II CONGRESO DIGITAL AEP
3, 4 Y 5 DE JUNIO DE 2021

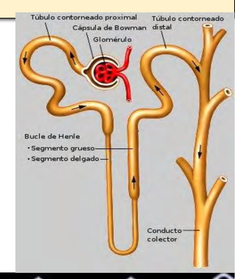
Paciente con hematuria macroscópica con coágulos y proteinuria nefrótica

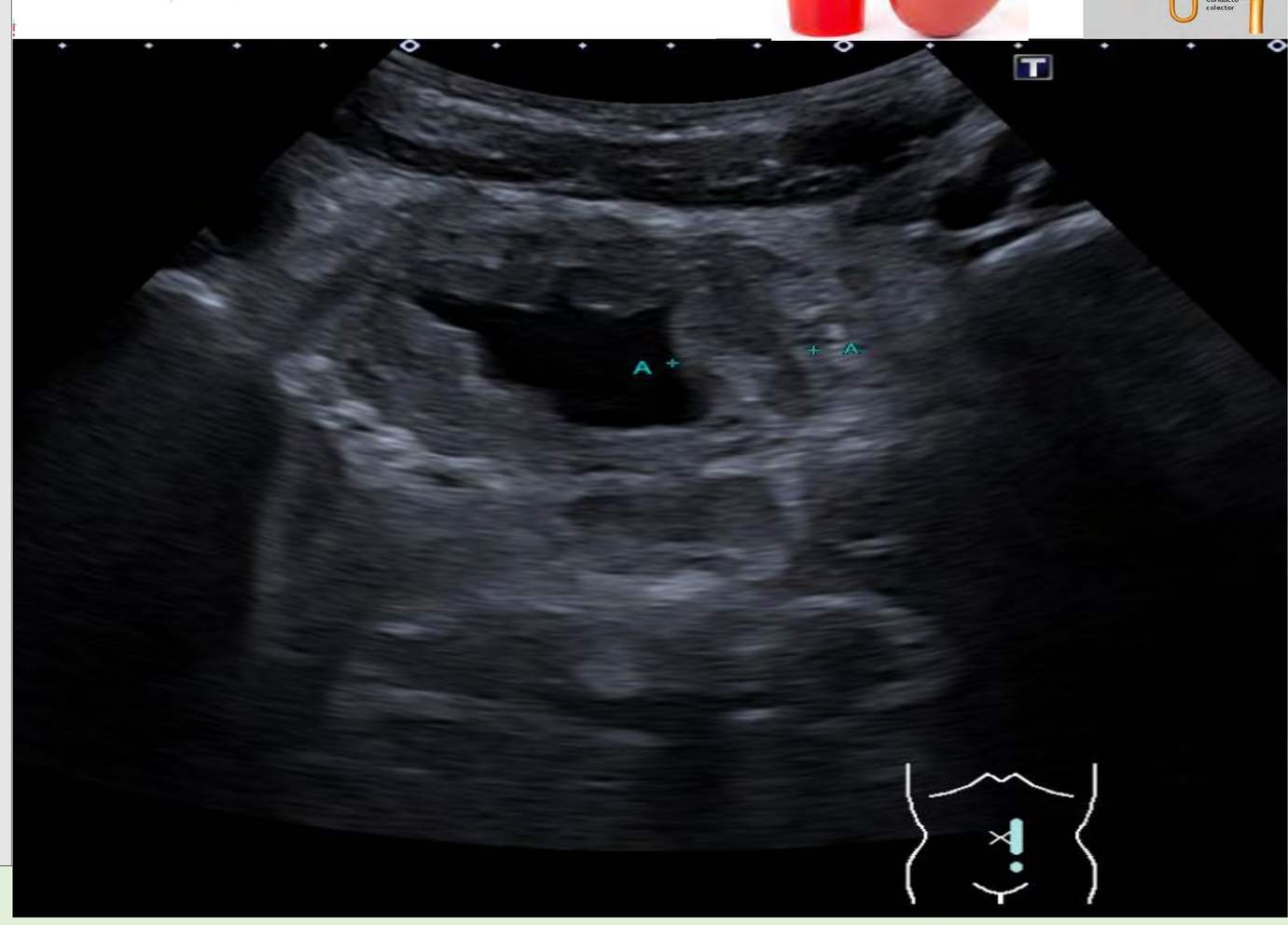
Pablo Gómez Garrido[1], Clara García-Bermejo García[1], Susana Hernángomez Vázquez[1], Jorge García Ezquiaga[1], Fátima Olalla Nadal[1], Carlos María García-Vao Bel[1].
1. Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La **hematuria macroscópica** no es infrecuente en pediatría. Su origen principal es infeccioso o traumático, aunque también es causada por glomerulonefritis, litiasis, coagulopatía, anemia falciforme o cistitis hemorrágica. La hematuria macroscópica con **coágulos** orienta a causa extraglomerular.

Presentamos el caso de un paciente sano previamente, que presenta hematuria macroscópica con coágulos, proteinuria nefrótica, febrícula, dolor suprapúbico e HTA. La ecografía muestra afectación renal e hipertrofia vesical, y la cistoscopia con biopsia sugiere cistitis hemorrágica, sin poder determinar la etiología.





RESUMEN DEL CASO

Adolescente de **12 años**, con antecedente de **rasgo falciforme** sin enfermedad. Acude por **dolor suprapúbico** con la diuresis, **febrícula** y **hematuria macroscópica con coágulos** y predominio final. Se objetiva dolor intenso y cifras tensionales > percentil 95. La analítica de sangre muestra hemograma, coagulación, bioquímica y función renal normales, y elevación de PCR (38.2 mg/l). Frotis sin células falciformes. En analítica de orina destaca **hematuria (>100 hematíes/campo)** y **proteinuria en rango nefrótico (cociente proteínas/creatinina 2.4).**

Ingresa para estudio y dieta hiposódica. La ecografía renal muestra un **foco hiperecogénico en riñón derecho**, y llamativo **engrosamiento de la pared vesical (16 mm)** (figura). Estudio inmunológico normal y pruebas microbiológicas (urocultivo, serologías, CMV y Adenovirus en orina, serología de *Schistosoma haematobium*, Mantoux y estreptotest) negativas. Precisa analgesia, antiespasmódicos IV y sondajes vesicales para lavado con suero fisiológico frío, manteniendo antibioterapia profiláctica con amoxicilina/clavulánico. Recuperación progresiva: disminución del dolor, hematuria, TA, proteinuria y grosor vesical en controles posteriores.

Para completar estudio, se traslada a hospital terciario para cistoscopia y biopsia. En ella se describen **áreas de ulceración y hemorragias en pared vesical**, sin poder objetivarse su causa. El paciente recibe alta domiciliaria, con control ambulatorio posterior sin objetivar nuevos episodios de hematuria, dolor ni hipertensión arterial.

CONCLUSIONES/COMENTARIOS

- El origen principal de la cistitis hemorrágica es secundario a tratamiento quimioterápico o infección por adenovirus o poliomavirus BK. En nuestro paciente no encontramos causa etiológica.
- La proteinuria que se objetiva en una hematuria extraglomerular, suele ser moderada, no de rango nefrótico.
- Si existe hematuria de origen desconocido y posible causa vesical (presencia de coágulos o alteraciones ecográficas), está indicada realizar una cistoscopia con biopsia. El tratamiento incluye sondaje, lavados vesicales con suero frío, y administración de analgesia y antiespasmódicos intravenosos.

BIBLIOGRAFÍA

- *Ruth Orellana Fernández, Jaume Almirall Daly, Fco. Javier Andreu Navarro. Nefropatía asociada a infecciones víricas. REV ESP PATOL 2002; Vol 35, n.º 2: 177-186.*
- *K. López Revuelta, M.P. Ricard Andrés. Afectación renal en la enfermedad falciforme. Nefrologia 2011;31(5):591-601.*
- *López López AI, Cao Avellaneda E, Prieto González A, Ferri Ñíguez B, Maluff Torres A, Pérez Albacete M. Esquistosomiasis: una parasitosis urinaria cada vez más frecuente. Actas Urol Esp. 2007;31(8):915-918.*