



Capítulo 72

HEMATURIA

E. Buendía González - F. Álvarez Fernández

INTRODUCCIÓN

- ▲ La hematuria es una de las principales causas de consulta urológica en Urgencias, siendo un síntoma que obliga a una evaluación urológica completa del paciente. Los pacientes con un episodio de hematuria macroscópica habitualmente se asustan por la presencia de sangre en orina lo que les lleva a la consulta urgente. El médico debe tranquilizar al paciente pero en ningún caso, independientemente de la magnitud de la hematuria, debe ser ignorada puesto que en muchas veces y sobre todo en varones mayores de 50 años puede ser **debida a un proceso tumoral subyacente del tracto urinario**. Es motivo de consulta del aproximadamente 30% de los tumores renales, del 60% de los piélicos/ureterales y del 84% de los vesicales. El manejo y enfoque diagnóstico que se haga de esta patología en el Servicio de Urgencias es importante en el pronóstico de estos pacientes.

CONCEPTOS

- ▲ *Hematuria*: se define como la emisión simultánea de sangre y orina durante la micción, procedentes de cualquier nivel de la vía urinaria; desde el glomérulo hasta el esfínter externo de la uretra. Hay que diferenciarla de la *uretrorragia*, en la cual el sangrado es independiente de la micción y sugiere lesión por debajo del esfínter externo de la uretra.
- ▲ Así mismo hay que diferenciarla de la *pseudohematuria o falsa hematuria*, procesos o sustancias que colorean la orina (cuadro 72.1). El diagnóstico definitivo, en este caso, se establece mediante el estudio microscópico del sedimento urinario que demostrará la presencia de hematíes o pigmentos en la orina. Es importante asegurarse que la orina no se ha mezclado con sangre procedente de hemorragia vaginal o de otros órganos distintos del aparato urinario.
- ▲ Se considera *hematuria significativa* aquella con más de 3 htíes/campo en tres muestras de orina, más de 100 htíes/c en una sola muestra, o un episodio de hematuria macroscópica, teniendo en cuenta que puede ser intermitente en muchos casos.
- ▲ En este capítulo nos centraremos en el diagnóstico y tratamiento de la *hematuria macroscópica no traumática*, quedando fuera de nuestros límites el manejo de la microhematuria, aunque debe tenerse en cuenta que ésta puede representar las mismas lesiones que una hematuria macroscópica, por lo que en todo paciente diagnóstico de hematuria microscópica, se debe realizar un estudio urológico completo. Así mismo, ante cualquier paciente que haya sufrido un traumatismo y presente hematuria, lo prioritario será determinar el nivel del tracto genito-urinario lesionado y la actuación terapéutica estará en relación con la lesión traumática.

ETIOLOGÍA. APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

- ▲ Existen numerosas causas de hematuria. En la mayor parte de los casos el origen está en el aparato genitourinario, pero existen algunas enfermedades sistémicas o fármacos que pueden ser responsables de la presencia de hematíes en la orina (cuadro 72.2).

Cuadro 72.1: Causas de falsa hematuria

1. Hemorragia vaginal.
2. Ficticia:
 - Sd. de Munchausen.
 - Drogadicción.
3. Alimentos:
 - Setas.
 - Remolacha.
 - Moras.
4. Fármacos:
 - Laxantes: fenofaleína.
 - Anticoagulantes orales
 - Tranquilizantes: fenotiacina.
 - Analgésicos: ibuprofeno.
 - Antiparkinsonianos: levodopa.
 - Anticonvulsivantes: fenitoína.
 - Antibióticos: sulfamidas, nitrofurantoína, metronidazol, rifampicina.
5. Pigmentos endógenos:
 - Mioglobina.
 - Hemoglobina.
 - Porphirinas.
 - Bilirrubina.
 - Uratos.

- ▲ Las características clínicas que acompañan a la hematuria, pueden orientarnos hacia la causa, por lo que una **buena anamnesis y exploración física** es indispensable. La emisión de coágulos es típica de una hematuria de causa urológica. La hematuria aislada, es la que más frecuentemente se ve en Urgencias, suele ser de origen urológico y las causas más frecuentes son: litiasis, neoplasias, cistitis hemorrágicas e hiperplasia prostática benigna. Toda **hematuria asintomática, intensa, caprichosa y con coágulos será sugestiva de la existencia de un proceso tumoral.**

EVALUACIÓN DE LA HEMATURIA EN URGENCIAS

- ▲ Ante un paciente con hematuria en Urgencias, por una parte se debe evaluar la repercusión de la hematuria en el estado del paciente: determinar la gravedad del cuadro (estabilidad hemodinámica, imposibilidad para la micción) y por otra se debe intentar una aproximación diagnóstica, mediante un estudio básico.
 1. Una **HISTORIA CLÍNICA** detallada nos permitirá establecer el diagnóstico de hematuria, diferenciarla de otras patologías y una orientación etiológica. En la anamnesis analizaremos las **características de la hematuria** (inicial, total o terminal, presencia o no de coágulos, ¿posibilidad de micción?), sintomatología sistémica y genitourinaria acompañante, medicación habitual y factores de riesgo y familiares. La **exploración física**, debe incluir la inspección



de los genitales externos (condiloma, cuerpos extraños, litiasis uretral, carúnculas, sangrado vaginal), palpación abdominal (masas, globo vesical), toma de tensión arterial, búsqueda de otros signos (edemas, petequias, soplos) y **tacto rectal, exploración obligada en todo paciente que acude a Urgencias por hematuria, valorando la presencia de masas endorrectales, patología prostática o de la pared vesical posterior.**

2. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** ante un paciente con sospecha de hematuria realizaremos un *sedimento de orina* que confirmará la presencia de hematuria; a veces, la simple inspección de la orina es suficiente, un *sistemático de sangre* y un *estudio de coagulación*, sobre todo si el paciente refiere toma de anticoagulantes. La **radiografía simple de abdomen es la prueba de imagen de mayor rentabilidad diagnóstica en urgencias**, permite valorar las siluetas renales, la presencia de litiasis, masas (en hipogastrio globo vesical), etc. Mediante este estudio básico podremos enfocar la mayor parte de los cuadros de hematuria y establecer un manejo y tratamiento adecuado del paciente. Otras exploraciones como la ecografía abdominal, la urografía intravenosa, la TAC o arteriografía renal, tendrán indicaciones muy precisas en Urgencias.

Cuadro 72.2: Causas de hematuria. Clínica acompañante

	Enfermedad	Clínica
Enfermedades Hematológicas	<ul style="list-style-type: none"> *Defectos plaquetarios: PTI. Tromboastenia Enf. Médula ósea *Déficit de proteínas de la coagulación: Hemofilia Anticoagulantes orales *Hemoglobinopatías: Anemia de cél. falciformes *Otras: Escorbuto Telangiectasias hereditarias 	<ul style="list-style-type: none"> * Síntomas y signos propios de la enf.: equimosis, hematomas. * Entre un 60-80% de los pacientes anticoagulados, con hematuria macroscópica pueden tener una lesión urológica importante.
Nefropatías	<p>Primarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nefropatía Ig A (E. de Berger) (la más frecuente) - GN post-estreptocócica - GN rápidamente progresiva - GN membrano-proliferativa - GN proliferativa mesangial - GN focal y segmentaria <p>Secundarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LES - Púrpura Schonlein- Henoch - Vasculitis - Endocarditis y sepsis - Amiloidosis, otras... 	<ul style="list-style-type: none"> * Poco frecuentes * En la fase aguda suele ser macroscópica sin coágulos, en fases de remisión suele quedar una microhematuria persistente * HTA, edemas, artritis, eritemas, hemoptisis, antecedentes de infección respiratoria o cutánea, enfermedad multisistémica, etc. * Asocian intensa proteinuria (> 1gr/24h), cilindros hemáticos, dismorfia eritrocitaria (>80% de hematíes dismórficos).

Cuadro 72.2: Causas de hematuria. Clínica acompañante (continuación)

	Enfermedad	Clínica
Urológicas	<ul style="list-style-type: none"> * Tumores: parénquima renal uroteliales (TUS/vesicales) prostáticos (HBP/cáncer) uretrales (neoplasias/carúncula) * Litiasis urinaria * Infecciones urinarias: Inespecíficas o específicas (TBC) * Cistopatías: cistitis intersticial, eosinofílica, rápida, pos-QT (ciclofosfamida) * Patología quística * Cuerpos extraños * Hematuria ex-vacuo * Traumatismos(post-esfuerzo) * Hematuria post-cir. urológica * Hematuria post-litotricia 	<ul style="list-style-type: none"> * Es la más frecuente. * Las neoplasias del tracto urinario suponen el 15%, es total, espontánea, caprichosa e indolora. Las renales se pueden asociar a dolor lumbar sordo y coágulos alargados, en las vesicales suele ser monosintomática o sd. miccional irritativo, las de origen prostático o uretral se acompañan de sd. obstructivo y hematuria inicial. * Las litiasis suponen el 20%, dolor agudo, cólico en fosa renal, flanco o fosa iliaca, a veces es monosintomática. monosintomática. * Las cistitis hemorrágicas suponen el 25% suelen ser infecciosas y se acompañan de sd. Miccional. * En las ITUs se acompaña de fiebre, dolor lumbar, sd. Miccional y piuria. * Es frec. la hematuria tardía tras una resección transuretral de vejiga o próstata.
Otras:	<ul style="list-style-type: none"> * Metabólicas: Hipercalcemia Hiperuricemia * Origen vascular: Angiomas renales Fistulas arterio-venosas Trombosis/embolia Art. Renal Trombosis vena renal Necrosis papilar focal * Fármacos: Analgésicos (AINE) Ciclofosfamida Rifampicina Anfotericina B Anticoagulantes 	<ul style="list-style-type: none"> * Microhematuria aislada * Pacientes con valvulopatías, endocarditis, manipulación vasos renales (arteriografía) * Dolor lumbar súbito y agudo * Eco Doppler color es diagnóstico y la embolización selectiva del vaso es el tratamiento de elección

TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA

- ▲ El tratamiento de la hematuria en Urgencias dependerá de la causa que la ha provocado y de la intensidad de la misma. Generalmente una hematuria que no provoca anemia o retención urinaria por coágulos, no precisa ingreso.
- ▲ **CONSIDERACIONES GENERALES:**
 - Cuando la hematuria está causada por la administración de algún fármaco, deberá ser sustituido por otro de efecto similar.
 - Las de causa nefrológica, no suelen ser muy copiosas, lo importante es orientarlas adecuadamente.
 - En la hematuria de causa hematológica, ver capítulo 68.
 - En las hematurias de origen urológico, si es monosintomática, moderada, no anemia y no provoca dificultad miccional únicamente deberemos tranquilizar.

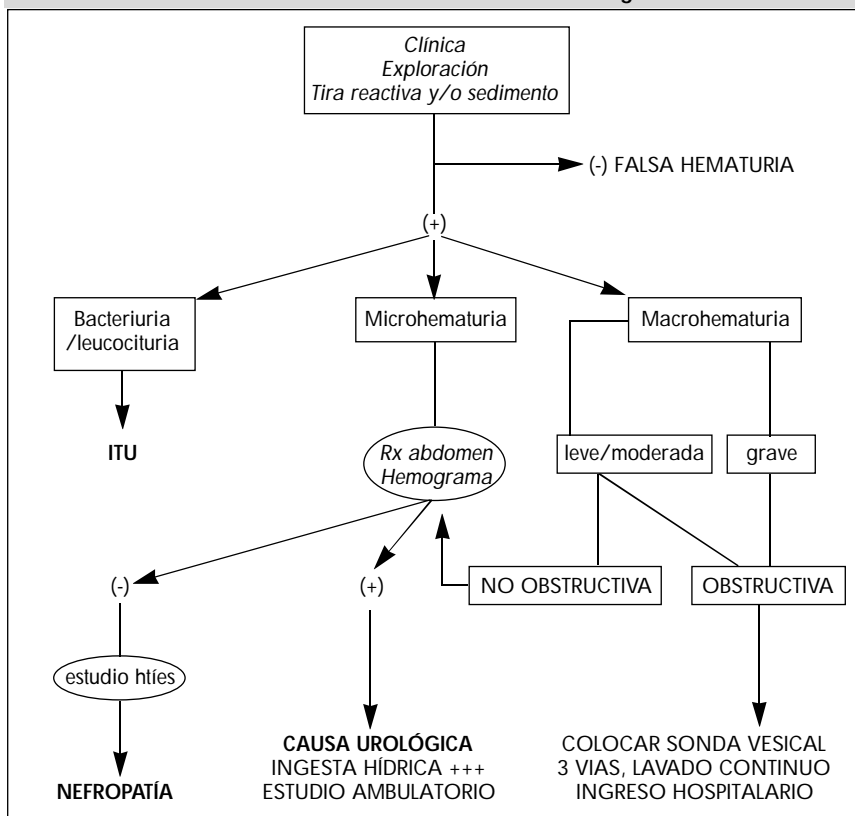


zar al paciente, indicarle una ingesta abundante de líquidos y advertirle que será necesario realizar un estudio urológico completo, ambulatoriamente. Si se acompaña de otros síntomas se realizará tratamiento del proceso específico. El cáncer de vejiga, las cistitis rásicas o postquimioterapia y la hematuria ex-va-cuo (secundaria a evacuación rápida de la vejiga) son causas frecuentes de he-maturia grave, con repercusión en el estado general y retención por coágulos. Se transfundirá si es necesario y se procederá a la colocación de una sonda ves-ical de triple vía ("Couvelaire o Foley 20-22 Fr"), para realizar primeramente un lavado manual estéril con una jeringa de 50 o 100 cc intentado evacuar to-dos los coágulos, y posteriormente se coloca un sistema de lavado continuo con suero fisiológico.

CRITERIOS DE INGRESO

1. Hematuria grave con alteraciones hemodinámicas.
2. Retención urinaria por coágulos.
3. Hematuria recidivante.

Pauta de actuación ante la Hematuria en Urgencia



BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Segura Martín M, Lorenzo Romero JG, Salinas Sánchez A. Hematuria. En: Resel Estévez L, editor. Libro del Residente. 1º ed. Madrid: Smithkline Beecham; 1998. p. 45-50.
- ▲ Sanz Chinesta S, Jiménez Cruz F. Microhematuria. Pautas Diagnósticas. Actas Urol Esp. 1998; 22:83-93.
- ▲ Sánchez-Carrera Aladrín F, Leal Hernández F, Moncada Iribarren F, Rodríguez Fernández E, Díez Cordero JM. Hematuria. En: Urgencias Urológicas, Tema Monográfico LXI Congreso Nacional de Urología. Madrid: Ene; 1996. p. 73-83.
- ▲ Vicente J. Pauta de Actuación. Hematuria. En: Vicente J, editor. Pautas de Actuación y protocolos asistenciales. 1ª ed. Barcelona: Pulso; 1995. p. 9-11.
- ▲ Lowe FC, Brendler CB. Evaluación del Paciente Urológico. En: Walsh, Retik, Stamey, Vaughan, editores. Campbell Urología. 6ª ed. Argentina: Medica Panamericana; 1994. p. 303-323.