



Nefropatía membranosa como causa de hematuria microscópica aislada

J. Rico*, M.^a X. Cardona*, J. Vanegas*, R. López**

*Universidad de Antioquía. Servicio de Nefrología y Nefrología Pediátrica. Medellín. Colombia. **Fundación Santa Fe de Bogotá. Servicio de Patología. Bogotá. Colombia.

Sr. Director:

La nefropatía membranosa (NM) es una enfermedad glomerular que deriva su nombre de los hallazgos histológicos a la microscopia de luz. Típicamente es una enfermedad de la edad adulta, que se presenta más en el sexo masculino y es la causa más frecuente de síndrome nefrótico (SN) en los adultos^{1,2,3}. La principal forma en que debuta esta enfermedad es con proteinuria nefrótica, asociada o no a microhematuria. También, puede debutar con proteinuria no nefrótica. Solo hay reportado un caso de NM como causa de hematuria microscópica aislada, por lo tanto esta presentación de la NM es bastante inusual. A continuación vamos a presentar el caso clínico de un niño de 8 años de edad, quien debuta con microhematuria aislada sin proteinuria, ni compromiso de la función renal y con un examen físico normal cuya causa fue la NM y que después de un año de seguimiento sigue en las mismas condiciones.

Paciente quien presenta cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por astenia, fiebre, cefalea y odinofagia. Por esta sintomatología le ordenan paraclínicos, de los cuales llama la atención el citoquímico de orina, que informa: proteinuria +, sedimento urinario: eritrocitos: 45 x CAP, sin otras alteraciones. Fue hospitalizado con la sospecha de Nefritis Aguda. Ante la ausencia de edemas y presión arterial normal es dado de alta a los tres días. En controles ambulatorios por la consulta se encuentra en buenas condiciones generales, afebril, normotenso, con un examen físico normal. Estudios paraclínicos: se encuentra como datos positivos, la persistencia de hematuria microscópica (tres citoquímicos de orina en donde presenta esta anomalía urinaria). Otros paraclínicos: Cuadro

hemático: leucocitos 8.000 HB: 13,3 g/dl HTO: 39%, Urocultivo: (-), BUN: 15 mg/dl, creatinina: 0,6 mg/dl, proteinuria en orina de 24 horas: negativa (1,5 mg/m² SC/hora), Depuración de creatinina: 103 ml/min, ANAS (-), C3 y C4 normales. Ecografía renal: normal.

Debido a la presencia de hematuria microscópica, se decide realizar biopsia renal, cuyo informe es el siguiente: Microscopia de luz: proliferación endocapilar mesangial con engrosamiento segmentario de membranas basales capilares, inmunofluorescencia: IGG +++ , IgA, IgM, C3, C1q: negativos y microscopia electrónica: membranas basales capilares con engrosamiento segmentario, fusión de podocitos y transformación vellosa asociados a numerosos depósitos de complejos inmunes subepiteliales y proyecciones espiculares de la lámina densa. Diagnóstico: Nefropatía membranosa grado II.

Como el paciente estaba normotenso, sin proteinuria y sin compromiso de la función renal se decide manejo expectante y continúa en controles ambulatorios. Al año de seguimiento el paciente continua con la microhematuria (última consulta: eritrocitos 10 x CAP), sin proteinuria y un examen físico normal.

Es muy inusual la presentación de la NM debutando solo con hematuria microscópica aislada. Topham y cols., encontró solo un caso de NM entre 165 pacientes con hematuria microscópica aislada, a los que se les practicó biopsia renal⁶. Hay casos reporta-

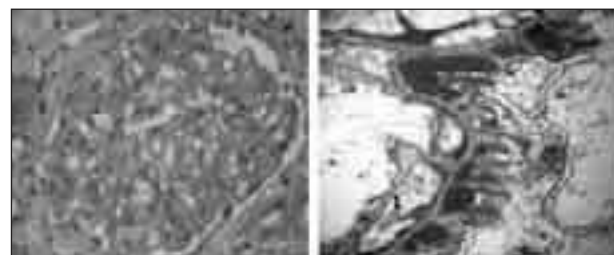


Fig. 1.—ML: Engrosamiento segmentario de la pared capilar (Tinción de hematoxilina-eosina). ME: Complejos inmunes subepiteliales y proyecciones espiculares de la lámina densa.

Correspondencia: Jorge Eduardo Rico Fontalvo
Unidad de Diálisis y Trasplante
Hospital Universitario San Vicente de Paul
Calle 64 N. 51-70
Medellín. Antioquía (Colombia)
E-mail: jorgerico@yahoo.com

dos en la literatura de NM asociada a nefropatía por IgA, pero en estos pacientes la hematuria microscópica no fue aislada, sino que se encontraba asociada con proteinuria en rangos variables^{4,5}.

Nuestro paciente al año de seguimiento no ha presentado proteinuria, ni HTA ni compromiso de la función renal. No sabemos si en los años siguientes alguna de estas manifestaciones se pueda presentar. Lo cierto es que esta glomerulopatía debutó de una manera muy atípica.

En conclusión, este caso clínico nos indica que la NM puede tener presentaciones atípicas y nos obliga a incluirla como una causa de hematuria glomerular aislada, aunque sea muy poco frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Austin HA, Antonovych TT, MacKay K y cols.: NIH Conference. Membranous nephropathy. *Ann Intern Med* 116: 672, 1992.
2. Cattran DC: Idiopathic membranous glomerulonephritis. *Kidney Int* 59 (5): 1983-94, 2001.
3. Rivera F, López-Gómez JM, Pérez-García R, Spanish Registry of glomerulonephritis: Clinicopathologic correlations of renal pathology in Spain. *Kidney Int* 66 (3): 898-904, 2004.
4. Stokes MB, Alpers CE: Combined membranous nephropathy and IgA nephropathy. *Am J Kidney Dis* 32 (4): 649-56, 1998.
5. Ma Xz, Zhang H, Wan SX y cols.: Two cases report and literature review of IgA nephropathy combined with primary membranous nephropathy. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi* 45 (6): 472-4, 2006.
6. Topham PS, Harper SJ, Furness PN y cols.: Glomerular disease as a cause of isolated microscopic haematuria. *Q J Med* 87 (6): 329-35, 1994.