

Hematuria recurrente en paciente portador de Sickleemia. Presentación de un caso.

**Dra Iris Nora Milián Figueroa*.Dr Cañón J.L., Dr
García O., Dra Rodríguez A.**

Servicio de Nefrología.

Hospital "Julio Aristegui Villamil".

Cárdenas. Matanzas.

E-mail:irismilian.mtz@infomed.sld.cu

PRESENTACION DEL CASO:

- Paciente femenina, raza negra, 48 años, portadora de hemoglobina falciforme, se presentó en nuestro centro con hematuria macroscópica severa, la misma refirió haber tenido orinas oscuras 2 meses antes, que cedieron espontáneamente con reposo, en esta ocasión después de varios esfuerzos físicos su orina se tornó roja rutilante y estaba acompañada de coágulos, además refería decaimiento, fatiga, mareos y molestias en área lumbar derecha.
- La paciente había experimentado varios episodios de hematuria macroscópica anteriormente. Uno de los cuales, hace 10 años había requerido transfusiones de sangre, y otro ocurrido hace 3 años durante 2 semanas cuyos síntomas resolvieron espontáneamente.
- La causa de la hematuria nunca había sido establecida.

- Buen aspecto general, TA 130/60 mmHg, FC 76 latidos por minuto. No se observaron alteraciones en el examen de cuello, cabeza, pulmones, corazón. El abdomen era blando, depresible, e indoloro. Hígado era normal. Bazo palpable en su extremo.
- Exámenes de laboratorio: anemia leve, hematocrito 33%. Recuento de plaquetas $290 \times 10^9/L$, recuento de glóbulos blancos $6.5 \times 10^9/L$.
- Niveles de Potasio, Sodio, Cloro y Calcio normales
- Función renal conservada (Creatinina en $96 \mu\text{mol/L}$).
- Análisis de orina : hematuria, ausencia de proteínas, el cultivo negativo.
- Ecografía renal : riñón derecho de 11.7 cm y un riñón izquierdo de 11.9 cm de largo, no hidronefrosis, ni litiasis, ambos de tamaño y densidad normal. La vejiga era normal.
- Cistoscopia y ureteroscopia diagnóstica: se observa salida de sangre del orificio ureteral derecho.

- **Diagnóstico Clínico:**
- Hematuria Macroscópica y necrosis papilar renal relacionada con la presencia de Hemoglobina Falciforme.
- **Seguimiento clínico:**
- A la paciente se le indicaron líquidos intravenosos, junto con furosemida 20 mg al día, además de reposo en cama y el sangrado resolvió espontáneamente a los 7 días.

Evaluación inicial de hematuria

- Análisis de orina , cultivos y citología
- Estudios de la coagulación
- Ecografía renal y/o Tomografía axial Computarizada
- En presencia de Hematuria Macroscópica sostenida es necesario realizar Cistoscopia con ureteroscopia.
- En el caso descrito descartaríamos dos causas preocupantes de Hematuria Macroscópica: la necrosis papilar renal y el carcinoma medular renal:

Tratamiento de la Hematuria en los portadores de Hemoglobina Falciforme

Tratamiento conservador:

- Reposo en cama.
- Eliminar las condiciones que predisponen a que los glóbulos rojos adopten forma de hoz.
- Hidratación : agentes alcalinos prevenir la deshidratación y acidosis
- Diuréticos para aumentar la tasa de flujo urinario.
- *Si el tratamiento inicial falla pueden ser utilizado agentes farmacológicos adyuvantes como son:*
 - Acetato de desmopresina: disminuye el sangrado porque aumento el factor VIII plasmático y el factor de Von Willebrand.
 - Acido Epsilon Aminocaproico: Agente antifibrinolítico. Dosis 6-8 gramos al día por vía oral, o 5 gramos por vía IV.
 - En casos de sangrado urinario intratable puede ser necesario un abordaje más invasivo: Arteriografía renal con embolización segmentaria de la arteria renal o nefrectomía segmentaria limitada.