



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3508 - HEMATURIA A ESTUDIO

P. Abellán García^a, A.I. Ortega Requena^a, J.J. López Pérez^a y J.M. Ibáñez García^b

^aMédico de Familia; ^bPediatra. Centro de Salud Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 12 años, acude el 01/07/16 por presentar dos episodios de hematuria macroscópica en 2 días consecutivos autolimitados, sin dolor abdominal previo (ni anterior ni durante el episodio), no fiebre o disuria, no disminución del volumen miccional, no antecedentes traumáticos; el paciente se encuentra asintomático en todo momento. No episodios posteriores de hematuria. Antecedentes: asma extrínseca. No sigue tratamiento. 01/06/2016: episodio autolimitado de amigdalitis aguda con fiebre de hasta 39 °C durante 4 días, que no precisó tratamiento antibiótico.

Exploración y pruebas complementarias: TA 100/70. Cabeza: no edema palpebral. AC: rítmica a 80 lpm. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni organomegalias ni signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Timpánico. Puño-percusión renal bilateral negativa. No hematomas. Genitales: no signos inflamatorios a nivel uretral, no lesiones. En Centro de Salud: tira de orina 1/7/16: leucocitos +, hematíes +++, proteínas ++. Aspecto turbio-anaranjado. Urgencias Hospital: orina: pH 5, leucos 500, nitritos negativos, proteínas 150, eritrocitos 250. Sedimento: leucocitos 5-12 por campo, eritrocitos 12-18 por campo. Radiografía abdomen: normal. En Centro de Salud posteriormente: analítica programada 6/7/16: bioquímica: creatinina 0.64 mg/dl, GOT 31 U/l, colesterol 142 mg/dl, GPT 35 U/l, calcio sérico 9,3 mg/dl, GGT 26 U/l (valores normales: v.n. 2-23), fósforo 5,1 ng/dl (2,6-5), transferrina 254 mg/dl, ácido úrico: 4,9 mg/dl, fosfatasa alcalina: 154 UI/l. Cociente calcio/creatinina: 0,01 mg/ml (v.n. < 0,21 mg/ml). Hemograma: hematíes 5, Hb 12,2 (13-18), hematocrito 36%, VCM 72,9 (79-100), leucocitos 9,5 (neutrófilos 53%, linfocitos 32%, monocitos 7,3%), eosinófilos 0,7. Hormonas: ferritina 69 ng/ml, TSH 4,12. Inmunohistoquímica: c3: 56,7 ng/dl (v.n. 79-152), ASLO 430 (< 300 V.N.). Urocultivo negativo. Anormales y sedimento 6/7/16: leucocitos por campo 5-12, bilirrubina negativa, cetonuria negativa, densidad 1023, hematíes 12-18 por campo, nitritos negativo, pH urinario 5, urobilinógeno normal. Bioquímica orina 6/7/16: creatinina 128, cociente microalbúmina/creatinina 25,83 ng/g, proteínas totales 14,36 mg/dl (0-30 v.n.), microalbuminuria (24h) 33,14 ng/l (0-20 v.n.), calcio 9,9 mg/dl (5-35 mg/dl v.n.). Ecografía abdominal: normal. Tira reactiva: 25/7/16: hematíes negativos, resto normal.

Juicio clínico: Probable glomerulonefritis aguda postinfecciosa.

Diagnóstico diferencial: Nefropatía IgA, glomerulonefritis membranoproliferativa, glomerulonefritis secundarias, infección urinaria, procesos neoplásicos.

Comentario final: La glomerulonefritis aguda postinfecciosa es una lesión inflamatoria glomerular y de patogenia inmune desencadenada por gran variedad de gérmenes. El período de latencia: 1 a 3 semanas tras la infección. Por tanto, la sospecha inicial en la consulta de AP debe hacernos pensar en esta entidad para evitar sobre todo complicaciones mayores; además nos ayudó a pensar en ella el antecedente previo de amigdalitis (hacia 1 mes del episodio), lo autolimitado del proceso y la buena evolución del mismo, no presentando complicaciones.

Bibliografía

1. Rodríguez Iturbe B, Gordillo Paniagua G. Glomerulonefritis aguda. En: García Nieto V, Santos F, Rodríguez Iturbe B, eds. Nefrología Pediátrica, 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica, 2006:287-94.
2. Eison TM, Ault BH, Jones DP, Chesney RW, Wyatt RJ. Poststreptococcal acute glomerulonephritis in children: clinical features and pathogenesis. *Pediatr Nephrol.* 2011;26:165-80.

Palabras clave: *Glomerulonefritis postestreptocócica. Complemento hematuria macroscópica.*