

Hematuria en paciente joven

Ángel Pichel Loureiro, Roberto Chillón Arce, José Ignacio Benito García

Servicio de Urgencias. Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). Pontevedra. España. Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.

Cad Aten Primaria
Ano 2010
Volume 17
Páx. 291-291

Varón de 24 años que acude al servicio de urgencias con gran preocupación por episodio de hematuria. Como antecedentes personales presenta una epidermolisis ampollosa distrófica recesiva, escoliosis, anemia de trastornos crónicos. No recibe tratamientos crónicos.

El paciente refiere hematuria franca en los últimos 2 días junto a sensación distérmica, malestar general y dolor difuso en región lumbar. Además manifiesta enrojecimiento con tumefacción y calor local sobre lesiones dérmicas crónicas en miembro superior izquierdo.

En la anamnesis niega la existencia de síndrome miccional o semiología digestiva acompañante. No antecedentes traumáticos ni episodios previos similares.

En la exploración física objetivamos discreta palidez cutánea, bien hidratado y perfundido. Afebril. Eupneico. Tª 37.3°; FC 84 lpm. TA 140/95mmHg

AC: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado.

Abd: Blando, depresible no doloroso, sin masas ni megalias. Molestia leve a la puñopercusión renal bilateral. Peristaltismo conservado. EeII: No edemas, ni datos de flebitis.

Piel: Se observan a nivel de la cara de extensión de brazos y piernas lesiones cicatriciales atróficas, erosiones y ampollas tensas, con eritema y datos de sobreinfección en antebrazo izquierdo.

Pruebas complementarias:

Análítica (Urgencias): Hb: 10,8; Hcto.:30,2; Leucocitos: 12770 con

neutrofilia. Urea: 63, Creatinina: 2,2, Albúmina: 3,3. Resto de la bioquímica y coagulación: Normal.

Orina: Hematuria macroscópica, proteinuria: 2.2 gr/L, hematíes dismórficos.

Rx tórax y abdomen: Sin alteraciones significativas.

En función de los datos que se aportan, ¿cuál de las siguientes considera el diagnóstico más probable?

- Posible intoxicación accidental por organofosforados.
- Cólico renal.
- Síndrome nefrítico agudo.
- Síndrome nefrótico.
- Tumor papilar de vejiga.
- Infección del tracto urinario complicada.

¿Cuál considera la actitud correcta?

- Abstención terapéutica y remisión ambulatoria preferente a servicio de Nefrología.
- Tratamiento antibiótico y remisión ambulatoria preferente a servicio de Urología.
- Solicitar Ecografía del tracto urológico de forma urgente.
- Ingreso Hospitalario para mejor estudio y tratamiento.
- Solicitar Urocultivo, iniciar tratamiento antibiótico y semisión a su Médico de Familia para seguimiento y valorar respuesta terapéutica.

Correspondencia

Ángel Pichel Loureiro
Servicio de Urgencias. Hospital Meixoeiro. CHUVI. Meixoeiro,
s/n. 36200 Vigo. Pontevedra. España.
Email: angelpichelloureiro@yahoo.es.