

DETERMINACIÓN RUTINARIA DE HEMATÍES DISMÓRFICOS EN PACIENTES CON MICROHEMATURIA AISLADA Y SU VALOR A LARGO PLAZO

J. Martín Centellas¹, C. Martín Varas¹, L. Calle García¹, P. García Gutierrez¹, P. Sánchez Garrote¹, A. Rodríguez Gómez¹, V. Fidalgo González¹, M.J. Fernández Reyes Luis¹

¹Nefrología. Hospital General de Segovia (Segovia/España)

Introducción:

La microhematuria (3-100 hematíes/campo) puede ser un marcador de daño glomerular. Clásicamente, se ha propuesto el estudio morfológico del hematíe como diferencial entre etiologías renales o extrarrenales. Sin embargo, no está bien establecido el porcentaje y grado de dismorfia necesarios para sospechar patología.

Objetivo:

Establecer si la presencia de hematíes dismórficos en pacientes con microhematuria aislada es un marcador de riesgo de enfermedad renal.

Material y Método:

Realizamos un análisis retrospectivo de 74 pacientes remitidos a consultade Nefrología por microhematuria entre Diciembre 2016 y Marzo 2018. En la Tabla 1 mostramos datos basales (sexo, edad, FGe, proteinuria/microalbuminuria, y dismorfia) y diagnósticos de los pacientes estudiados.

Tabla 1. Datos sociodemográficos, analíticos y diagnósticos

	Total n=74	CKD- EPI>90 N=46	CKDEPI< 90 N=28	Significació n
Edad	54±15.6	47.2±14	65,2±11.1	P<0.001
Sexo (%V)	38%	37%	39.3%	ns
Presencia dismórficos	51%	47.8%	57,1%	ns
IP/Cr >200 o Alb/Cr >30 mg/g	14.9%	13.8%	16.7%	ns
FGe CKD-EPI basal	87,4±18	99.7±7.2	68,2±12.7	P<0.001
FGe CKD-EPI final		Ninguno <90	67.3±16	ns
Diagnósticos				
Microhematuria Aislada	51.4%	58.7%	39.3%	ns
Hiper calciuria urica	16.2%	17.4%	14.3%	ns
GN/enf sistémica/ ERC	20.3%	17.4%	24.9%	ns
Urológica (ITU, HBP, quistes, neoplasia)	12.2%	6.5%	21.1%	ns

Resultados:

De los pacientes remitidos inicialmente, 14 (18.9%) continuaron seguimiento en Nefrología, 3 fallecieron y en 57 (77%) se determinó seguimiento por atención primaria. Se ha realizado seguimiento durante 45.6 ± 11.8 meses mediante revisión de la historia clínica. No encontramos diferencias en la presencia/ausencia de dismórficos según diagnóstico. Se han registrado 4 complicaciones urológicas: 2 neoplásicas (1 próstata y 1 renal), 1 litiasis y 1 infección urinaria. Tampoco encontramos diferencias entre el tipo de complicación y la presencia/ausencia de dismórficos. Respecto al riesgo de progresión, ningún paciente con FG basal >90ml/min ha disminuido su FG <90ml/min, y en aquellos con FG<90ml/min, aunque sí se ha producido un descenso, no fue significativo. El porcentaje de pacientes con proteinuria/microalbuminuria fue mayor si FG <90ml/min, aunque no significativo. Destacar de los pacientes seguidos en primaria, solo 21% se realizó IAlb/Cr o IP/Cr durante el seguimiento.

Conclusiones:

- La determinación rutinaria de dismórficos en orina supone un aumento de las derivaciones a Nefrología, sin aportar de forma aislada información sobre diagnóstico, complicaciones, o riesgo de progresión de enfermedad.
- Es función del nefrólogo solicitar/realizar la valoración morfológica en el estudio de la microhematuria, según las características de cada caso.
- Debemos insistir en la determinación de otros marcadores más contrastados, como la microalbuminuria, en el seguimiento del paciente.