

# RECORDANDO LA BÁSICO

## MICROHEMATURIA

*Dr. Alfredo Introzzi*

---

Se define como hematuria<sup>1</sup> la presencia de dos o más hematíes por campo en el sedimento del centrifugado de la orina inspeccionado con gran aumento (400x), o más de ocho hematíes cuando es inspeccionado con menos aumento (100x) como en el caso de nuestro hospital (si bien no hay acuerdo uniforme en cuanto estas cantidades). Aceptando este criterio, muchísimos pacientes debieran ser considerados como portadores de hematuria. La presencia de un solo sedimento que reúna estas características en una persona de bajo riesgo de tener enfermedad renal o urinaria no es significativo; su repetición sí lo es. Por otra parte, sí es muy significativo en aquel paciente en el que existe el riesgo de que padezca alguna de estas enfermedades.

La tira reactiva positiviza su resultado cuando existen dos hematíes por campo también, o su hemoglobina en el caso de que se hayan lisado, o sea que, para la detección de hematuria tienen una sensibilidad similar al examen microscópico del sedimento.

En un estudio retrospectivo de 10.000 hombres que hacían un examen de salud, el 2,5% tuvo un valor positivo en su tira reactiva; dos de ellos tenían una neoplasia en su vejiga<sup>2</sup>.

Pero lo más curioso es que 1/3 de aquellos que también tuvieron un examen positivo no fueron estudiados, ese resultado fue ignorado por el médico.

En otro estudio de más de 2.000 hombres, tuvieron un resultado positivo 4% de ellos<sup>3</sup>. De estos, uno tenía un carcinoma de vejiga. Como consecuencia de esto la US Preventive Services Task Force no recomienda más el hacer este Screening en pacientes de bajo riesgo jóvenes<sup>4</sup>.

De cualquier manera, si la repetición del sedimento vuelve a evidenciar valores positivos para hematuria (descartado ya por la repetición que no sea un hallazgo aislado) el paciente debe ser estudiado.

Hay varios algoritmos para el estudio, pero el primer paso sería dependiendo de la edad del paciente presuponer que es de origen urológico si se trata de una persona de más de 40 años, o considerarla de origen nefrológico si es menor. En la primera circunstancia debiera hacerse una ecografía, y si esta no revela una patología clara, el paciente debe ser estudiado por una citoscopia.

Por supuesto que si la hematuria es acompañada por cilindros hemáticos, proteinuria elevada o lipiduria, debe ser interpretada como de origen glomerular.

En la circunstancia de que el paciente sea joven, y presuponiendo que puede ser de origen nefrológico, tras la ecografía (que siempre es el primer paso) se da ahora el hecho de que la investigación de los hematíes dismórficos tienen mucho valor. Una primera advertencia: un solo resultado positivo no tiene suficiente valor predictivo como para excluir el origen urológico; sí lo tiene la repetición de su presencia.

Otra aclaración es que los hematíes dismórficos en número suficiente deben interpretarse como de origen renal, y no exclusivamente como de origen glomerular. Pareciera ser que los acantocitos (aquellos que tienen protrusiones redondeadas en sus superficies) tiene más especificidad en cuanto al origen glomerular de los mismos si superan el 5% del total<sup>5</sup>.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Brenner y Rector. *WBSaunders company*. 6th. edition
2. Richie CD. *Br Med J* 1987;292:681-3
3. Thomson IM. *J Urol* 1987;138:1189-90
4. *Guide to clinical preventive services*. William Wilkins 2da ed. Baltimore 1996
5. *Up to Date* 10.1