



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/956 - HEMATURIA VS. COLURIA

V. López de Priego García¹, D. López Chaves¹, M. Generoso Torres¹ y M. Cano Talavera²

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años con los antecedentes conización SIL alto grado, psoriasis palmoplantar y gonartrosis; sin hábitos tóxicos. Antecedentes familiares padre fallecido por leucemia aguda. Acudió una semana previa por molestias urinarias y hematuria por lo cual se diagnosticó de infección urinaria y se inició tratamiento con ciprofloxacino. Después de una semana continua con los mismos síntomas y además presenta astenia importante náuseas con un vómito, distermia no termometrada con tiritona y sensación disneica a esfuerzos leves sin signos de insuficiencia cardíaca ni otros síntomas por órganos y aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, normohidratada y normoperfundida, eupneica, palidez cutánea, estable hemodinámicamente. Abdomen con dolor a la palpación en hipogastrio. Resto de la exploración anodina. Ante el importante empeoramiento de la paciente derivamos a urgencias hospitalarias. Se realiza bioquímica general con perfil renal y hepático, hemograma, coagulación, sistemático de orina, gasometría venosa, urocultivo y radiografía de tórax. Destacó una anemia normocítica con hemoglobina 8,8 mg/dl, reticulocitos elevados 4,79% y elevación de los parámetros de hemólisis (bilirrubina total 3,6 mg/dl a expensas de indirecta 2,31 mg/dl, LDH 1343 mg/dl). En frotis de sangre periférica destaca anisopoiquilocitosis con policromasia sin esquistocitos ni elementos inmaduros. Test de Coombs directo e indirecto positivo. Urocultivo positivo pendiente de aislamiento.

Orientación diagnóstica: Anemia hemolítica autoinmune (AHAI). Inició tratamiento con metilprednisolona 1 mg/kg/24h., ácido fólico 5 mg/24h y abundante hidratación. Permaneció en observación 24h estable clínicamente con mejoría de los parámetros de hemólisis y descenso de hemoglobina por lo que fue finalmente ingresada por hematología para completar estudio.

Diagnóstico diferencial: Anemia hemolítica no autoinmune.

Comentario final: La AHAI se caracteriza por hemólisis de hematíes por autoanticuerpos. Puede ser secundaria a enfermedad sistémica o asociada a ingesta medicamentosa, infecciones, inmunodeficiencia primaria u otras enfermedades autoinmunes. Nuestra paciente tenía antecedentes de psoriasis y presentaba infección de orina en tratamiento antibiótico. Desde primaria, a pesar de ser una patología rara, el empeoramiento clínico con síntomas de astenia junto con persistencia de la coluria nos hace incluir la AHAI dentro del diagnóstico diferencial. El principal tratamiento de la AHAI son los corticoides de forma urgente y prolongada, recurriendo a tratamiento de segunda línea en corticodependencia.

Bibliografía

1. Sanz MA, Carreras E. Manual práctico de hematología clínica, 5.^a ed. Editorial Antares; 2015.

Palabras clave: Coluria. Anemia. Coombs positivo.