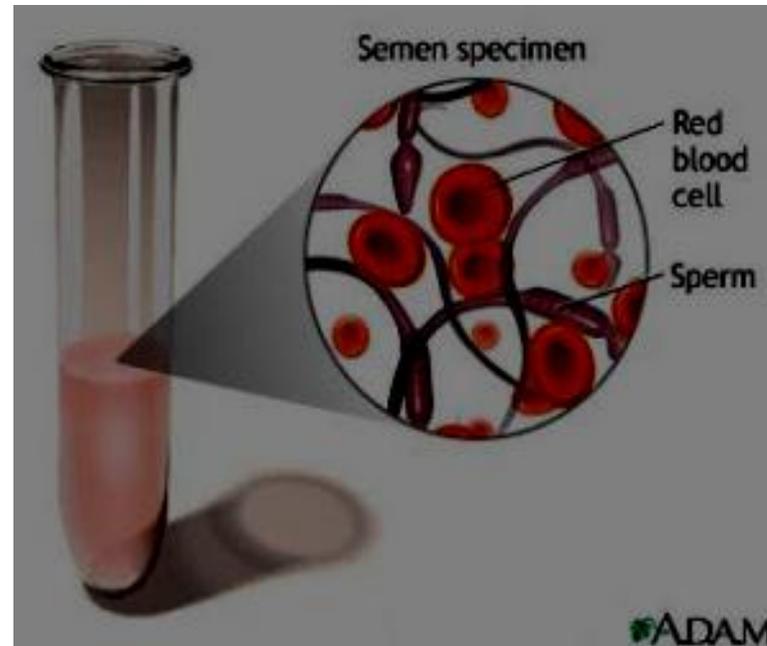




Se define hematospermia o hemospermia como la presencia de sangre en el semen.

Representa el 1% de todos los signos androurológicos, siendo en el 75% de las ocasiones de carácter autolimitado (menor de un mes) y aislado (no vuelve a repetirse).



Caso clínico 1

Paciente de 43 años que acude a consulta por presentar sangre en su última eyaculación junto al resto de contenido seminal, tras una masturbación no traumática e indolora.

AP de interés fumador habitual con una vasectomía hace un año. Niega conductas sexuales de riesgo, o síntomas prostáticos, refiere leve molestia en teste derecho.

Causas de hematospermia en menores de 40 años		Causas de hematospermia en mayores de 40 años	
Inflamatorias- Infecciosas	Prostatitis Vesiculitis, Orquiepididimitis Uretritis, ITS, TBC, VPH, hidatidosis, esquistosomiasis	Iatrogénicas	Biopsia prostática. Resección transuretral. Braquiterapia Esclerosis hemorroidal Instrumentaciones uretrales
Traumáticas-comportamiento	Numerosas eyaculaciones, Relaciones agresivas Coitus interruptus. Abstinencia sexual	Inflamatorias-infecciosas	Prostatitis Uretritis, ITS Orquiepididimitis Vesiculitis
Lesiones benignas de vesículas seminales y/o prostáticas	Quistes Divertículos Litiasis	Lesiones benignas Vesículas seminales y/o prostáticas	Hiperplasia benigna de próstata Litiasis Divertículo
Lesiones benignas uretrales	Pólipos adenomatosos Varices uretrales-prostáticas Hemangioma Condiloma Estenosis	Tumores	Próstata Vejiga Vesícula seminal Uretra
Tumores (vesículas seminales y testículos)	Leiomioma Carcinoma	Lesiones benignas uretrales	Granulomas AdenomasPólipos VaricesHemangiomasEstenosis
		Sistémicas	Hipertensión arterial Amiloidosis Coagulopatía HepatopatíaLinfoma

· **pseudohematospermia**: hematuria, sangrado procedente de la pareja o melanospermia (coloración oscura-negrizca del semen, a consecuencia de metástasis prostáticas de un melanoma)

· Los episodios autolimitados o únicos tienen relación más frecuentemente con causas benignas que los persistentes (> 1 mes)

· **Síntomas** como dolor eyaculatorio, disuria y distermia suelen traducir causas de origen inflamatorio-infeccioso u obstructivo.

Otros, como incontinencia, nicturia o retención, orientan más a etiología estructural. Y si alguno comparte factores de riesgo, como la pérdida de peso, hematuria, sudoración nocturna, adenopatías o dolor óseo, nos haría sospechar una neoplasia. Es fundamental incluir en la entrevista aspectos como la conducta sexual o la instrumentación local reciente

Exploración física

- Constantes: toma de la presión arterial y la temperatura.
- Abdomen valoraremos la presencia de hepatomegalia, masas, adenopatías inguinales o lesiones petequiales.
- En zona genital, debería explorarse el pene, escroto, epidídimo y testículo, buscando tumoraciones, alteraciones estructurales, dolor o signos traumáticos.
- Tacto rectal para evaluación prostática (tamaño, tumoraciones y dolor).

Pruebas complementarias

Análisis y cultivo de orina	Infección tracto urogenital
Citología orina	Neoplasia de vías urinarias
Cultivo exudado uretral	Infección de transmisión sexual
Análisis y cultivo de semen	Descartar seudohematuria e infección vías espermáticas
Análisis de sangre y serologías	Origen sistémico e infeccioso

EF: en palpación testicular ligero engrosamiento epididimario derecho moderadamente doloroso.
Resto de la exploración sin interés

Tira de orina con parámetros normales.

Se le pauto norfloxacino 400 mgr./12 horas durante 14 días, previa recogida de semen y orina para cultivo.

A los seis días tras visita a MAP sigue sangrando. Se le pide analítica con PSA y se remite a urología para pruebas ecográficas.

La analítica es normal y la microbiología no tiene nada reseñable.

La ecografía muestra pequeña imagen quística en testículo derecho y moderado hidrocele ipsilateral compatible con epididimitis.

Aproximadamente a los 20 días cesa la hematospermia.

Se le da el alta con diagnóstico de hematospermia autolimitada sin filiar (cultivos negativos) de posible origen inflamatorio epididimario tras cobertura antibiótica.

- **Epididimitis, 14 días**

- Sin sospecha de infección de transmisión sexual (ITS) (*E. coli*, *Enterococcus*):
fluoroquinolonas (Ciprofloxacino 500mg/12h.–Norfloxacino 400mg/12h.)

- Sospecha de ITS (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*,
Gonococcus): ceftriaxona 1g i.m. dosis única + doxiciclina 100mg/12h (alternativa
a doxiciclina: azitromicina 1g en monodosis).

- **Infecciones de las vías urinarias bajas** (*E. coli*,
Klebsiella, enterobacterias, *Pseudomonas*, *Proteus*), 14 días

Amoxicilina-clavulánico 500/125 cada 8h o cefuroxima 500mg/12h o
ciprofloxacino 500/12h.

- **Prostatitis, vesiculitis** (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*), 28
días fluoroquinolonas (ciprofloxacino 500mg/12h, ofloxacino 400mg/12h).
trimetoprima-sulfometoxazol 160/800 cada 12h.

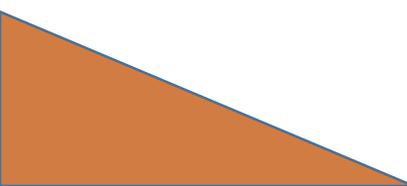
- **Otras infecciones**, habrá que esperar resultado del cultivo para tomar una
decisión terapéutica

Caso clínico 2

Paciente de 38 años que acude a consulta por presentar sangre en varias ocasiones en eyaculado.

En anamnesis no presenta factores de riesgo, refiere pesadez a nivel perineal, chorro débil y aumento de la frecuencia miccional.

Niega conductas sexuales de riesgo, tampoco tiene síntomas acompañantes.



EF: Tacto rectal con próstata dolorosa a la palpación, con aumento de temperatura.
S. orina con leucocituria.

Se le pauto ciprofloxacino 500 mgr./12 horas durante 14 días, previa recogida de semen y orina para cultivo.

Se le pide analítica con PSA

Cuando remitir a Urología:

Persistencia del sangrado o de la sintomatología.

Aproximadamente a los 20 días cesa la hematospermia y mejora progresiva de la sintomatología.

Se le da el alta con diagnóstico de prostatitis aguda,

Caso clínico

Paciente de 41 años que acude a consulta por presentar dolor óseo lumbar de un mes de evolución.

Camarero de profesión.

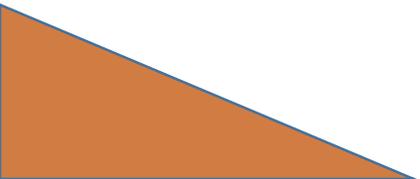
Fumador de 30 cigarrillos/día.

TA 120/80.

Última analítica en reconocimiento de empresa con 198 mgr/dl CT, Idl 110, resto de parámetros normales.

En anamnesis no presenta factores de riesgo, dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar y espinopalpación positiva de L4, L5.

Niega conductas sexuales de riesgo, tampoco tiene síntomas acompañantes.



Se realiza Rx sin hallazgos excepto algún cambio degenerativo, por lo que se diagnostica de lumbalgia aguda en tto con AINES y relajantes musculares.

Ante el empeoramiento acude a consulta de nuevo en un mes, tras nueva anamnesis con antecedentes familiares dice que su padre murió por CP y refiere alguna eyaculación sanguinolenta.

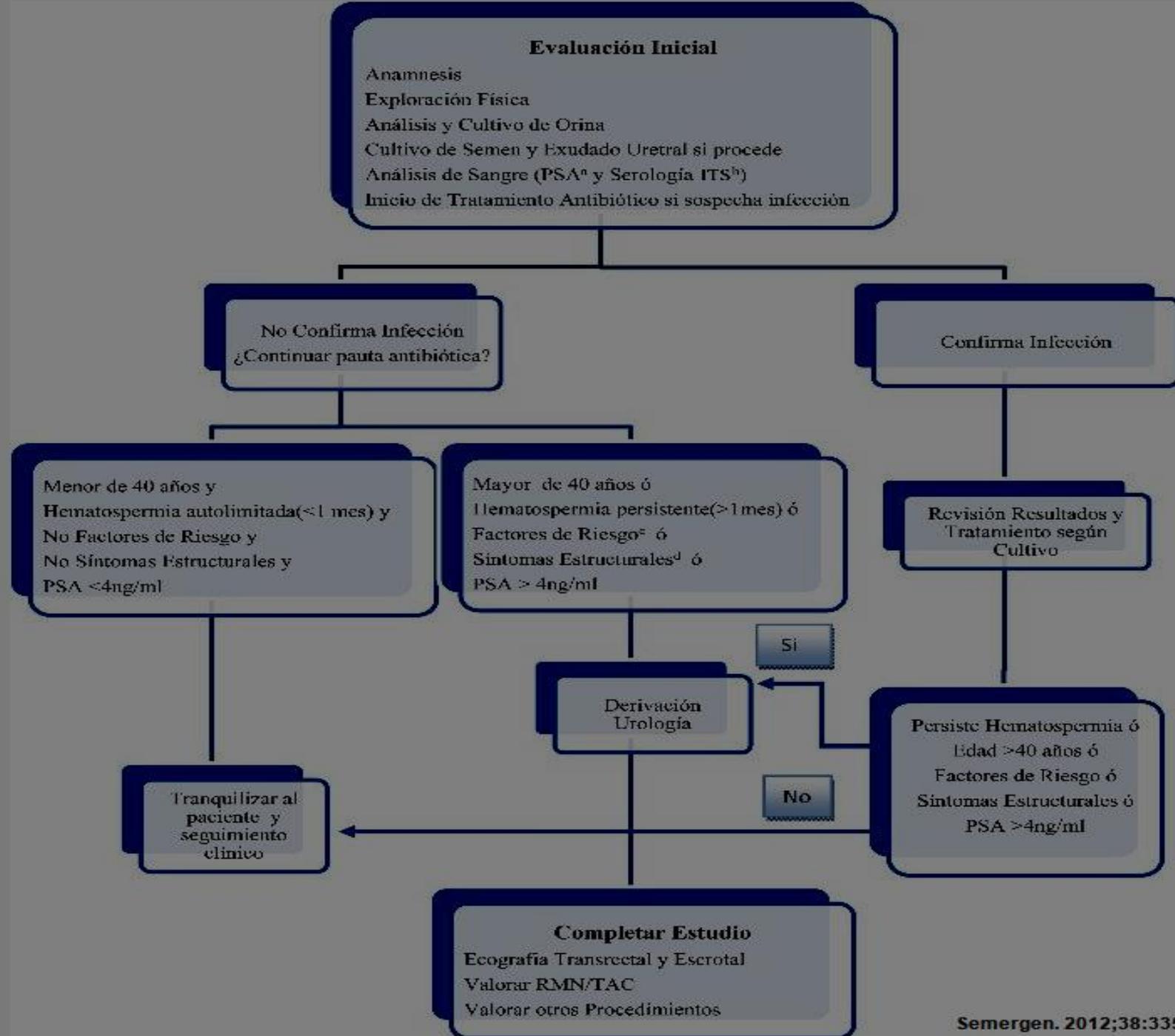
Se realiza tacto prostático evidenciando próstata aumentada de tamaño de consistencia pétrea y borrado el rafe medio.

En nueva analítica presenta PSA total de 21 , FA 783 mgr/dl, Ca, P y VSG normales.

Se realiza rx de pelvis, visualizándose imagen lítico-blástica y se deriva de forma preferente a urología.

TAC toracoabdominal próstata aumentada de tamaño a consta de lóbulo medio, densidad homogénea y adenopatías con lesiones blásticas en ambas alas sacras.

Biopsia prostática mostro adenocarcinoma moderadamente diferenciado Gleason 8



Derivación al servicio de urología, con los siguientes criterios:

- Mayor de 40 años.
- Hematospermia recurrente o persistente.
- Hematospermia asociada a síntomas inexplicables o factores de riesgo.
- Hallazgos sugestivos de patología estructural o neoplásica.
- PSA elevado (> 4 ng/ml).
- Hematuria o piuria concomitante.
- Sintomatología prostática.

i Gracias!

