

Hematuria macroscópica unilateral y depósito mesangiales de IGM (hematuria unilateral e IGM)

E. Lucas, J. Ramos*, S. Llorente** y A. Martínez Ruiz.

Sección de Nefrología H. Rafael Méndez (Lorca). Servicios de *A. Patológica y **Nefrología H. V. Arrixaca (El Palmar). Murcia.

Señor director:

La hematuria macroscópica exige un estudio del tracto genitourinario a menudo invasivo. Se ha sugerido en la literatura que ante el hallazgo de una hematuria unilateral demostrada por cistoscopia y con evaluación anatómica negativa (hematuria unilateral esencial), la biopsia renal no es útil por no encontrarse en ella alteraciones significativas¹. Sin embargo, ya ha sido descrito algún caso de enfermedad glomerular difusa que se presentó clínicamente como hematuria unilateral². El papel patogénico de los depósitos glomerulares de IgM en dicho caso quedó inexplicado.

Presentamos un caso inusual de hematuria macroscópica unilateral anemizante cuyo único hallazgo fué un depósito mesangial de IgM en el riñón afectado.

Caso clínico

Se trata de un varón de 16 años que ingresa por hematuria macroscópica franca de aparición brusca, junto con dolor abdominal difuso de algunos días de evolución. El paciente carecía de antecedentes familiares o personales de interés. En la exploración a su ingreso no destacaban hallazgos significativos.

Entre los datos de laboratorio a su ingreso: hematocrito (Htc), 41,7 %; hemoglobina (Hb), 13 g/dl; plaquetas, 300.000 mm³; BUN, 10 mg/dl; creatinina (Cr), 0,6 mg/dl; aclaramiento de Cr endógena, 104 ml/min.; resto de bioquímica normal. PTTA y actividad de protrombina normal. La orina mostraba una gravedad específica de 1.020, pH 5, proteinuria de 24 h. de 2 g/día (coincidiendo con hematuria franca), y en el sedimento se observaron incontables he-

maties. El urocultivo fue negativo. El examen de la morfología eritrocitaria en orina mostró resultados discordantes, siendo sugestiva de origen glomerular en una determinación y de origen extraglomerular en otra. La calciuria y uricosuria de 24 h. estaban dentro del rango normal para su peso. Proteinograma y serología inmunológica sin alteraciones.

La ecografía renal, la pielografía i.v. y la cistografía no detectaron anomalías. Se realizó arteriografía renal selectiva por persistencia de la hematuria franca, descartándose malformaciones o compresiones vasculares. La cistoscopia reveló hipertrofia del cuello vesical y valvas uretrales posteriores (estadio I).

La hematuria persistió durante semanas, ocasionando caída del Htc y Hb con ferropenia. Se realizó electroforesis de la Hb, que fue normal. Practicamos biopsia renal percutánea del riñón izquierdo, que reveló 9 glomérulos de morfología normal al microscopio óptico, y ausencia de depósitos de IgA, IgG, IgM, C₃ y fibrinógeno en la inmunofluorescencia (IF).

Se realizó una segunda cistoscopia, observándose en esta ocasión la emisión de orina hematúrica procedente del meato ureteral derecho. En la ureteroscopia se observaron coágulos en pelvis y uréter derechos, pero no se objetivó el origen concreto de la hematuria. La pielografía retrógrada y el TAC fueron normales.

El paciente desarrolló una anemia microcítica severa (Htc, 19 %; VCM, 56), que requirió transfusiones. Un año después de la biopsia se realizó nefrectomía derecha. En el examen patológico del riñón no se encontraron lesiones macroscópicas pese a los múltiples cortes practicados a la pieza. La pelvis renal, uréter y vasos eran también normales. La microscopia óptica tampoco mostró alteraciones. Sin embargo, la IF demostró depósitos de intensidad moderada de IgM de forma difusa en mesangio (fig. 1) y fibrinógeno en la luz tubular; fue negativa para IgA, IgM y C₃. Desafortunadamente, no se procesó para m. electrónica por problemas técnicos.

Doce meses después de la nefrectomía, el sedimento de orina era normal y el paciente permanecía asintomático.

Correspondencia: E. Lucas Guillén.
Sección de Nefrología.
Hospital Rafael Méndez.
La Torrejilla, s/n.
Lorca (Murcia).

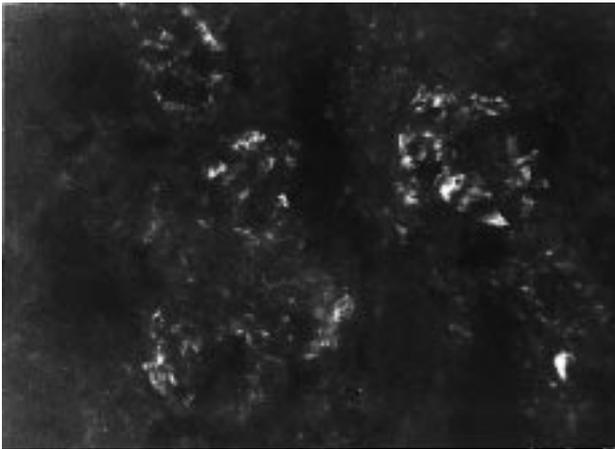


Fig. 1.—Depósitos mesangiales difusos de IgM.

Discusión

El caso que describimos presenta dos peculiaridades que nos parecen enormemente infrecuentes. Una, la anemia tan severa, que precisó transfusiones en el marco de una hematuria de posible origen glomerular, fenómeno raramente observable en ausencia de pérdidas extrarrenales o insuficiencia renal. La otra, el hallazgo en el riñón derecho de depósitos mesangiales de IgM, con biopsia previa del riñón izquierdo sin hallazgos a la IF.

Se han descrito muy pocos casos en la literatura de hematuria unilateral con depósitos glomerulares de IgM. En el caso descrito por Tapp y colaboradores² sólo se tuvo constancia histológica de uno de los riñones. En nuestro caso, el examen histológico no fue simultáneo, con un intervalo de un año entre ambos estudios. Podría argumentarse que dichos depósitos podían haber variado en el tiempo, como ocurre en algunas glomerulopatías en estadios avanzados³. Sin

embargo, en ambas ocasiones existía una hematuria activa, por lo que es razonable pensar que los hallazgos histológicos debían ser semejantes. La posibilidad, por tanto, de unilateralidad de dichos depósitos es atractiva, aunque difícil de aceptar racionalmente. Es por ello que la biopsia renal no se considera por algunos autores una técnica útil en la evaluación de pacientes con hematuria unilateral⁴. Sin embargo, no existen estudios que investiguen la presencia de depósitos glomerulares de inmunoglobulinas en estos pacientes, por lo que algún autor sugiere que puede ser útil en ciertos casos².

En nuestro paciente desconocemos el significado patogénico de la presencia de IgM mesangial y no encontramos explicación lógica a que sólo se detectaran en el riñón afectado por la hematuria. Este caso refuerza la incógnita de que una patología glomerular se presente como hematuria unilateral y de si es posible que dicha patología afecte a un solo riñón. Una interpretación del caso podría ser el atrapamiento inespecífico de globulinas de alto peso molecular (en este caso IgM) en el marco de un sangrado glomerular; sin embargo, persistiría la duda sobre la etiología de dicho sangrado.

Por tanto, la biopsia renal tendría cierto valor en casos de hematuria unilateral en los que se descartó causa urológica y vascular, aunque su interpretación es todavía dudosa en la actualidad.

Bibliografía

1. Lano MD, Wagoner RD y Leary FJ: Unilateral essential hematuria. *Mayo Clin Proc* 54:88-90, 1979.
2. Tapp DC, Whitaker WR y Copley JB: Primary renal hematuria presenting as unilateral gross hematuria. *Am J Nephrol* 6:217-219, 1986.
3. Brenner BM y Rector FC: *The Kidney*. WB Saunders Company, pp. 809. Philadelphia, 1986.
4. Wolfish NM y Mc Laine PN: Unilateral hematuria revisited and reemphasized. *Am J Nephrol* 7:490-491, 1987.