

MITOS Y REALIDADES DE LA HEMATURIA

Dr. Romeo Jefe del Servicio de Urología Hospital Español de Mendoza

¿Cómo define hematuria?

Hematuria se define como sangre fresca o coágulos en orina.

Pero también se considera hematuria a la presencia de glóbulos rojos en orina.

Más de 5 glóbulos rojos por campo de gran aumento en más de una muestra de sedimento urinario centrifugado se define como hematuria microscópica significativa.

¿Qué otras situaciones pueden confundirnos con hematuria?

La orina puede estar teñida por pigmentos artificiales como los derivados de la fenazopiridina, ibuprofeno o antibióticos como la rifampicina, nitrofuranos.

O pigmentos naturales como la bilirrubina, porfirinas, hemoglobina, remolacha.

O bien la sangre proveniente del aparato genital en la mujer o del aparato digestivo contamina la orina.

¿Cómo podemos clasificar las lesiones que producen hematuria?

Las lesiones que producen hematuria las podemos dividir en:

A-Lesiones de la vía urinaria o sea lesiones o patologías que se encuentran en contacto con la vía urinaria desde los tubos colectores hasta la uretra.

A estas lesiones pertenecen toda la patología tumoral benigna o maligna del árbol urinario.

La litiasis urinaria las infecciones y malformaciones vasculares.

B- Lesiones del parénquima renal glomerulares o patología tubular a este pertenecen toda la gama de glomerulopatías y tubulopatías.

¿Cuales métodos se emplean para identificar la lesión que padece un paciente si nos consulta con hematuria?

Como siempre nos vamos a valer de:

- Historia clínica
- Análisis bioquímicos
- Métodos de exploración por imágenes

¿Qué particularidades tiene la Historia Clínica de un paciente con hematuria?

En el interrogatorio de un paciente con hematuria es importante averiguar sobre: Antecedentes familiares como presencia de poliquistosis renal.

Hábitos tóxicos como el tabaco por su relación con los tumores uroteliales.

Antecedentes laborales como los trabajadores que usan anilinas por la misma causa.

Antecedentes de la enfermedad: ¿Cuánto hace que se presenta la hematuria? Si es en aumento o disminuye si se acompaña de dolor o fiebre.

Toda hematuria acompañada de síntomas locales o sistémicos se considera "Hematuria sintomática".

Es importante también si elimina coágulos y si estos son alargados o redondos.

Dentro del interrogatorio trataremos de precisar si la hematuria se presenta al inicio de la micción (Hematuria inicial) durante toda la micción (Hematuria total) o al final de la misma (Hematuria terminal)

Esto se obtiene mediante el interrogatorio aunque puede usarse también la prueba de los "tres vasos" pidiendo al paciente que divida la micción en tres veces.

La **hematuria inicial** corresponde generalmente a lesiones a nivel de uretra o cuello vesical.

En la **hematuria total** la lesión puede estar en cualquier lugar del árbol urinario.

Y en la **hematuria terminal** la lesión suele estar en vejiga.

Debemos también **examinar al paciente** y constatar la presencia de hipertensión arterial, edemas o masa palpable en abdomen.

¿Qué debemos buscar en los análisis bioquímicos?

El Sedimento urinario nos va confirmar la hematuria (mas de 5 glóbulos rojos por campo de gran aumento) y nos va a mostrar las características de estos glóbulos. Si están deteriorados (hematíes crenados) o agrupados en cilindros hemáticos significa que la lesión puede estar en el parénquima renal

Si en el sedimento los glóbulos aparecen normales puede tratarse de una lesión de la vía urinaria.

En la sangre investigaremos sobre la función renal con medición de uremia y creatinina.

Pruebas de coagulación y recuento de plaquetas.

¿Qué métodos de diagnóstico por imágenes podemos utilizar para valorar un paciente con hematuria?

Si bien podemos utilizar todos los métodos de diagnóstico por imagen (Ecografía, pielografía, cistoscopia, Tomografía axial computada) los métodos siempre tienen que seguir al cuidadoso interrogatorio y examen físico.

Trataremos de ir de los menos invasivos como la ecografía a los más invasivos como la endoscopia.

¿Qué causas reconoce de hematuria acompañada de proteinuria con síndrome edematoso y hematíes alterados en el sedimento urinario?

La mayoría de los pacientes que consultan con hematuria asociado a proteinuria (>de 3g/día) acompañado de edema o hipertensión y distinto grado de alteración en la función renal y del complemento padecen de algún tipo de glomerulopatía.

Una de las más frecuentes es la enfermedad de Berger que cursa en jóvenes de sexo masculino que presentan uno o más episodios de hematuria macroscópica por año acompañado de distinto grado de proteinuria.

En la biopsia renal se detecta la presencia de depósitos de inmunoglobulina A en el mesangio de los glomérulos. La mayoría de estos pacientes evoluciona bien sin secuelas pero un 25 % evoluciona a la insuficiencia renal.

¿A qué enfermedades podría corresponder si un paciente de 50 años con hematuria macroscópica y eliminación de coágulos, sin síntomas acompañantes, intermitente, total y que en los análisis de sedimento se detecta campo cubierto de hematíes?

En la hematuria macroscópica con eliminación de coágulos la mayoría de las veces se va a encontrar una lesión de la **vía urinaria**.

La causa más frecuente de hematuria macroscópica asintomática en adultos de más de 50 años es el cáncer de vejiga.

Deben descartarse otras causas como tumores renales o de la vía urinaria (pelvis renal y uréter) generalmente en estos casos la hematuria puede acompañarse de dolor cólico y eliminación de coágulos largos como fideos que es un signo de lesión en la vía urinaria alta.

Por esto nunca debe dejar de estudiar una hematuria asintomática.

¿En qué casos podría presentarse hematuria microscópica precedida de dolor cólico, irritación al orinar o escalofríos y fiebre?

En adultos jóvenes la mayor causa de hematuria microscópica precedida de síntomas como dolor cólico, corresponde a la migración de un **cálculo en la vía urinaria**.

En las mujeres jóvenes la presencia de hematuria acompañada de síntomas de irritación miccional obedece generalmente a la presencia de infección urinaria.

En ambos casos el urocultivo y los estudios de imágenes corroboran el diagnóstico y la hematuria suele desaparecer con el tratamiento específico.

En **raros casos** la persistencia de hematuria luego del tratamiento adecuado de una infección urinaria y con ph urinario bajo puede ser originada por la **tuberculosis renal**. Generalmente encontramos antecedentes epidemiológicos o imágenes de cicatrices en unión pielocalicial o pieloureteral.