

# Hematuria

D. Joly

*La presencia de una cantidad anormal de sangre en la orina define la hematuria. Tanto microscópica como macroscópica, la hematuria puede estar relacionada con una afectación urológica (tumores y litiasis) o una enfermedad renal (casi siempre glomerular). Así como en la mayoría de los casos la causa es fácil de detectar, el estudio etiológico resulta en ocasiones difícil, incluso puede llegar a ser negativo; en este caso, se debe realizar un seguimiento prolongado con el fin de no pasar por alto una lesión maligna.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Hematuria; Hematuria microscópica; Hematuria macroscópica; Tira reactiva de orina; Litiasis urinaria; Tumor urinario; Nefropatía glomerular

## Plan

■ <b>Diagnóstico positivo</b>	1
Hematuria macroscópica	1
Hematuria microscópica	1
■ <b>Proceso diagnóstico</b>	1
Ausencia de investigaciones inmediatas	1
Hematuria de causa urológica evidente	2
Hematurias (macroscópicas o microscópicas) de causa no evidente	2
■ <b>Conclusión</b>	4

## ■ Diagnóstico positivo

### Hematuria macroscópica

El paciente refiere una o varias emisiones de orina rosada o roja. El ojo humano percibe claramente esta coloración si la cantidad de hematíes en la orina es superior a 500/mm<sup>3</sup>.

Con el fin de confirmar la hematuria, se debe descartar:

- una uretrorragia: hemorragia no relacionada con la micción;
- orinas teñidas por pigmentos:
  - pigmentos alimentarios: ingesta reciente de remolacha, lombarda, arándanos,
  - pigmentos humanos: hemoglobina (en el caso de una hemólisis), mioglobina (en el caso de una rabdomiólisis), porfirinas (en el caso de una porfirinuria),
  - medicamentos: rifampicina, metronidazol, fenindiona, algunos laxantes.

### Hematuria microscópica

La hematuria microscópica es por definición invisible para el ojo humano: se detecta mediante las tiras reactivas de orina y en teoría se confirma con las pruebas de laboratorio. El umbral patológico comúnmente considerado es de 10 hematíes/mm<sup>3</sup>.

## Tira reactiva de orina

Los resultados se expresan de forma semicuantitativa (de una a cuatro cruces), incluso en cifras (en hematíes/mm<sup>3</sup>) cuando la lectura se realiza a través de aparatos automáticos. No existen falsos negativos: muy sensibles debido al umbral de detección bajo (5-10 hematíes/mm<sup>3</sup>), resulta excepcional encontrar fallos en estas tiras reactivas. Los principales falsos positivos se producen por la presencia de espermatozoides, un pH urinario alcalino (> 9) ligado a la contaminación de la muestra por un antiséptico perineal, la presencia de hemoglobina (hemólisis) o de mioglobina (mioglobinuria).

## Pruebas de laboratorio

Son:

- la citología urinaria cuantitativa (o «sedimento urinario»), considerado como patológico si existen más de 10 hematíes/mm<sup>3</sup> (o 10.000/ml);
- o el recuento de Addis (o HLM, «hematíes leucocito minuto»), patológico para una cantidad superior a 10.000 hematíes/min.

En la práctica, estas pruebas son costosas y poco fiables si la orina no es rápidamente analizada (riesgo de falsos negativos). Por lo tanto, en la actualidad, para muchos especialistas resulta suficiente con los resultados obtenidos con las tiras reactivas.

## ■ Proceso diagnóstico <sup>[1]</sup>

### Ausencia de investigaciones inmediatas

La existencia de una hematuria puede explicarse de forma sencilla en el caso de situaciones concretas:

- hemorragia genital (menstruaciones, metrorragias, etc.);
- presencia de una sonda urinaria;
- infección urinaria.

Se debe comprobar la ausencia de hematuria tras la desaparición del agente causal. Por el contrario, la existencia de un tratamiento anticoagulante o antiagregante no debe aplazar los estudios, incluso en caso de sobredosificación (en el 80% de los casos se detecta una anomalía subyacente tras el estudio etiológico).

**Cuadro 1.**

Hematurias de causa urológica evidente.

<b>Presentación clínica</b>	Dolores lumbares y pélvicos Masa lumbar Trastornos miccionales Hematuria con coágulos o sedimentos Piuria	Causa urológica	
<b>Contexto de orientación determinado</b>	Infección	Tiras reactivas de orina: sangre y leucocitos y/o nitritos ECBO positivo	¿Cistitis? ¿Pielonefritis? ¿Prostatitis?
	Cólico nefrítico	El 90% de los cólicos nefríticos litiásicos se acompañan de una hematuria microscópica, en ocasiones macroscópica	
	Masa renal palpable	Ecografía renal	¿Tumor? ¿Poliquistosis hepatorenal?
<b>Cronología de la hematuria</b>	Inicial	Causa uretroprostática Tacto rectal ¿Prostatitis? Tumor prostático (raro) ECBO Muestras uretrales	Consulta especializada
	Terminal	Causa vesical ECBO Hemostasia, grupo Cistoscopia ± biopsias Citología urinaria	Consulta especializada
	Total	Sin valor localizador Urotomografía computarizada	

ECBO: estudio citobacteriológico de la orina.

**Cuadro 2.**

Hematurias de causa urológica.

<b>Tumores</b>	Renales: tumores malignos; rara vez tumores benignos Uroteliales (cálices, pelvis renal, uréteres) Vesicales: muy frecuentes Prostáticos (adenoma, cáncer), infrecuentemente implicados.
<b>Litiasis</b>	Hematuria con o sin cólico nefrítico; más del 90% de los cólicos nefríticos se acompañan de una hematuria microscópica
<b>Poliquistosis renal dominante (los quistes simples no provocan hematuria)</b>	
<b>Infecciones</b>	Infecciones urinarias por gérmenes banales Tuberculosis urinaria, esquistosomiasis urogenital
<b>Traumatismo</b>	
<b>Malformación vascular</b>	Angioma papilar, fístula urinaria, malformación arteriovenosa Compresión de la vena renal izquierda (síndrome del cascanueces)

**Hematuria de causa urológica evidente**

Casi siempre se trata de una hematuria macroscópica (Cuadro 1). La presentación clínica sugiere de entrada una causa urológica de la hemorragia: en las enfermedades renales glomerulares no existe dolor ni depósitos o coágulos urinarios. La anamnesis y algunos datos clínicos sencillos permiten detectar la causa en más del 50% de los casos. La cronología de la hematuria en relación con la micción (determinada por la anamnesis del paciente o el estudio de una micción fraccionada) puede sugerir en ocasiones de entrada una causa vesical (hematuria terminal) o uretroprostática (hematuria inicial). Las hematurias de causa urológica más frecuentes son las litiasis urinarias y los tumores (Cuadro 2).

Es muy raro observar una pérdida importante de sangre en las hematurias macroscópicas; por otra parte, se debe evitar la formación de coágulos en las vías urinarias mediante una hiperdiuresis.

**Hematurias (macroscópicas o microscópicas) de causa no evidente** <sup>[2]</sup>

En este caso, se dice que la hematuria es «aislada» (no hay dolor, no hay trastornos miccionales, no existen coágulos o depósitos en la orina), y es total cuando es macroscópica. Es posible detectar

las causas urológicas previamente descritas, a las cuales se añaden las afectaciones del parénquima renal, entre las que se encuentran en primer lugar las nefropatías glomerulares.

**Exploraciones iniciales**

El proceso diagnóstico inicial se basa en la anamnesis y la exploración física, y en algunas pruebas complementarias de laboratorio y morfológicas que pueden sugerir una causa urológica o nefrológica de la hematuria.

**Anamnesis y exploración física**

Los datos clínicos pueden orientar positivamente el diagnóstico etiológico. Los principales elementos contributivos se describen en el Cuadro 3.

**Pruebas complementarias** <sup>[3]</sup>

El estudio del sedimento urinario en el microscopio de contraste de fase permite distinguir de entrada las hematurias debidas a las nefropatías de las debidas a una hemorragia del aparato urinario:

- en caso de hematuria glomerular: deformidades eritrocíticas y cilindros hemáticos;
- en caso de uropatía: morfología eritrocítica normal.

Lamentablemente, pocos laboratorios realizan esta prueba, que, sin embargo, es sencilla.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465373>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465373>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)