



Carta al Director

Hematuria macroscópica persistente como presentación de nefropatía por IgA

Persistent macroscopic hematuria as presentation of IgA nephropathy

Sr Director:

La nefropatía por IgA es una glomerulopatía prevalente en la pesquisa diagnóstica de la hematuria, siendo la patología glomerular más frecuente^{1,2}.

Esta enfermedad autoinmune se caracteriza por la síntesis y la glicosilación anormales de la IgA, resultando en un desbalance y un incremento circulante de IgA deficiente en galactosa IgA1 (gd.IgA1)¹.

El diagnóstico está asociado con reducción en la expectativa de vida entre 6 a 10 años².

Respecto a su tratamiento, en pacientes con proteinuria superior a 500 mg/24 h se establece iniciar IECA/bloqueantes Ara2. En los pacientes con proteinuria nefrótica o en el grupo de pacientes con riesgo de progresión a enfermedad renal crónica se establece administrar esteroides^{3,4}.

La evolución de la enfermedad es glomerular en las formas habituales de presentación, pero hay muy poca información en relación con la evolución clínica y sus implicancias pronósticas cuando la manifestación es hematuria macroscópica persistente como único signo de presentación de esta glomerulopatía^{5,6}.

Presentamos tres casos clínicos en los que la presentación y el común denominador son la hematuria macroscópica persistente.

Caso 1

Hombre de 38 años, sin antecedentes personales de interés, que es remitido a la consulta de nefrología por un cuadro de hematuria macroscópica persistente de 20 días de evolución.

Presenta función renal normal y hematíes dismórficos en orina. Por persistencia de la hematuria macroscópica se realiza una biopsia renal percutánea, con hallazgo de depósitos de IgA en la inmunofluorescencia (fig. 1).

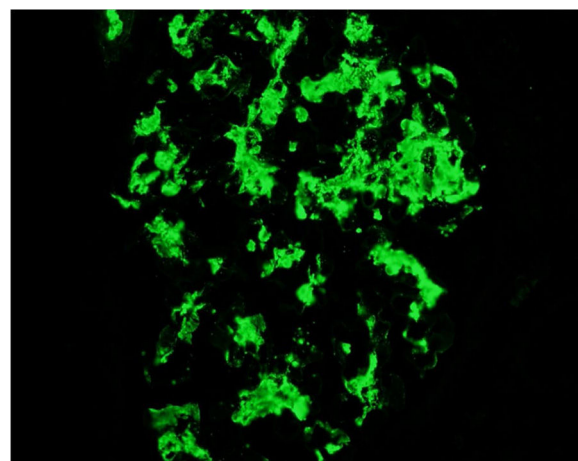


Figura 1 – Inmunofluorescencia: depósito de IgA.

Se instaura tratamiento con esteroides a dosis de 1 mg/kg durante 3 meses y asociación con losartán. Remisión completa muy precoz, al segundo día del inicio del tratamiento. Presenta función renal normal y sin recaídas 10 años después.

Caso 2

Mujer de 58 años, con antecedentes personales de tiroiditis de Hashimoto e hipotiroidismo, que consulta en nefrología por hematuria macroscópica continua, de 15 días de evolución.

En la analítica de sangre presentaba función renal normal; en la orina, abundantes hematíes dismórficos y cilindros hemáticos.

Ante la persistencia de la hematuria macroscópica, se realiza biopsia renal: nefropatía mesangial por IgA, con hallazgos en la microscopía óptica (fig. 2).

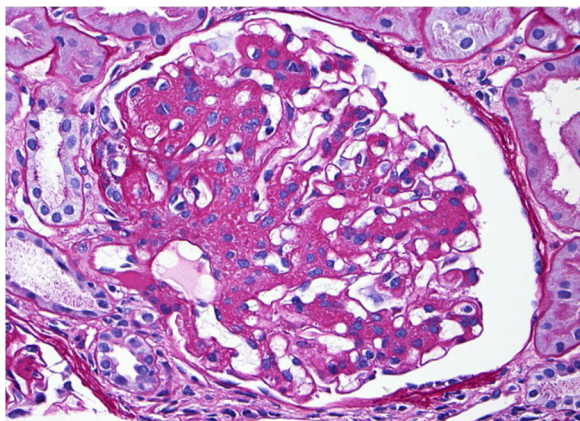


Figura 2 – Microscopia óptica: proliferación mesangial.

Se inicia tratamiento con esteroides a dosis de 1 mg/kg durante 3 meses y asociación con telmisartán. Remisión completa precoz al tercer día del inicio del tratamiento. Presenta función renal normal, sin recaídas, 3 años y 8 meses después.

Caso 3

Mujer de 53 años que es admitida en nefrología por hematuria macroscópica continua de 22 días de evolución.

En los estudios realizados en nefrología presentaba una función renal normal; en el sedimento urinario se detectaron abundantes hematíes dismórficos y cilindros hemáticos.

Se pautó tratamiento con esteroides oral a dosis 1 mg/kg, durante 3 meses, asociado a irbesartán. La paciente presentó remisión completa precoz al segundo día del inicio del tratamiento, sin recaídas y con buena función renal 16 meses después.

Así pues, la enfermedad mesangial por IgA es muy frecuente entre las enfermedades glomerulares⁵. El signo clínico más característico es la hematuria, aunque no es frecuente la presentación como brote de hematuria macroscópica y persistencia de la misma a lo largo de varios días, en ausencia de semilunas⁶. Existen pocos datos que establezcan el pronóstico según esta forma de manifestación.

En relación con el tratamiento, se conoce que los esteroides son de primera elección cuando la enfermedad presenta signos de mal pronóstico, como proteinuria nefrótica, o fallo renal, o hipertensión arterial.

En nuestros casos, los tres pacientes tuvieron remisión completa rápida cuando se instauró el tratamiento, y luego, en el seguimiento, hasta el momento no han tenido recaídas.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Enrique Morales Ruiz (Nefrología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España), por la colaboración en el escrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trimarchi H, Barratt J, Cattran DC, Cook HT, Coppo R, Haas M, et al., Oxford Classification of IgA Nephropathy 2016: An update from the IgA Nephropathy Classification Working Group. *Kidney Int.* 2017;91:1014–21.
2. Rodrigues JC, Haas M, Reich HN. IgA nephropathy. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2017;12:677–86.
3. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis. *Kidney Int Suppl.* 2020.
4. Praga M, Caravaca F, Yuste C, Caverio T, Hernández E, Morales E, et al. Nefropatía IgA: ¿qué pacientes están en riesgo de progresar a enfermedad renal terminal y cómo deberían ser tratados? *Nefrología.* 2018;38:347–52.
5. Brenner B.M. Brenner & Rector's The Kidney. 7th edition. 2005.
6. Gutiérrez E, Caravaca-Fontán F, Luzardo L, Morales E, Alonso M, Praga M. A personalized update on IgA nephropathy: A new vision and new future challenges. *Nephron.* 2020;144:555–71.

Mariano Tomás Arriola *

Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares, Hospital J. M. Cullen, Santa Fe, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marianoarriola@hotmail.com

0211-6995/© 2021 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.016>