

Hematuria macroscópica en atención primaria. Relación con el cáncer urológico

Autor Antonio Martínez Oviedo, Liliana Ocampo Molano, Aina García Dinnbier y Luisa Ocampo Molano
sábado, 09 de febrero de 2008

HEMATURIA MACROSCÓPICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. RELACIÓN CON EL CÁNCER UROLÓGICO

INTRODUCCIÓN:

La hematuria macroscópica es considerada por muchos como un signo principal que sugiere la existencia de una neoplasia en el tracto urinario hasta que se demuestre lo contrario¹. En este sentido es de destacar los pocos estudios existentes en nuestro país sobre prevalencia de esta patología y su relación con el cáncer.

La hematuria macroscópica es una de las causas más frecuentes de consulta en urgencias, siendo su manejo inicial y enfoque diagnóstico fundamental para la posterior evolución y curación del proceso originario. Se define como orina de color rosado o rojizo con más de 100 hematíes por campo en el sedimento urinario².

Sin embargo no toda orina roja tiene que ser orina sanguinolenta, ya que se pueden dar cantidad de situaciones que pueden pigmentar la orina, ya sean pigmentos endógenos como cristales de urato, porfirurias, hemoglobinurias secundarias a hemólisis intravascular, mioglobinurias asociadas a ejercicios violentos con dolor muscular; o por pigmentos exógenos provenientes de alimentos, tóxicos (anilinas), o fármacos como: nitrofurantoina, vitaminas grupo B, rifampicina, laxantes con fenoftaleína, cloroquina entre otros^{2,3}.

Entre las causas más frecuentes de hematuria macroscópica se encuentran las infecciones del tracto urinario, los tumores uroteliales y de próstata, cólicos renales, traumatismos renales o vesicales, glomerulonefritis, enfermedades tubulointersticiales y fármacos favorecedores como anticoagulantes, antiagregantes, cefalosporinas, ciclofosfamida, kanamicina y sulfamidas entre otros⁴.

La forma de presentación puede ser variada, siendo habitual que sean asintomáticas o se acompañen de dolor abdominal, retención urinaria, síndrome miccional febril, o asociada a un síndrome constitucional. En este sentido, la hematuria puede adoptar diversas formas clínicas dependiendo del lugar de procedencia, y tiene interés conocer si la hematuria es inicial, total o terminal ya que este dato nos puede orientar a localizar la lesión, si la intensidad del sangrado no es muy importante^{2,3}.

Tipo

Definición

Localización

Hematuria

Inicial

Sangre antes o durante el inicio de la micción.

Después se torna normal o levemente teñida

Debajo cuello vesical

(uretra-próstata)

Hematuria

Total

Sangre durante toda la micción con igual

Intensidad

Encima cuello vesical

(vejiga, uréter, riñón)

Hematuria

Terminal

Chorro orina claro hasta el final de la micción,

Donde se aprecia la emisión de sangre mezclada

Con la orina o gotas de sangre al acabar la micción

Cuerpo vesical.

Tabla 1: Formas de presentación de la hematuria macroscópica y localización más frecuente de los procesos que la originan.

El objetivo

de este trabajo es conocer la prevalencia de la hematuria macroscópica en nuestra zona así como su relación con los tumores del tracto genito-urinario.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio

transversal analítico. Se incluyeron a los pacientes que solicitaron atención por hematuria macroscópica durante un período de 3 años (1 enero de 2004 a 1 enero de 2007). Asimismo se incluyeron los casos diagnosticados de un tumor urotelial en el mismo periodo.

Nuestra zona

básica de salud atiende a una población de 34.848 habitantes. Se compone de 17 médicos y 4 pediatras. Se obtuvo la información de la base de datos OMI-AP utilizando los diagnósticos codificados como Hematuria, cáncer vejiga, cáncer uréter y pelvis renal y tumores renales. Se completaron los datos ausentes mediante la consulta de la Historia

clínica Hospitalaria. Dentro del grupo de hematurias, solamente se seleccionó aquellas que fueron macroscópicas.

Las variables contempladas en el estudio son las siguientes:

- Edad y sexo

- Consumo de tabaco.
- Fecha del diagnóstico de la hematuria.
- Clínica acompañante del episodio hematórico.

- Cantidad de la hematuria (macroscópica o microscópica)

- Estudiados o no por urología

- Patología tumoral acompañante de la hematuria

- Demora diagnóstica del proceso neoplásico.

- Estadio tumoral al diagnóstico

Se realizó un análisis univariante (media e intervalo de confianza [IC] del 95%) para las variables numéricas. Las variables categóricas se resumieron mediante tablas de frecuencias. La hipótesis de asociación se contrastó mediante el test de la Chi cuadrado (χ^2) y el test exacto de Fisher. Los test se

definieron estadísticamente significativos cuando el correspondiente valor p fue inferior a 0,05. El análisis estadístico de los datos se hizo mediante el paquete informático SPSS.

RESULTADOS:

Se recogieron 84 casos con hematuria macroscópica en el periodo analizado. La prevalencia estimada en nuestra zona fue de 82 casos/ 100.000 habitantes/año. La mediana de edad fue de 73 años, hallándose un predominio masculino (86%). Tres casos se presentaron en niños menores de 10 años. La mayoría de los pacientes estaban asintomáticos durante el episodio, siendo el dolor abdominal, la fiebre o disuria minoritarias (Figura 1).

El 91% de los casos se derivó al Servicio de Urología para su estudio. En estos pacientes se halló una neoplasia en el 44% de los casos, con un predominio del carcinoma vesical y el adenocarcinoma de próstata, siendo más raros los tumores uroteliales de uréter y pelvis renal. (Figura 2). La mayoría de los casos se diagnosticaron en estadios precoces (I y II) (85%). La mediana de retraso desde que se solicitó la interconsulta con urología desde atención primaria hasta el diagnóstico fue de 77 días, siendo la media 174 días y la moda de 43.

Un 20% (9/46) de los tumores uroteliales analizados no se presentaron con hematuria macroscópica. Los más frecuentes de este grupo fueron el carcinoma de vejiga (8 casos) y los del parénquima renal (1 caso). El 95% de las neoplasias se diagnosticaron en varones, siendo fumadores 1 de cada 4 casos.

El hallazgo de un cáncer urológico en pacientes con hematuria macroscópica es más frecuente en mayores de 50 años de forma estadísticamente significativa ($p < 0.05$) OR 1.71 [IC 95% 1.24-2.35].

DISCUSIÓN

Una de las posibles limitaciones de nuestro estudio es la falta de datos en la historia clínica en atención primaria. En este sentido al completarla con la historia hospitalaria hemos intentado reducir al mínimo la pérdida de información. La hematuria es un proceso enormemente alarmante para el paciente, el cual en muchas ocasiones acude directamente a las urgencias hospitalarias. Aunque en la mayoría de las ocasiones se informa posteriormente al médico de familia para remitir al paciente al especialista en urología, un pequeño porcentaje de enfermos es derivado directamente desde urgencias a la consulta del urólogo, existiendo en este punto una posible pérdida de datos que pensamos es mínima.

La prevalencia de la hematuria macroscópica es difícil de establecer. En países del norte de Europa se estima que un médico de atención primaria encontraría un caso por año⁵. Sin embargo en nuestra muestra, la prevalencia es superior, diagnosticándose unos 2 casos al año por el médico de atención primaria.

La hematuria

macroscópica suele generar bastante alarma y el estudio se realiza con más celeridad. En las guías clínicas actuales, la hematuria tanto microscópica como macroscópica siempre debe ser investigada⁴. Según diversos trabajos el hallazgo de malignidad tras el episodio de hematuria macroscópica es algo menor que en nuestro estudio y oscila entre el 9-35%, existiendo gran variedad en cuanto a metodología, ya que en muchos no se incluye el cáncer de próstata y la población de origen es distinta.⁵⁻⁸

La forma de

presentación de la hematuria puede orientar hacia la etiología, así las formas paucisintomática son sugerentes de malignidad, sobre todo en pacientes mayores de 50 años en concordancia con otros estudios^{5,9}. Las neoplasias de vejiga son el hallazgo más frecuente en nuestro estudio al igual que en otros trabajos^{5,7} y destacamos el adenocarcinoma de próstata como segunda causa de malignidad en la hematuria macroscópica.

En la

investigación de malignidad las técnicas de imagen juegan un papel decisivo. La ecografía parece útil en el cáncer de vejiga con una sensibilidad del 63% y una especificidad del 99%¹⁰. La cistoscopia es sin embargo la técnica de elección ya que permitirá la visualización directa del tumor y la toma de muestras para anatomía patológica, así como realizar alguna actitud terapéutica como cauterización del punto sangrante o extirpación del tumor en bastantes casos. La citología urinaria tiene una baja sensibilidad (42%) aunque la especificidad suele ser alta (94%)⁸

Según lo

expuesto anteriormente, pensamos que la hematuria macroscópica debe ser investigada siempre debido a que es el síntoma de presentación de una neoplasia del tracto urinario y/o prostático en un gran número de casos, sobre todo en mayores de 50 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buntinx F, Wauters H. The diagnostic value of macroscopic haematuria in diagnosing urological cancers: a meta-analysis. *Family Practice* 1997; 14: 63-8.
2. Prieto Castro R, Montero Pérez FJ, Requena Tapia MJ, Leva Vallejo M, Requeiro López JC, Jiménez Murillo L. Hematuria. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. *Medicina de urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 2a ed. Córdoba: Harcourt, S.A, 2000; 469-72.
3. Buitrago Ramírez F, Turabián Fernández JL. Problemas nefrourológicos. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Harcourt Brace España, 2000; 1096-100
4. López Fernández MA, García García M, Lucas Guillén E. Hematuria en urgencias de atención primaria. *Jano* 2003; 64: 1968-9
5. Summerton N, Mann S, Rigby AS, Ashley J, Palmer s, Hetherington JW. Patients with new onset haematuria: assessing the discriminant value of clinical information in relation to urological malignancies. *Br J Gen Pract* 2002; 52:

284-9

6. Edwards TJ, Dickinson AJ, Natale S, Gosling J, Macgrath JS. A prospective analysis of the diagnostic yield resulting from the attendance of 4020 patients at a protocol-driven haematuria clinic. *BJU International* 2006; 97: 301-5.

7. Goonewardena SA, Abeygunasekera AM. Haematuria as the presenting symptom: experience from a tertiary referral centre in Sri Lanka. *Ceylon Med J* 1998; 43: 156-8

8. Chahal R, Gogoi NK, Sundaram SK. Is it necessary to perform urine cytology in screening patients with haematuria? *Eur Urol* 2001; 39: 283-6

9. Bruynincks R, Buntinx F, Aertgeerts B, Van Casteren V. The diagnostic value of macroscopic haematuria for the diagnosis of urological cancer in general practice. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 31-5

10. Datta SN, Allen GM, Evans R, Vaughton KC, Lucas MG. Urinary tract ultrasonography in the evaluation of haematuria-a report of over 1000 cases. *Ann R Coll Surg Engl* 2002; 84: 203-5.

Autores: Antonio Martínez Oviedo, Liliana Ocampo Molano, Aina García Dinnbier, Luisa Ocampo Molano. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Teruel Urbano. amoviedo25@yahoo.es