

Orina pigmentada, hemólisis, hemoglobinuria

J. Toll-Clavero, P. Garijo, M. Martí-Nogue e I. Ojeda-Cuchillero

Equipo de Atención Primaria Gavarra. Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.

Se presenta el caso de un hombre joven que refiere orinas pigmentadas de origen incierto y que tras un interrogatorio dirigido y del estudio pertinente se obtiene en las consultas de Atención Primaria un diagnóstico de benignidad.

Palabras clave: orina pigmentada, hemólisis, hemoglobinuria.

We discuss the case of a young man presenting pigmented urine of uncertain origin which, following targeted questioning and the relevant study, was diagnosed as benign in Primary Care.

Key words: pigmented urine, haemolysis, haemoglobinuria.

INTRODUCCIÓN

La pigmentación anormal de la orina es un signo que pone en alerta tanto al paciente como al clínico por la posible vinculación a enfermedad que representa. La emisión de orina roja u oscura sugiere en primer lugar el estudio de la vía urológica seguida de la hepática y, posteriormente, la valoración de trastornos hematológicos y de la ingesta de fármacos. Presentamos un caso de orinas pigmentadas con pronóstico finalmente benigno, cuyo estudio se llevó a cabo en su totalidad en Atención Primaria.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 29 años de edad de raza blanca que consultaba por haber presentado el día anterior una única micción de orina oscura como "coca cola". Refería también dolor lumbar bilateral los días previos, asociado a leve tenesmo vesical, pero sin disuria que se había autolimitado. No relataba fiebre ni episodios similares con anterioridad. Los hábitos tóxicos referidos por el paciente incluyen consumos ocasionales de marihuana, cocaína y alcohol. Dos años atrás una analítica reveló una elevación de las transaminasas que se normalizó en 2 meses con serología negativa para los virus de la hepatitis B y C. Entre los antecedentes familiares destaca el de un tío materno trasplantado renal por una enfermedad hereditaria de la que no ofrece más información. La exploración por aparatos fue completamente normal y la tira reactiva de orina informaba de

indicios de proteínas y de hematíes. La analítica general realizada en días posteriores con hemograma, ferritina, funciones renal y hepática, iones y sedimento urinario fue estrictamente normal. La radiografía simple de abdomen y la ecografía reno-vesico-prostática fueron asimismo normales. Desde la primera visita el paciente permaneció asintomático, realizando micciones de orina claras. Interrogado de nuevo, manifestó que el día previo en que ocurrió la micción de orina pigmentada había estado tocando durante más de dos horas. Por todo ello se realizó la sospecha diagnóstica de hemólisis intravascular de origen mecánico con hemoglobinuria. Al mes y medio de la primera consulta acudió de nuevo, asintomático y portando una muestra de orina de color cereza, que una vez analizada demostró la presencia de hemoglobina. En sangre la bilirrubina no conjugada era de 1,5 mg/dl y la haptoglobina plasmática estaba ausente. Refería haber tocado nuevamente la noche anterior el tambor africano.

DISCUSIÓN

Algunos individuos jóvenes presentan hemólisis y hemoglobinuria tras un ejercicio físico intenso comúnmente asociado a traumatismo repetido y continuado. La hemólisis inducida por el ejercicio ha sido descrita después de una marcha prolongada, carreras, ejercicios de kárate o en tocadores de bongos¹⁻³. El proceso es autolimitado y no se han observado alteraciones morfológicas de los hematíes. En su origen interviene el aumento del volumen sanguíneo circulante, el incremento de la temperatura corporal y la compresión de los hematíes por las masas musculares en constante ejercicio, junto al traumatismo directo que se ejerce sobre los vasos sanguíneos periféricos que se traslada a los hematíes¹. Se ha sugerido la liberación de un fac-

Correspondencia: J. Toll-Clavero.
Equipo de Atención Primaria Gavarra.
C/ Bellaterra, 41, 2.ª planta.
08940 Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.
Correo electrónico: jtoll.cp.ics@gencat.cat

Recibido el 24-09-2007; aceptado para su publicación el 13/03/2008.

tor esplénico que aumentaría la predisposición de los hematíes a la hemólisis¹. En ocasiones se sobreañade una anemia ferropénica como consecuencia de una hemosiderinuria crónica, la cual puede responder al tratamiento con hierro⁴. La hemólisis que condiciona la hemoglobinuria en ausencia de anemia es fácilmente comprensible toda vez que se comprende la etiología del proceso⁵. Por ello no fue preciso realizar nuevos estudios para confirmar la sospecha diagnóstica. Le aconsejamos que sus sesiones musicales fuesen de menor intensidad y duración, a la vez que mantuviera una hidratación adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín-Vega C. Anemias hemolíticas adquiridas. En: Rozman C, editor. Medicina Interna. Barcelona: Ediciones Doyma; 1995.
2. Platt OS, Lux SE, Nathan DG. Exercise-induced hemolysis in xerocytosis. *J Clin Invest.* 1981;68:631-8.
3. Kaden WS. Traumatic haemoglobinuria in conga drum players. *Lancet.* 1970;II:1341-2.
4. Frenkel PE. Anemias hemolíticas En: Beers MH, Berkow R, editores. Manual Merck. 10.^a ed. Madrid: Harcourt; 1999.
5. Outeiriño-Hernanz J, Barbolla-García L. Anemias hemolíticas adquiridas En: Diaz Rubio M, Espinós D, editores. Medicina Interna. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996.