

CARTAS

Hematuria autoinducida en una mujer joven

A. González López, A. Fidalgo, A. Chocarro* y J. C. Chacón

Servicio de Nefrología y *Medicina Interna. Hospital de Sonsoles. Avila.

Sr. Director:

La presencia de hematuria es un importante indicador de existencia de patología renal o de las porciones distales de las vías urinarias. Su estudio lleva a realizar múltiples maniobras diagnósticas, no encontrándose en ocasiones su etiología. Un pequeño porcentaje de estos casos puede deberse a hematuria autoinducida, como en el caso que a continuación presentamos.

Caso clínico

Mujer de 25 años que fue ingresada en nuestro hospital para estudio de hematuria. Entre sus antecedentes familiares destacaba que su padre refería plurisintomatología y su hermano de 21 años había presentado en la infancia un cuadro de tetraplejía de dudosa etiología que desapareció en 15 días. Entre sus antecedentes personales destacaban: múltiples ingresos hospitalarios desde la edad de 14 años por dolores abdominales atípicos, habiéndose practicado varias laparotomías en dos años con gastrectomía parcial, anexectomía total derecha y parcial izquierda, apendicectomía, liberación de adherencias. A raíz de la última laparotomía no volvió a presentar dolores abdominales, pero sí alteraciones en la cicatrización de la herida de laparotomía, que requirieron diversos tratamientos dermatológicos. Posteriormente comienza a referir dolor en fosa renal izquierda y hematuria. Es estudiada en diferentes hospitales y servicios, realizándole múltiples exploraciones: ecografías, cistografías, urografías intravenosas y cistoscopias, sin encontrar alteraciones.

Exploración física: sin alteraciones, salvo cicatrices de cirugía.

Exploraciones complementarias: Hb, 13,9; Hcto, 42,8. Estudio de coagulación y plaquetas dentro de límites normales. Bioquímica: todos los parámetros dentro de límites normales. Cuantificación de inmunoglobulinas: IgG, 1.164; IgA, 103; IgM, 325. Cuantificación de complemento: C3, 99; C4, 34. Crioglobulinas negativas. ASLO, < 250 U. Todd. Latex, PCR —. Anticuerpos antinucleares negativos. Cultivo de orina negativo. Baciloscopias urinarias negativas. Calciuria, 72,5 mg/24 h; fosfaturia, 676 mg/24 h. CCR, 123 ml/min. Proteinuria negativa. Sedimento: en las diferentes orinas que aportaba la paciente, los resultados eran muy variables, desde orina clara con sedimento normal a orinas hemáticas de aspecto pútrido y malolientes, por lo que ante la negatividad del resto de las exploracio-

nes complementarias realizadas se decidió ingreso para observación.

Durante éste presentó en varias ocasiones orinas hemáticas, sin observarse por sondaje vesical ni cistoscopia evidencia de sangrado macro ni microscópicamente. En una ocasión apareció sangre fresca en el introito vaginal. El grupo sanguíneo de la sangre presente en la orina coincidía con el de la paciente, sospechando que la sangre podría proceder de lesiones que se realizase la paciente en el introito vaginal con una cuchilla que fue encontrada en su habitación.

Ante la sospecha de S. de Munchausen se consultó con la Unidad de Psiquiatría, que confirmó el posible diagnóstico.

En el caso de aparecer anomalías urinarias fluctuantes debe considerarse la posibilidad de S. de Munchausen^{1,2} para evitar investigaciones innecesarias. Es una enfermedad crónica recurrente simulada. Se caracteriza por una conducta bizarra y autodestructiva, sin conseguir ninguna ventaja a cambio. Se han descrito ocho tipos: 1) Abdominal (policirugía). 2) Hemorrágico (hematemesis, hemoptisis, hematuria). 3) Cutáneo (dermatitis autoinducida con cuchillas, uñas o drogas). 4) Cardíaco (dolor torácico similar al angor). 5) Neurológico (pérdida de conciencia, habla o cefalea). 6) Pulmonar (hemoptisis, dolor torácico o síntomas TEP-like). 7) Inyección de cuerpo extraño. 8) Mixto, como ocurría en nuestra paciente.

En una revisión realizada por A. Tojo¹ se describen 12 casos de anomalías urinarias: ocho con hematuria, dos con proteinuria, uno con orina feculenta y uno con quíloria. De los ocho casos de hematuria, en cinco de ellos la sangre correspondía a otras personas (casi siempre sangre menstrual de la madre), dos eran producidas por cuerpos extraños (cristal de roca o alfileres introducidos en la uretra) y en un caso añadían povidona yodada a la orina.

Debe sospecharse este síndrome cuando los análisis de orina revelan extrema variabilidad y exista discrepancia entre la orina emitida y la orina vesical. Esta idea se ve reforzada por la historia clínica previa de múltiples ingresos, exploraciones y/o intervenciones quirúrgicas, como en nuestra paciente. Incluso cuando las anomalías urinarias aparezcan también en la orina vesical, no debe descartarse la simulación por inyección retrógrada de cuerpos extraños.

Bibliografía

1. Tojo A, Nanba S, Kimura K, Hirata Y, Matsuoka H, Sugimoto T, Watanabe N y Ohkubo A: Factitious proteinuria in a young girl. *Clin Nephrol* 33(6):299-302, 1990.
2. Meadow R: Munchausen syndrome by proxy. *BMJ* 299:248-250, 1989.

Correspondencia: Dra. Anunciación González López.
C/ Alarcón, 2.
37007 Salamanca.