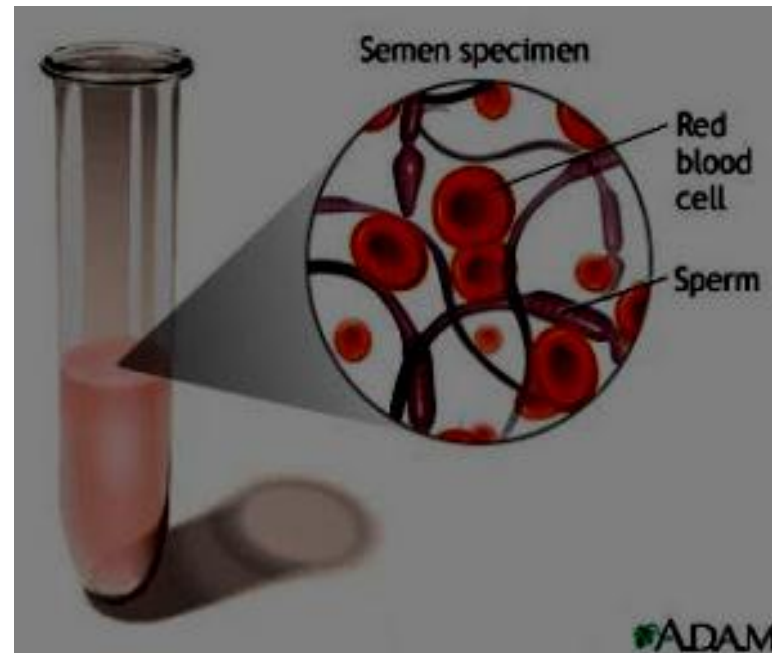




---

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.

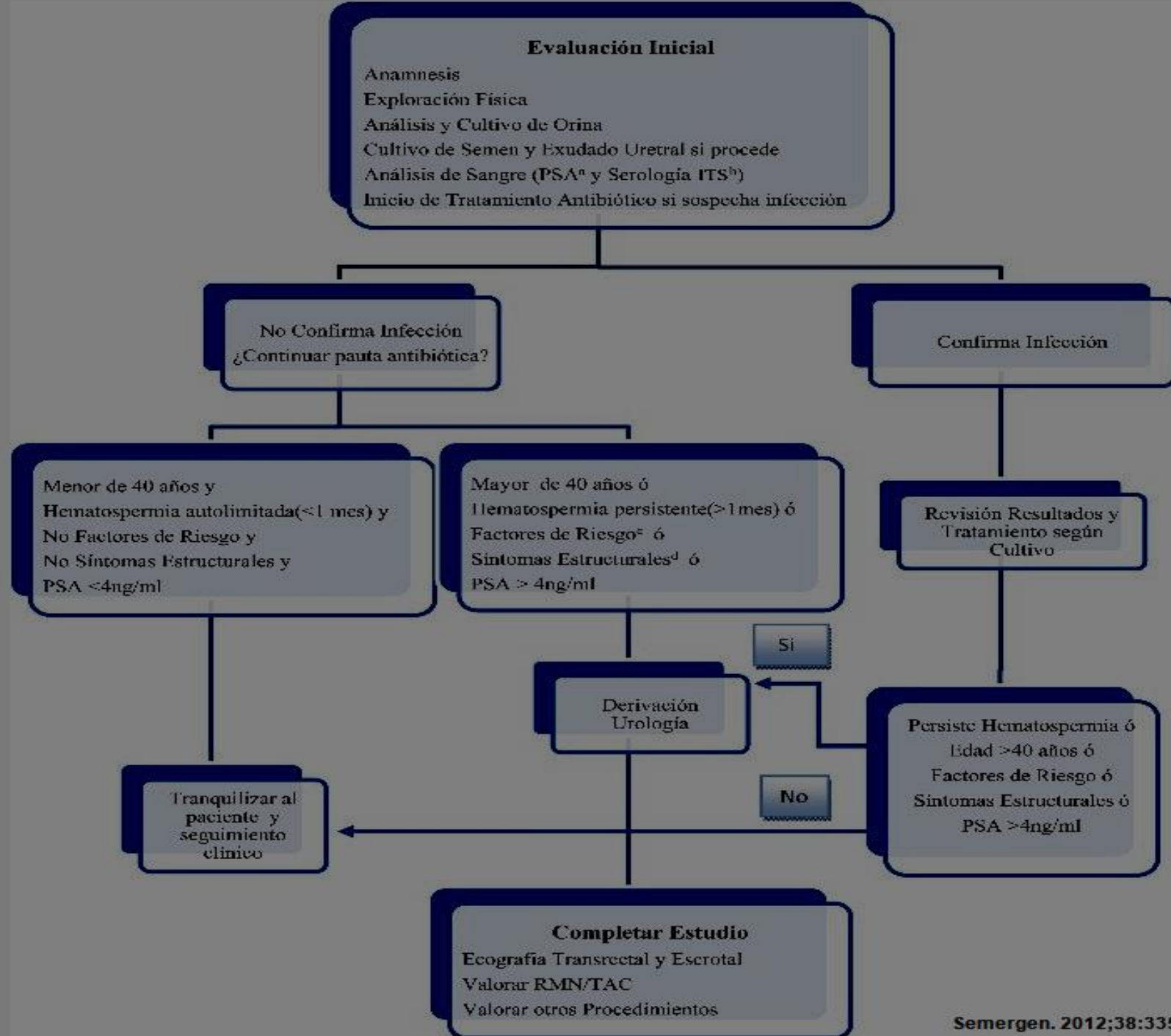
En nueva analítica presenta PSA total de 21 , FA 783 mgr/dl, Ca, P y VSG normales.

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!*

