

## XIII

# EXPRESIÓN SINTOMÁTICA DE LAS NEFROPATÍAS

### III

#### MANIFESTACIONES EN LA ESFERA URINARIA. EN LA ORINA: HEMATURIA.

Después de habernos extendido tanto sobre albuminuria, tema que se ha removido mucho en estos últimos años, seremos más breves en lo que se refiere a hematuria.

Es notorio que se designa de este modo la presencia de sangre en la orina.

Desde luego, sangre total: la simple comprobación de hemoglobina no configura más que un caso particular de proteinuria, y, semiológicamente, está plenamente justificado separar la hemoglobinuria aislada de la verdadera hematuria.

Es claro que, en esta última, la lixiviación de los glóbulos rojos deja en libertad pigmento que se dispersa en la orina. Pero la existencia de los **estromas** globulares y de los glóbulos todavía intactos no deja lugar a dudas sobre la verdadera significación del hecho.

Con esto queda desde ya señalada la importancia que asume el estudio del sedimento para diferenciar, en los casos litigiosos, una hemoglobinuria de una hematuria.

Cuando se produce coagulación, este hecho macroscópico es suficientemente 'expresivo por sí mismo, para dar la evidencia de la sangre.

En los casos de hemoglobinuria las orinas, de una coloración rosada o rojiza (color vino de Málaga) presentan, a menudo, ondas "moirées" cuando se agita el recipiente en que fueron recogidas.

Generalmente se observa en ellas un período de incremento en el colorido, seguido de una fase de atenuación.

Además, luego de centrifugar, quedan uniformemente coloreadas, y, en caso de formarse depósito, éste se encuentra constituido por gránulos salinos y cristales, incluso de hemoglobina, pero no por glóbulos de sangre.

Las orinas hematóricas, en cambio, se aclaran mucho o del todo después de centrifugación, merced a la separación de un

depósito muy rico en glóbulos rojos, más o menos bien conservados según la tensión osmótica del medio y el tiempo transcurrido desde la micción.

Las formas, arrugadas y espinosas se observan en las orinas de fuerte concentración. Los aspectos descoloridos, las "sombas" de eritrocitos, de Traube, resultan del estallido globular, con pérdida de hemoglobina, que se opera en los medios hipotónicos. también como fenómeno de osmonocividad.

La simple sedimentación espontánea conduce a idénticas comprobaciones.

Debe tenerse presente que la cantidad de sangre suficiente para inducir, ya macroscópicamente, la sospecha de su presencia en la orina, es muy reducida; basta para ello con sólo 1 C.C. por litro. Generalmente se evalúa en exceso el monto real de una hematuria, precisamente, a causa de esa gran capacidad de tinción.

Tanto las orinas hemáticas como las hemoglobinúricas contienen, como es natural, albúmina. Pero la habitual moderación de la cuota hemática total que se mezcla a la orina, explica que la cuantía de la proteinuria debida a esta causa, no sea muy considerable, por regla general.

Como en los procesos médicos la hemorragia es, habitualmente, mucho menor que en los quirúrgicos, se comprende que en ellos todavía sea más verdadero el aserto del párrafo anterior.

No, simplemente, por gradaciones dentro de un mismo tono, sino también, por coloraciones de tintes variados, suelen hacerse ostensibles las hematurias. Los tonos pardos, inesperados, "a priori", son observados con frecuencia.

La importancia de la hematuria, su lugar de proveniencia, el tiempo transcurrido desde la emisión de orina, las interinfluencias con otros diversos productos y, aún, las superposiciones con otras sustancias urinarias, explican satisfactoriamente las particularidades de la coloración definitiva.

Las iridescencias verdosas a la luz incidente en las orinas rosáceas por transparencia (orinas microicas) son bastante propias de la presencia de sangre. El aspecto denominado "agua de lavar carne" es también sumamente significativo.

De todos modos, no debe tenerse la ingenuidad de sospechar hematuria solamente frente a orinas de tintes rosados o rojizos. Esta advertencia es sobre todo valedera, precisamente, para el caso de las hematurias médicas.

Recuérdese, también, que, muchas veces, es en la observación del sedimento espontáneo donde nace la sospecha de la presencia de sangre.

Cuando la hematuria es verdaderamente insignificante, sólo el laboratorista puede reconocerla mediante el estudio microscópico del sedimento. Entonces se habla de microhematuria.

Como la importancia de la presencia de sangre no deriva de la cuantía de la exfoliación sino del sentido semiológico intrínseco a la pérdida, tanto la macro como la microhematuria aportan datos que, en ese sentido, tienen la misma significación.

Debe tenerse presente que, traducida por un colorido, la hematuria puede ser simulada por otros.

En lo que se refiere al sedimento, sustancias normales y patológicas, en determinadas condiciones, pueden imprimirle un aspecto macroscópico más o menos semejante al de una hematuria.

En la sedimentación espontánea de orinas muy concentradas, altas en color y ricas en fosfatos, y, sobre todo, en ácido úrico y uratos, el arrastre de pigmentos por los precipitados conduce a un depósito de una coloración rojo ladrillo o achocolatada, el "sedimentum lateritium", que es tomado por los principiantes como de naturaleza hemática.

En ciertas orinas ictericas, la coloración en tonos rojizos, conduce, algunas veces a sospechar hematuria, por lo menos, a los pacientes.

En los sarcomas melánicos, el color pardo oscuro de la orina, a veces negra, puede, también, inducir a confusión.

La presencia de porfirinas, espontánea o consecutiva a envenenamiento por el sulfonal trional, tiosionanina, plomo, etc., comunica a la orina una coloración rojo-parduzca, capaz, a su vez, de conducir a error.

En fin, consecutivamente a la ingestión de ciertas sustancias extrañas, como el ruibarbo (por su ácido crisofánico), el sen, el semen-contra, el ácido fénico, el salol, el piramidón, etc., suelen emitirse orinas susceptibles de ser consideradas como hemáticas.

Aparte de que, naturalmente, el clínico no prescindir nunca del conjunto de los datos recogidos, hay una serie de pequeños arbitrios que ayudan a aclarar el problema ya junto al lecho mismo del enfermo.

Basta, a veces, la acción del calor o de unas cuantas gotas de ácido, para hacer desaparecer un sospechoso sedimento.

La simple agitación de la orina revelando una espuma no blanca, sino amarilla, o bien la franca tinción en este color de las ropas del enfermo, traiciona, otras, a la ictericia.

En todos los casos., el interrogatorio sobre la ingestión de sustancias extrañas, casi siempre medicamentosas, que nunca debe omitirse en los casos sospechosos de hematuria, se basta para inclinar, sobre la base de las mayores probabilidades, el juicio en uno u otro sentido.

En el laboratorio, los reactivos de la hemoglobina (reacciones de Meyer, Adler, etc.) y particularmente, el estudio espectroscópico, liquidan (de modo terminante con este último recurso) lo que atañe a la presencia del pigmento sanguíneo.

Pero, para resolver inapelablemente sobre la presencia de sangre, debe llegarse, como ya dijimos, al estudio microscópico del sedimento, en calidad de recurso verdaderamente definitivo.

Los procesos que dan lugar a hematuria pueden tener asiento en cualquier punto del aparato urinario, desde los glomérulos hasta la uretra.

Por consiguiente, toda vez que nos hayamos asegurado de la presencia de sangre en la orina, quedará automáticamente plan-

teado el problema relativo al lugar de su proveniencia. Diversos signos y arbitrios son utilizados con tal finalidad.

De un modo intencionalmente esquemático recordaré los elementos que sirven de pauta para facilitar esa distinción.

El corrimiento de sangre pura (o mezclada con pus) en los intervalos de las micciones y la hematuria exclusiva de la primera porción, en el transcurso de la emisión de orina, son propios del origen uretral de la pérdida. En el mismo sentido depone el cóagulo modelado en la uretra que se elimina en el momento mismo de iniciarse la micción.

La hematuria terminal o preponderantemente terminal junto con los fenómenos disúricos, señalarán, con la mayor probabilidad, el asiento vesical del proceso responsable del trastorno. La situación "ex vacuo" del fin de la micción y las contracciones del músculo vesical explican el incremento ó la aparición terminal de la hemorragia.

Una proporción de albúmina superior a la que debería esperarse en relación a la cantidad de sangre y, sobre todo, la comprobación de cilindros eritrocitarios o de hemoglobina, permiten referir la hematuria a los propios canalículos renales. El hallazgo de cilindros epiteliales o granulosos, sólo en caso de ser muy importante depondría en el mismo sentido, pero nunca con la seguridad inherente a los cilindros eritrocitarios y de hemoglobina.

Estas esquemáticas observaciones tienen exclusivamente en cuenta a la orina, y, a lo sumo, a ciertos datos subjetivos. Pero es evidente que el clínico integrará todo eso en el cuadro semiológico total. Un examen urológico correcto que comprende, por lo menos, los informes de la palpación lumbar y abdominal anterior, del tacto rectal o vaginal y del examen del periné y los órganos genitales; habrá de ser el marco obligado donde encuadrar una hematuria. Y ésto, sin contar con las evidencias que hubiere para pensar en un cuadro médico.

Es llegado el momento de preguntarnos cuál es el valor semiológico de la hematuria.

Debemos considerar, en primer término, una significación intrínseca, directa y genérica, común a todos los casos, cualquiera sea la cuantía y las demás circunstancias accesorias,

En segundo lugar, tendremos en cuenta el sentido complementario de ciertas otras características de la hematuria misma, o de muy íntima vinculación con ella.

Si considerando la totalidad de los casos, se pasa revista a los mecanismos que pueden explicar la presencia de sangre en la orina, se encuentra que son, en esencia, dos: los que comportan una efracción vascular, pura y simple, y los que condicionan el paso de los glóbulos, sin que pueda hablarse de efracción propiamente dicha.

El mecanismo del primer género se comprende por sí mismo, sin ulterior aclaración.

Respecto de la segunda modalidad, es necesario, en cambio, ser un poco más explícitos.

Corresponde a lo que se ha llamado hemorragia por **diapedesis**; denominación incorrecta, con que se ha querido puntualizar que el paso de los eritrocitos se hace por soluciones mínimas de continuidad, sin duda entre los intersticios endoteliales, tal vez no permanentes sino variables de un momento a otro y capaces de librar paso a los glóbulos casi individualmente. En todo caso, es carácter esencial, aunque negativo, de este tipo de proceso, la ausencia de una efracción vascular objetiva, por cuidadosa que sea la observación histológica.

Lo inadecuado de la designación reside en que, en el concepto de diapedesis, va implícita la idea de un papel activo por parte de las células implicadas. En el caso de los leucocitos ese papel activo es indudable. En el de los eritrocitos de la hemorragia por diapedesis, se trata, en cambio, sin duda alguna, de un arrastre pasivo.

Estos dos mecanismos esenciales son utilizados, por decirlo así, por los distintos procesos patológicos que desencadenan hematuria.

Los traumatismos externos o internos (cálculos, compresiones, etc.) se valen, predominantemente, de la efracción pura y simple.

Las enfermedades hemorrágicas (púrpuras, primitivos o sintomáticos, enfermedades por carencia, ictericia grave) proceden más bien por intermedio de la hemorragia por diapedesis aunque también determinan efracción. En tales enfermedades las alteraciones de la crisis sanguínea coadyuvan junto con el trastorno endotelial para perpetuar la hemorragia.

La hiperhemia activa y pasiva, actuando solitariamente, más bien interviene a expensas del segundo mecanismo, es decir, el de la hemorragia diapedética.

En cambio, la inflamación, que, entre otros factores, comprende a la hiperhemia activa, puede llegar también a la efracción vascular, sobre todo si es de **causa** infecciosa. En este último caso, la acción deletérea de los venenos microbianos sobre los vasos, condiciona su efracción. Por consiguiente, en la flogosis, por los dos mecanismos puede y suele llegarse a la hematuria.

Apenas será necesario aclarar que estos procesos generales obran unas veces, aisladamente y muchas otras de consuno.

En suma, la hematuria traduce: o bien la efracción vascular, pura y simple, sea de origen traumático o inflamatorio, o bien la hemorragia **diapedética**, fruto de la hiperhemia (activa o pasiva) o de determinado tipo de alteración endotelial.

Debe tenerse presente que en el concepto de traumatismo no solamente comprendemos los de **índole** mecánica, sino, además, las distensiones hidráulicas del sistema vascular, particularmente a nivel de las **vénulas** y los capilares.

Si, de un modo más sintético y más clínico agrupamos, ahora, los procesos capaces de ocasionar hematuria, pensando más en la frecuencia que en la posibilidad, nos encontramos con que la flogosis, la hiperhemia pasiva y la efracción traumática son las **cau-**

sas inmediatas subyacentes a la inmensa mayoría de las hematurias. Las discrasias sanguíneas vienen en último lugar.

Concretándonos ahora al riñón, como por otra parte lo haremos en lo sucesivo, las nefritis, nodulares y difusas, agudas o crónicas, las pielonefritis y pielitis y aún las esclerosis, en ciertas oportunidades, dan **macro** o microhematuria bajo la égida de la inflamación. Las hematurias de la tuberculosis renal, las supuraciones renales y otros menos frecuentes procesos inflamatorios del órgano, autóctonos o de propagación, deben ser adscriptas a la misma determinación causal.

Las heridas, roturas y desgarros mecánicos, así como las erosiones calculosas o por compresión, responden, primariamente, a la efracción traumática, si bien, a menudo, son facilitadas y perpetuadas a causa de la inflamación concomitante.

Las hematurias del cáncer deben ser concebidas, hasta cierto punto, del mismo modo, es decir, como debidas a un doble proceso : 1º) al de la agresión singular (digestiva?) de los brotes cancerosos sobre los vasos, unido a las violencias mecánicas inherentes al tumor y, 2º) complementariamente, al de la flogosis, casi siempre presente, aún en ausencia de infección.

De todo lo que antecede se deduce que el médico, pensando en patólogo general, es decir, orientado hacia los procesos genéricos más elementales e irreductibles, verá en la hematuria la efracción vascular, o la diapedesis roja, pero con pensamiento clínico sabrá ver como por transparencia a través de ella, el traumatismo, la flogosis o la rémora sanguínea. En ocasiones mucho menos frecuentes, reconocerá una discrasia sanguínea a través de la hematuria.

Es claro que, en la mayoría de los casos, contará con un conjunto, más o menos rico, de datos clínicos complementarios, decisivos en el momento de discriminar.

Pero, concretándonos exclusivamente a la hematuria, nos queda todavía por puntualizar algunos otros aspectos que **tienen** una **significación** complementaria de la fundamental,

Así, de un modo general, las grandes hematurias corresponden más bien a los procesos quirúrgicos o a los estados **hemorrágicos**. El cáncer, la tuberculosis, la litiasis y sobre todo, el **púrpura hemorrágico**, dan hematurias mucho más considerables que las nefritis, o las esclerosis, por ejemplo. Las hematurias más modestas, tipo "agua de lavar carne", son muy características de las nefritis.

Sin embargo, del infarto renal, proceso médico, puede decirse que suministra hematurias comparables a la de los procesos quirúrgicos. Por lo demás, entre las propias nefritis las formas nodulares suelen desencadenar hemorragias relativamente marcadas, siendo, por regla general, en ellas, la hematuria, bastante más considerable que en las formas difusas.

Como se ve, no deja de ser curioso que las pérdidas más francas y mayores correspondan a los procesos focales, sean **médicos** o quirúrgicos y no a los difusos.

Es notorio que, en cualquier tipo de nefritis, la hematuria es mayor en la fase aguda que en la fase crónica.

El hecho de que, fuera de los estados hemorragíparos, las hematurias más considerables se observen, más bien, en los procesos quirúrgicos, no impide que, en estos últimos, se compruebe a menudo, microhematuria, constante o intermitente, en el intervalo de las hemorragias francas. Por lo demás, estas últimas no son de comprobación obligatoria en todos los casos.

Salvo que la rémora venosa resulte de trombosis en el sistema cavo-renal, lo que es, indudablemente, una muy excepcional contingencia, la hematuria de estasis es casi siempre una microhematuria.

Lo mismo acontece con la de la fase crónica de las nefritis y de las esclerosis.

En las nefrosis crónicas, si bien la ausencia de toda hematuria es admitida como un hecho, aunque negativo, sumamente característico, debe saberse que, de vez en cuando, una **microhematuria** puede tener lugar. Por cierto que no es fácil pronunciarse sobre el sitio de su procedencia.

Si queda consignada aquí es porque, más de una vez, pude observar desconcierto frente a una microhematuria comprobada en el curso de una nefrosis, con ausencia de todo otro proceso que la hiciera comprensible, en quienes habían tomado demasiado al pie de la letra el carácter degenerativo no flogósico que se atribuye a la enfermedad. De cualquier modo, en la nefrosis crónica es donde más raramente se comprobará hematuria. Este importante punto lo desarrollaremos después.

En las nefrosis necrotizantes, en cambio, suele aparecer, pudiendo alcanzar entonces, intensidades muy variables, con predominio en general, de las formas moderadas y mínimas.

En resumen, de todo lo que antecede se deduce que, en lo que atañe a la cuantía de la pérdida, el que los distintos procesos se presenten, de hecho, según una preferente modalidad, permite comprender que la importancia de la hematuria, aparte de su alcance intrínseco como tal, aporte datos complementarios de no despreciable significación.

Otro tanto puede decirse respecto de otras características que, si bien ya no son inherentes a la hematuria misma (como sucede con el monto de la pérdida, según acabamos de ver), están, por lo menos, semiológicamente mucho más vinculadas a ella que cualquier otro elemento del cuadro clínico global.

Así, la hematuria consecutiva a esfuerzos y, particularmente, a desplazamientos trepidantes, vaya o no acompañada de cólico nefrítico, induce la importancia de los factores mecánicos en su **causación** y, por consiguiente, en razón de su frecuencia, sugiere la existencia de litiasis urinaria.

Es notorio que en la urolitiasis se señalan una hematuria de "sejour" y una hematuria de emigración, según que se trate de agresión local a cargo de un cálculo fijo o poco móvil, o bien del desplazamiento intracanalicular del mismo. En ambos casos los esfuerzos o la trepidación desencadenan fácilmente hematuria.

Al contrario, la ausencia de estos factores causales, no obstante configurar un carácter negativo, tiene valor para hacer sospechar otros procesos, como el cáncer o la tuberculosis, por ejemplo, en donde la hematuria tiene, con mucha frecuencia, una aparición inopinada y como caprichosa, es decir, tanto en el reposo como en el esfuerzo; en la vida y el régimen arreglados, lo mismo que en las condiciones diametralmente opuestas.

El modo de comportarse la hematuria en función del tiempo también proporciona indicios de interés.

Así, en la tuberculosis, se suele ver una hemorragia inicial que precede en meses o años al establecimiento de un cuadro clínico más expresivo, sin que en este intervalo se repita la hematuria.

En el tumor, también la primera hemorragia puede preceder con bastante anticipación al cuadro semiológico focal (muchos años) pero, en general, aún en ese caso, la hematuria se repite de vez en cuando aunque de modo irregular.

Otro tanto acontece en la afección descripta bajo la designación de hematuria dolorosa o nefritis cólica de la que ya nos hemos ocupado un poco con anterioridad.

En la urolitiasis, es un hecho notorio la repetición más o menos frecuente de la hematuria. Acabamos de puntualizar el carácter condicionado de la pérdida, en función de los esfuerzos y la trepidación.

Pero ya durante el breve período de una enfermedad renal aguda, o simplemente, de una hematuria, el carácter continuo o intermitente de la pérdida de sangre debe ser tomado en consideración.

Las hemorragias nefríticas tienen bastante continuidad, siendo su decrecimiento casi siempre lento, algunas veces rápido, pero, en general, ininterrumpido. Lo mismo sucede en la hiperhemia pasiva, o en cualquier otro proceso glomerular o canalicular difuso.

Los procesos focales, en cambio, particularmente los quirúrgicos y, en especial, los tumorales, presentan hematurias con altibajos muy flagrantes. Y esto es verdad, tanto que se trate de **macro** como de microhematuria.

Finalmente, para terminar con las sugerencias accesorias que suministra una hematuria, nos referiremos al dolor.

Este tiene valor semiológico para orientar hacia los procesos **quirúrgicos**; las hematurias médicas son, en efecto, con gran frecuencia indoloras.

Es cierto que, en el **infart**; renal y en algunas nefritis agudas hay lumbalgia y hematuria; lo mismo ocurre en la llamada nefritis dolorosa.

Pero en el conjunto global de los casos de hematurias **médicas**, la predominancia de las formas indoloras es indiscutible.

En suma, del tipo y magnitud de la hemorragia; del papel condicionante de los factores mecánicos; del régimen de la pérdida en función del tiempo, y, finalmente, sobre la base de la ausencia o presencia del dolor, se obtienen informes y sugerencias de mucho valor que complementan la significación radical inherente a toda hematuria.



Ya hemos insistido en que nunca será legítimo ni práctico desglosar esta manifestación del cuadro clínico total. Por eso, la mayor parte de las apreciaciones que anteceden toman, relativamente, una importancia tanto más vigorosa cuanto más solitaria-mente se presente la hematuria.

Especificaremos ahora, brevemente, el valor de este dato semiológico en la esfera del diagnóstico positivo y diferencial, concretándonos a lo que atañe a las hematurias renales de índole médica, que son las que deben acaparar nuestra atención.

En el curso de una afección aguda de tipo infeccioso, es muchas veces la comprobación de la hematuria la que señala inapelablemente la participación renal en el proceso.

El informe es tanto más valioso cuanto que, en múltiples ocasiones, nada, salvo una búsqueda sistemática, condicionada por escrúpulos profilácticos hubiera atraído la atención sobre esa víscera. La oliguria, las orinas cargadas y aún mismo la lumbalgia, son, en efecto, fácilmente imputadas en tales casos a elementos y reacciones banales en un cuadro infeccioso.

Si se trata de una nefritis focal, el hecho es obvio puesto que, en tal caso, se está frente a una nefropatía monosintomática, precisamente a base de hematuria.

Pero aún en las formas difusas, polisintomáticas por derecho, falta o es poco ostensible, muchas veces el edema, y, en cuanto a la hipertensión, en ausencia de ruido de galope, o de los estigmas de una mayor decompensación cardíaca, suele quedar, también inadvertida, toda vez que se prescinde de un examen sistemático.

En los dos casos anteriores se trata, por lo general, de macrohematuria y el valor de la manifestación radica en su contribución temprana para el diagnóstico positivo de nefropatía aguda.

En las nefritis crónicas, en cambio, las cosas pasan de otro modo. En este caso una hematuria macroscópica constituye un hecho bastante excepcional, siendo lo corriente la comprobación de una microhematuria, que tiende a mantenerse con notable constancia en el curso de investigaciones repetidas.

Por consiguiente, la presunción diagnóstica se alcanza aquí por otros caminos; y la importancia, a veces muy grande, de la hematuria se desenvuelve en el plano del diagnóstico diferencial.

Quiero destacar que es la constancia de la microhematuria y no la microhematuria misma, la que adquiere tan importante justificación en el diagnóstico de las nefritis crónicas.

Un solo ejemplo bastará para aquilatar su valor. Hace pocos días estudié a una enferma a la que técnicos serios habían hecho, semanas atrás, el diagnóstico, para ellos seguro, de nefrosis crónica. Presentaba edemas considerables; derrames jabonosos en las pleuras y el peritoneo; albuminuria entre 15 y 30 grs. % (en algunas oportunidades entre 50 y 100 %); hipoproteinemia e hiperlipidemia características; ausencia de retinopatía y de insuficiencia renal; falta de decompensación cardíaca y tensión máxima entre 13 y 14.

Si se añade la ausencia de toda historia de comienzo imputable a nefritis aguda, realmente, el diagnóstico aparecía como sobradamente fundado.

Sin embargo, estudiando la copiosa documentación de laboratorio que me fuera enviada antes de ver a la enferma, despertó mi desconfianza, entre otras cosas, una microhematuria constante y franca que estigmatizaba absolutamente todos los **protocolos de sedimento** a lo largo de meses.

Ya hemos dicho que la comprobación fortuita de microhematuria no debe conducir a **desconcierto** ni, menos, a autorizar el abandono de un diagnóstico de nefrosis crónica juiciosamente apoyado.

Pero el hallazgo constante de microhematuria debe, al contrario, despertar, por lo menos, muy serias sospechas respecto de la corrección de ese diagnóstico.

Hay, en efecto, un período contingente, en la forma nefrótica de la G. N. D. crónica, en el que, en ausencia de hipertensión, de insuficiencia renal, de **retinitis albuminúrica** y de los datos referentes a un proceso nefrítico agudo, se torna inevitable que el diagnóstico tenga que quedar librado al criterio evolutivo.

Sin embargo, en **tales** casos, una microhematuria persistente, justifica la sospecha formal en favor de la nefritis.

En la enferma a que hago referencia, el examen clínico aclaró la situación de un modo radical. Ya se había prescindido! desde hacía semanas, del contralor de la tensión sanguínea, **considerada** normal. Pero en ese momento el Riva Rocci señaló una máxima de 180 y una mínima de 116 mm. de mercurio. Además, el oftalmólogo comprobó, por primera vez, en grado moderado pero ya típico, las características alteraciones retinianas, que no tenían, aún, **tracción** subjetiva.

Se trataba, por consiguiente, de una G. N. D. La microhematuria persistente había inducido con acierto a sospechar la verdad.

Un desempeño de la misma índole suele caberle en la distinción de nefritis y esclerosis.

Aquí, el problema es un **poco** más complejo. En efecto, en la esclerosis benigna es notorio que, en ausencia de episodios congestivos en la esfera renal (casi siempre de causa cardíaca), la microhematuria es rara e inconstante.

En la hipertensión roja, por consiguiente, la ausencia de **microhematuria** coadyuva a la **distinción** con la forma **monosintomática**, de **tipo** hipertensivo, de la nefritis crónica, de un modo análogo a como sucede en el caso de la nefrosis.

Pero en la hipertensión pálida de la esclerosis maligna, la frecuencia y contumacia de la microhematuria es un hecho de observación tan banal como en **las** nefritis; lo que se explica, doblemente, teniendo en cuenta las alteraciones glomerulares **constantes** y evolutivas y la conspicua participación cardíaca dentro del cuadro general.

La distinción sobre esa base, en este caso, no puede, por consiguiente, tener lugar.

Para decirlo de un modo breve: la microhematuria coadyuva a la discriminación entre la hipertonía roja y las hipertonías **pálidas** pero no a la de las hipertonías pálidas entre sí (nefríticas, esclerosis maligna, **gravídica**, etc.).

Pasando, ahora, a la esfera del pronóstico, digamos, para terminar, que el que verdaderamente interesa es el de la enfermedad causal. Raramente una hematuria preocupa como causa gravísima de anemia antes de que haya habido tiempo de resolver lo que atañe al proceso que la originó.

Ya conocemos que, en todo caso, esa situación atañe a las enfermedades hemorragíparas o a los procesos focales de índole quirúrgica.

Pero, aún en el caso de que el clínico se vea obligado a una conducta pasiva, no es lo corriente que sea la hematuria un factor relevante en el determinismo de la agravación y de la muerte.

La uremia, la infección, las compresiones, las metástasis, la caquexia, las manifestaciones de discrasia sanguínea, consideradas en conjunto, etc., son, en esos casos, las que verdaderamente cuentan.

En las enfermedades médicas del tipo de las nefritis o las esclerosis y aún, del ateroma con trombosis e infarto, considerar la importancia de la hematuria en el problema pronóstico, carece prácticamente, de sentido.

Si resumimos, ahora, en un estrecho haz, todo lo que dijimos sobre hematuria, podremos concretarlo en las siguientes proposiciones :

1º) **Los dos mecanismos permiten comprender la hematuria, o saber la efracción vascular y la diapedesis roja.**

2º) **En función de uno de ellos o de los dos, diversos procesos de la esfera urinaria se hacen ostensibles al clínico. Este, en efecto, suele reconocer a través de la hematuria el traumatismo, la flogosis o la hiperhemia (por regla general! pasiva). Más raramente, llega a inducir la alteración endotelial de las discrasias sanguíneas.**

3º) **Cuando la hematuria, en lugar de integrar un conjunto sintomatológico muy rico, se presenta demasiado solitariamente, el clínico debe saber buscar ya en ella misma, numerosos elementos de discriminación.**

Esos informes complementarios pueden sistematizarse del modo que sigue:

a) **En lo que atañe a la cuantía, se recordará que las mayores hematurias corresponden, sobre todo, a los estados hemorragíparas y a los procesos focales. Entre estos últimos, los de índole quirúrgica constituyen una abrumadora mayoría.**

**Se recordará, además, que, en los procesos médicos, la fase aguda conduce, más bien, a hematuria macroscópica y las fases crónicas a microhematuria, y que, en los procesos quirúrgicos, la tendencia es a que sobre una microhematuria de fondo, discontinua, pero de fácil repetición, se injerten episodios de franca macrohematuria.**

b) **En lo que respecta al tiempo, se tendrá presente que la intermitencia de la pérdida es más propia de los procesos focales. de carácter quirúrgico, si se considera un episodio aislado, y que al contrario, en los empujes hematóricos de un proceso médico la continuidad de la pérdida configura una regla casi sin excepción.**

**También se conocerá que del modo de distribuirse los episodios en el curso de la evolución, pueden obtenerse indicaciones complementarias bastante sugestivas. (Hematuria inicial, precoz y aislada, en la tuberculosis; hematurias repetidas, irregulares, inopinadas, del cáncer, etc.)**

**c) En lo que se refiere al dolor y a la influencia de los factores mecánicos, habrá que retener que la vinculación entre la hematuria, por un ludo, y el dolor, los esfuerzos, el movimiento y la trepidación, por otro, sugerirá, en caso positivo, el proceso quirúrgico y, entre los de esta índole, si bien no únicamente, antes que nada, el cálculo.**

**En el caso contrario, la gran independencia respecto de los factores mecánicos, "el capricho" de la aparición, contribuirá a despertar o robustecer la idea de otros procesos y, en particular, del cáncer.**

**4º) Concretándose a las hematurias de índole médica, el alcance diagnóstico puede encararse desde dos puntos de vista: a) para señalar la presencia de nefropatía, y b) para coadyuvar a su diagnóstico diferencial.**

**5º) De un modo general, puede decirse que, en el caso de las nefritis agudas, sean nodulares o difusas, una hematuria macroscópica constituye un signo precioso, para llamar desde el principio, la atención sobre el riñón. En las nefritis difusas que cursan sin edema y en las que falta o pasa inadvertida la hipertensión, la importancia de esta hematuria reveladora es decisiva.**

**En las nefropatías crónicas las cosas pasan de otro modo. Se trata, entonces, corrientemente, de microhematuria, y por otra parte, la importancia de su contribución no finca tanto en el problema del diagnóstico positivo como en el del diagnóstico diferencial.**

**6º) En este terreno, la microhematuria persistente coadyuva a establecer la separación entre nefritis y nefrosis crónicas, siendo de gran utilidad en las situaciones litigiosas (caso del ejemplo)**

**Contribuye también a la discriminación entre hipertonia roja o benigna y nefritis crónica de forma endarterítica.**

**Tanto en uno como en otro caso la microhematuria persistente señala a la nefritis.**

**Conviene puntualizar que, en cambio, la microhematuria no contribuye a la distinción entre Fa nefritis y la forma maligna de la esclerosis, siendo en ambos casos de frecuente comprobación.**

**7º) En lo que hace referencia al pronóstico, cabe decir que no es tanto el de la hematuria misma como el de la afección causal el que debe ser tomado en consideración.**

**Una hematuria, como tal, es decir, como hemorragia, no con- figura, sino por excepción, un inquietante problema pronóstico**