroscópica es el síntoma principal en más de 85 % de los pacientes con cáncer de vejiga y en 40 % de los pacientes con cáncer renal<sup>2</sup>.

La anamnesis y la exploración física son esenciales; no obstante, se necesitan pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico de certeza.

La citología de orina tiene una especificidad de 95-99 % y una sensibilidad de 66-79 %; no es sensible en la detección de células de cáncer renal.

La ecografía es una prueba no invasiva, accesible desde atención primaria y útil para descartar masas renales, poliquistosis, litiasis, lesiones vesicales e hidronefrosis, entre otras patologías<sup>3</sup>.

La cistoscopia permite la visualización directa y la toma de muestras para biopsia en el cáncer de vejiga. Está indicada en pacientes con hematuria macroscópica, salvo que haya infección urinaria o hematuria de causa glomerular conocida. Si existen coágulos numerosos también realizaremos cistoscopia, así como en caso de hematuria microscópica inexplicada o presencia de factores de riesgo de malignidad<sup>4</sup>.

El caso expuesto es un claro ejemplo de la utilidad de la ecografía en atención primaria y de la coordinación con la hospitalaria. Con los datos de la ecografía ya realizada en el centro de salud, se remitió a la paciente de forma preferente a Urología, donde, con la información y la imagen que proporcionamos, se realizó cistoscopia y más tarde la resección transuretral por la alta sospecha de neoplasia. Se actuó así de una forma rápida y eficaz en una patología grave.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kirkali Z, Chan T, Manoharan M, Algaba F, Busch C, Cheng L, et al. Bladder cancer: epidemiology, staging and grading, and diagnosis. *Urology*. 2005;66(suppl 1):4-34.
2. Yun Ej, Meng MV, Carroll PR. Evaluation of the patient with hematuria. *Med Clin North Am*. 2004;88:329-43.
3. García Méndez L, Martínez Estrada K, Cadabal Rodríguez T. Hematuria. *AMF* 2011;7:39-43.
4. Asensio Martín J, Valverde Martínez S, González Casado I. Hematuria. *FMC* 2014;21:588-96.