

CONSIDERACIONES SOBRE UNA UROPIONEFROSIS Y EMBARAZO

Por los Dres. A. E. TRABUCCO y R. J. BORZONE

Las modificaciones gestacionales del aparato urinario, ya conocidas desde hace muchos años, unidas a la constipación que ese mismo estado produce por hipotonía intestinal con exacerbación de la virulencia de la flora microbiana, son factores determinantes de procesos sépticos de tipo pielonefritico. Ellos son particularmente serios cuando hay alteraciones mecánicas preexistentes, congénitas o adquiridas, de las vías excretoras renales.

Esto se pone claramente de manifiesto en la paciente cuyo estudio y tratamiento nos mueve a reflexionar seriamente sobre el problema planteado, ya que la solución terapéutica, eficaz desde el punto de vista materno, no impidió la interrupción prevista de su embarazo de seis meses que había transcurrido hasta ese momento sin alteraciones aparentes.

Se trata de la señora R. B. de R., argentina, de 22 años de edad, casada, domiciliada en la Capital Federal. H.C: 626/20, 28-XI-1958. Al quinto mes de un embarazo perfectamente normal, o sea hace un mes, comienza su enfermedad actual con dolores intensos, fijos y continuos en la zona renal izquierda, hematurias totales de color borra de café y fiebre en picos de 38° y 40°. Medicada por su partera con antibióticos (Terramicina), cesan las hematurias persistiendo orinas ligeramente piúricas, desciende parcialmente la temperatura, que oscila entre 37° y 38°; pero continúa el dolor lumbar. En esas condiciones, luego de casi un mes de evolución del cuadro urinario es internada en nuestro Servicio.

Antecedentes hereditarios: sin particulares. Antecedentes personales parotiditis sin complicaciones a los 17 años. Embarazo que cursa el 6º mes. Estado actual: Buen estado general, gesta de 6 meses. Tos seca sin alteraciones semiológicas ni radiológicas de tórax. Aparato digestivo: constipación con discreto meteorismo. Aparato circulatorio sin alteraciones, tensión arterial 12 Mx — 8 Mn. Febrícula vespéral 37°5 — 38°.

Aparato urinario: Micciones sin trastornos subjetivos, orinas ligeramente turbias. Zona renal izquierda dolorosa espontáneamente y a la palpación en los puntos costomuscular y ureteral superior. No se aprecia la glándula por la tensión abdominal. Uretra: libre al calibre 24. Vejiga: no duele, no hay retención, capacidad conservada. Cistoscopia (26-XI-58): mucosa sana en toda su extensión. Orificios ureterales normales. Cateterismo ureteral izquierdo sin obstáculo hasta los 25 cm. No sale orina por el catéter.

Laboratorio: Orina ácida, D: 1015, vestigios de albúmina. Discreta piuria. El examen bacteriológico, negativo para el bacilo de Koch, revela abundantes gérmenes tipo colibacilo. Azoemia: 0,20 g ‰; glucemia: 0,78 g ‰. Eritrosedimentación: 116-130 mm. Reacciones de Wasserman y Kahn: negativas. Recuento globular: rojos: 3.100.000 mm³, blancos: 9.600. Fórmula leucocitaria: N: 89%; M: 1%; L: 10%.

Radiología: 26-XI-58: Radiografía directa con catéter opaco en uréter izquierdo: se observa el esqueleto fetal con la cabeza en la excavación pelviana y columna hacia la derecha. No se observan sombras calcúlosas. El catéter ureteral llega a la 3ª vértebra lumbar

sobre su borde superior. Ureterografía: la inyección de sustancia opaca por ese catéter, permite apreciar un obstáculo infranqueable en el uréter izquierdo, a nivel del borde superior de la 3ª lumbar, que no deja pasar dicha sustancia opaca hacia arriba, por lo cual no se



Figura 1

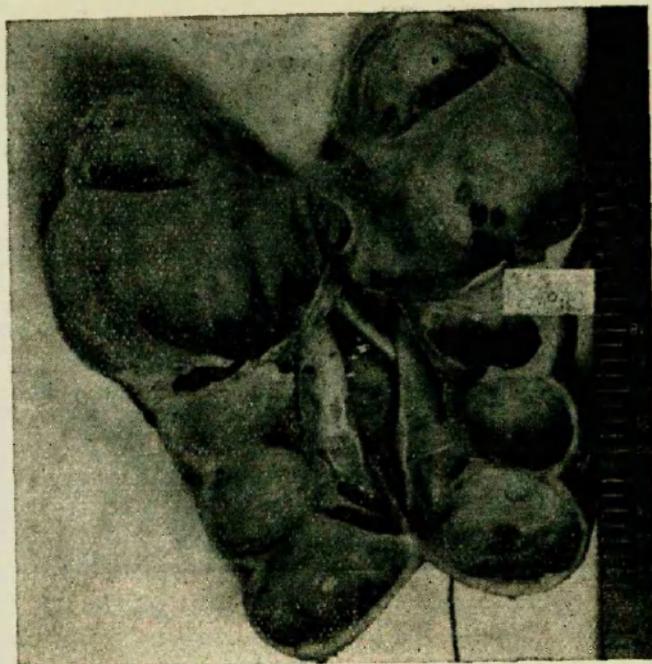


Figura 2

visualiza pelvis renal ni cálices. El uréter es amplio, flexuoso y la materia de contraste refluye hacia vejiga. El segmento superior del conducto, que termina en una porción acodada y estrecha, está desplazado hacia la línea media.

2-XII-58: Pielograma descendente: ausencia de eliminación de sustancia yodada del lado izquierdo, pudiendo apreciarse la sombra renal aumentada de tamaño, centrada por la

XI costilla. La función del lado derecho es muy buena y muestra la uréteropielocaliectasia propia del embarazo, con unión uréteropielógica flexuosa. 4-XII-58: Pielograma izquierdo por punción renal percutánea: la punción da salida a orina turbia y la inyección de medio opaco permite apreciar que se ha acumulado en una gran cavidad con líquido que la diluye y que corresponde preferentemente al polo superior de ese riñón.

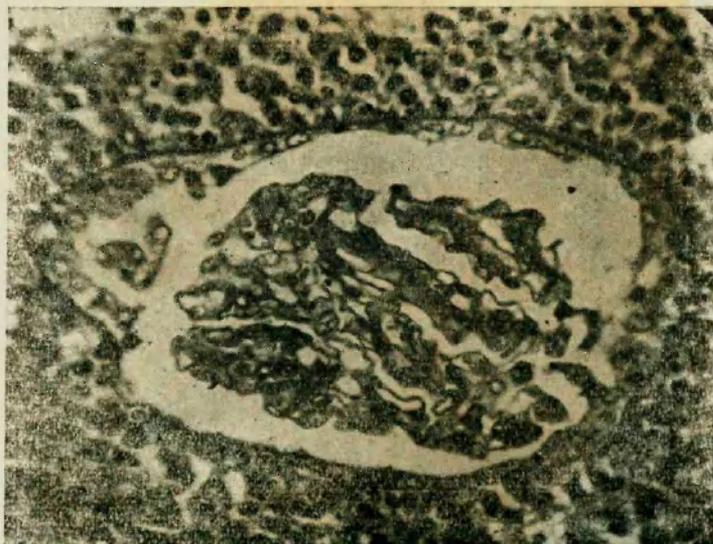


Figura 3

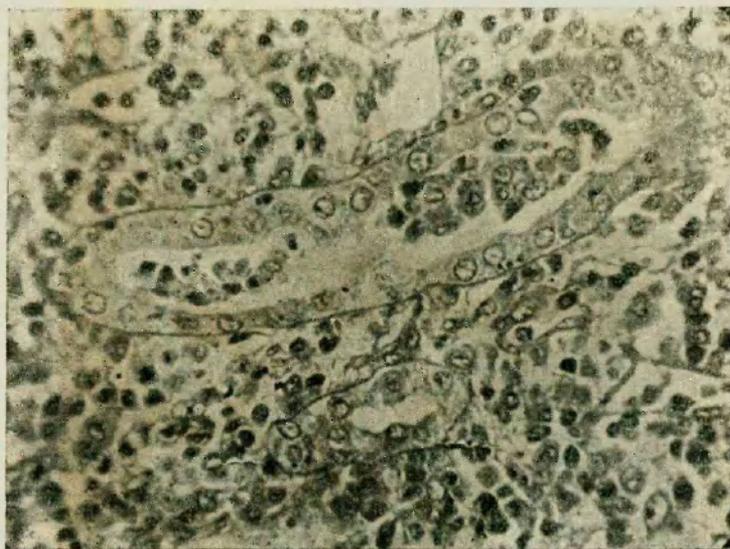


Figura 4

Del estudio clínico y radiológico de la paciente, se llega a la conclusión de que estamos en presencia de una hidronefrosis izquierda por malformación ureteropielógica, infectada como consecuencia del embarazo por el colibacilo de origen intestinal, vale decir transformada en una uropioneftosis. Se indica la necesidad del tratamiento quirúrgico con el riesgo consiguiente para la supervivencia fetal.

Operación: 4-XII-58. Anestesia general pentothal-éter a circuito cerrado. Cirujano: Profesor Trabucco. Ayudantes: Dr. Borzone y Dr. Taphanel. Lumbotomía izquierda con resección

de la XII costilla. Se llega al riñón que es grande, cavitario, abollonado, con muy poco parénquima, con una gran pelvis globulosa extrarrenal y una unión ureteropielica filiforme. El clivaje es relativamente fácil seccionando algunas adherencias. La vena úteroovárica es del grosor de un dedo meñique, seguramente por el embarazo y se la libera respetándola. El pedículo renal está abierto en abanico sobre la enorme pelvis. Se lo liga sin dificultad y previa ligadura del uréter se procede a la nefrectomía. Cierre de la pared por planos dejando drenaje tubular. Transfusión de 500 cc de sangre.

Sueros dextrosados al 5 % 1500 cc, terramicina intramuscular cada 8 horas y analgésicos. El postoperatorio inmediato es tormentoso por un ileo paralítico con vómitos que obliga a intubar a la paciente con sonda de Levine, corrigiendo el desequilibrio electrolítico con infusiones adecuadas. Al segundo día, 6-XII-58 ceden los vómitos; pero persiste el meteorismo y se instala una oliguria creciente, que el día 8-XII-59 llega a 100 cc, a pesar de la hidratación y reemplazo de electrolitos balanceados. El día 9-XII a las 4 de la mañana se producen dolores de parto y da a luz un feto muerto de 1 kg de peso. Ese día la diuresis se restablece a 1200 cc. Desde ese momento la paciente entra en franca convalecencia. El 12-XII se quita el drenaje y al día siguiente los puntos de sutura con la herida en franca cicatrización por primera. El día 15-XII-58 egresa perfectamente bien y se cita a la paciente para control radiológico en tres meses. Este se realiza el 6-III-59 y muestra la recuperación morfológica del riñón restante. La paciente se encuentra normal y realiza sus actividades habituales.

Anatomía Patológica. Nº 3614. Riñón izquierdo grande, globuloso, abollonado, con escotaduras y cicatrices retráctiles, tamaño 20 x 12 x 8 cm, con una pelvis globulosa tensa, surcada por una escotadura horizontal que le da un aspecto bifido. Abierta la pieza sale abundante orina purulenta con grumos fibronopurulentos redondeados múltiples, mostrando el aspecto cavitario a que se ha reducido la glándula, cuyo parénquima tiene sólo un grosor de 5 mm en las partes más gruesas. El uréter ha sido seccionado al ras de su unión con la pelvis, donde desemboca por un orificio puntiforme muy difícil de ver por la cara endopelviana.

Diagnóstico macroscópico: Uropionefrosis izquierda con estenosis ureteropielica congénita.

Microscopia. — Glomérulos con discreto espesamiento de la cápsula de Bowman y fibrosis de la trama glomerular. Tubos en estado de degeneración con algunos cilindros purulentos en su interior, sobre todo en la zona más próxima a la pelvis, donde están dilatados. Tejido intersticial con fibrosis e infección crónica en la zona cortical. En la zona medular las alteraciones inflamatorias son mucho más marcadas, existiendo formaciones histiocitarias, linfocitarias y polinucleares. Hay también zonas de necrosis y pequeños abscesos.

COMENTARIOS

La magnitud de la hidronefrosis infectada y el estado de la unión ureteropielica nos indican una malformación congénita de la vía excretora renal izquierda, que aparentemente fué asintomática hasta el 5º mes del embarazo de la paciente, fecha en que la agresión séptica despertó el cuadro patológico grave y alarmante, que terminó infelizmente con la pérdida del feto luego de la operación y que por un momento puso en peligro la vida materna. Llama la atención que una distensión hidronefrótica tan grande del riñón izquierdo haya podido producirse sin síntomas concomitantes en los 22 años de vida de la enferma; pero ello se explica por la estenosis casi completa de la unión ureteropielica y la falta de episodios infecciosos anteriores, todo ello unido a la normalidad anatomofuncional del riñón opuesto. Es particularmente lamentable la falta de síntomas subjetivos de padecimiento urinario, antes del embarazo, ya que, de haberse producido, hubieran atraído la atención sobre el riñón enfermo y su estudio previo hubiera permitido aconsejar el tratamiento quirúrgico antes de autorizar el embarazo. Indudablemente, no podemos preconizar el estudio urográfico sistemático de las futuras madres, para descubrir lesiones orgánicas latentes renoureterales; en consecuencia, esas afecciones congénitas asintomáticas, constituirán un porcentaje de riesgo a considerar en toda gestante. Pero sí debemos insistir en que toda mujer nulípara joven, que consulte por padecimientos,

aun leves, de su aparato urinario, debe ser estudiada en forma completa, por lo menos con un urograma de excreción. Ello permitirá tenerla sobre aviso en caso de tener una malformación de dicho sistema. Ha de ser especialmente importante para el médico partero que se hace cargo de la atención de una embarazada aparentemente normal, saber que ella tiene un riñón hidronefrótico por malformación ureteropielíca, o un riñón en ectopía pelviana, o una litiasis, asintomáticos en ese momento de la consulta; pero que ya han sido causa de molestias en su oportunidad y que ahora, con el embarazo pueden revestir en su transcurso una gravedad extrema.

Otra reflexión que sugiere este caso presente, es acerca de la tolerancia materna al mes de infección y dolor, más los estudios pielográficos descendente, ascendente y percutáneo, así como a la intervención quirúrgica con su anestesia general correspondiente. Indudablemente hubiera sido muy halagüeño para nosotros, poder relatar ahora que el embarazo siguió su curso normal y llegó a feliz término después de tantas vicisitudes; pero el feto, menos resistente, vió interrumpido su desarrollo ante la suma de todas esas agresiones.

CONCLUSIONES

Las malformaciones congénitas renoureterales asintomáticas revisten particular importancia en el sexo femenino por las modificaciones orgánico funcionales que dicho aparato sufre durante la gestación. En esta situación de ectasia urinaria: hormonal por la progesterona y mecánica por la compresión ureteral por el útero grávido, la presencia del síndrome enterourinario de Heitz Boyer se ve favorecida por el "locus minoris resistentiae" del órgano anormal y la virulencia del colibacilo exacerbada por la constipación gestacional. En el caso presente, la hidronefrosis preexistente por estenosis congénita de la unión ureteropielíca, se transformó en una uropionefrosis con su triada de dolor, fiebre y hematopiuuria, que puso en peligro la vida de la madre y acarreó la pérdida de la criatura al 6º mes de gesta.

Queda como saldo aprovechable de esta experiencia la necesidad de prevenir en toda joven nulípara una situación semejante, cuando en ella se produjeran síntomas urinarios, aun mínimos, mediante el estudio urográfico. El permitirá saber a que atenerse respecto de su estado anatomofuncional renoureterovesical, antes de que una gestación revele con un cuadro grave la patología latente. Cuando, como en este caso, la enfermedad congénita ha evolucionado en forma totalmente asintomática, nada podrá hacerse, salvo afrontar la complicación y resolverla dentro de las posibilidades limitadas que la gestación ofrece.

R E S U M E N

Se presenta un caso de uropionefrosis por malformación congénita asintomática, hecha ostensible durante el 5º mes de un embarazo. El tratamiento quirúrgico no impidió la pérdida del feto y amenazó la vida materna. Se insiste por ello en la necesidad del estudio urográfico preventivo en toda mujer joven nulípara con síntomas urinarios aun mínimos.