

EMBARAZO Y LITIASIS RENAL

Por los Dres. ALFONSO PUJOL, ENRIQUE PARDO y FUAD AHUAD

La coincidencia de una litiasis y el embarazo es mucho más frecuente de lo que se supone, cabe distinguir a nuestra manera de ver, dos situaciones diferentes a este respecto, una, en que tanto la enferma como el médico conocen que existe esta coincidencia y otra en la cual es ignorada por ambos. Poco o nada se ha escrito sobre este tema; entre la bibliografía argentina no hemos encontrado datos útiles y de la extranjera, creemos oportuno comentar lo extraído de la comunicación al III Congreso Latinoamericano de Obstetricia realizado en Méjico, junio de 1958, del Dr. Juan Livio Martini, quien dice: "Las intervenciones quirúrgicas extraobstétricas realizadas en el Instituto de Maternidad y Asistencia Social "Pedro A. Pardo", sobre un análisis de 25.000 partos, alcanza al 0.52 por mil." Sobre el árbol urinario no se efectuó ninguna intervención. En ese mismo congreso Gosende de Rosario en su trabajo cita: Litiasis renal, 1 caso intervenido por pielotomía; litiasis ureteral 3 casos extraídos por ureterolitotomía; y tuberculosis 1 caso con nefrectomía. En la referida reunión Rodríguez López y colaboradores del Uruguay citan también 1 caso de pionefritis supurada. El hecho de no incluir otras citas en este artículo puede deberse a la insuficiencia de nuestra búsqueda y en tal sentido nos disculpamos desde ya de esas omisiones. Sin embargo sería muy conveniente conocer la incidencia de las intervenciones urológicas en las embarazadas de otras maternidades del país por lo que deseamos que esta primera comunicación nuestra, así como la muy reciente de los Dres. Trabucco y Borzone, sirvan para estimular dicho conocimiento.

La enferma, motivo de esta comunicación, creó un problema terapéutico serio y su solución favorable nos inclina a comentar extensamente el caso con el fin de que sirva como inspiración de conducta en circunstancias semejantes.

Enferma internada en el Instituto de Maternidad y Asistencia Social "Pedro A. Pardo" dependiente del Hospital Nacional de Clínicas. Director Prof. Ricardo Schuwarcz.

Historia clínica: Nº 388 y 1301 de 1959. M. F. L. de S., 42 años de edad, italiana, se ocupa de los quehaceres propios del hogar.

Motivo de ingreso: Ingresa el 23 de febrero de 1959 por cistitis y contracciones dolorosas, diagnóstico provisorio de guardia. Presenta un embarazo de 4 ½ meses aproximadamente. Habiendo sido su última menstruación del 1º al 4 de octubre de 1958, se calcula la fecha probable del parto para el 10 de julio de 1959. Su embarazo actual transcurre sin inconvenientes hasta mediados del mes de febrero; en que comienza a sentir dolor en la región lumbo-sacra, particularmente del lado izquierdo y en hemiabdomen inferior del mismo lado. Por tal motivo concurre por segunda vez el 21 de febrero a los consultorios externos de la Maternidad, donde se comprueba una gesta de 4 ½ meses y se la medica con supositorios antiespasmódicos en atención a la sintomatología que acusa. A pesar de la medicación se exacerba el cuadro, agregándose a los síntomas ya señalados: escalofríos, vómitos, náuseas, acentuación de su consti-

pación habitual, decaimiento general y una gran sensación de peso en la fosa lumbar izquierda, motivando ello su internación en la sección de embarazo patológico.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes fisiológicos: Nada de particular. Menarca a los 13 años. Ciclo 3 - 4/25, dismenorrea congestiva y de expulsión.

Antecedentes patológicos: A los 18 días de casada y después de la menstruación, contrajo matrimonio en el año 1954, presenta un cuadro caracterizado por dolor intenso en la zona lumbar, permanente, acompañado de fiebre alta que fué controlada y alcanzó a 40°.

Vista por su médico particular, le prescribe antibióticos, antiespasmódicos y "Urolitol". Completa el examen mediante análisis y radiografías, diagnosticándosele "Proceso renal" e indicando una operación que la enferma rechaza y continúa con tratamiento médico. Al cabo de dos meses de instituido éste y de reposo en cama la sintomatología mejora y llega a desaparecer.

Durante el curso de su primer embarazo, cuya evolución fué normal y para atestiguarlo refiere que "... ni se acordó de su riñón...", frase que reproducimos textualmente para mejor ilustración.

Antecedentes obstétricos: Primer embarazo de término, evolucionó normalmente. El 3 de mayo de 1955 se realizó cesárea segmentaria de Opitz por sufrimiento fetal y primiparidad tardía, naciendo un niño del sexo femenino vivo y sano que pesa 3.100 gramos. Post-operatorio y puerperio normal.

Segundo embarazo: Aborto de 3 meses, espontáneo y completo en junio de 1958.

Tercer embarazo: El actual.

El 23 de febrero de 1958 se procede a su internación en la sección de embarazo patológico de la Maternidad. Se le medica con antibióticos y antiespasmódicos, se solicita análisis clínicos y estudio radiográfico y se requiere la consulta con el urólogo.

El estado de la enferma cuando fuimos consultados era el siguiente: Aspecto ansioso, fatiga, respiración agitada, sudorosa, fiebre continua con exacerbaciones vesperales, lengua y mucosas secas, dolor continuo sobre fosa lumbar y flanco izquierdo irradiadas a vulva y grandes labios, con crisis paroxísticas muy frecuentes los anteriores que en este momento se iban espaciando. Orina piúrica y hematórica.

El examen del abdomen resulta algo obstaculizado por la presencia de su embarazo de cinco meses, pero a pesar de ello se consigue palpar en fosa lumbar izquierda una masa muy dolorosa especialmente sensible a nivel del ángulo costolumbar. Tacto rectal no permite apreciar zonas dolorosas yuxtavesicales. La enferma se encuentra agitada, cambia continuamente de posición en busca de alivio a su dolor. Oliguria tan intensa que despierta el temor de estar ante la inminencia de una anuria.

Ante ese cuadro iniciamos el estudio urológico. Radiografía simple: Imágenes calculosas que ocupan la zona correspondiente a la pelvis derecha: lado izquierdo una sombra también de tipo litiasico ovalada emplazada aparentemente en la zona piélica izquierda (Fig. 1).

Urografía descendente: A los 7 minutos escaso medio de contraste en vías excretorias derechas, discreta eliminación que rellena cavidades alrededor de las sombras calculosas; riñón izquierdo no se observa ninguna eliminación de substancia opaca, sólo persiste la sombra calculosa visible ya en la radiografía directa. Solicitamos una nueva urografía descendente a los 60', 90' y 3 horas.

Análisis clínicos: Serología negativa. Grupo "O". RH positivo. Cultivo de orina: Abundante flora microbiana mixta, constituida por estreptococos, estafilococos y diplococos Gram-positivos 12/3. Urea: 0,65 grs. % 12/3. Glucemia: 1,07 %. Orina: Densidad 1,009, ácida, turbia, cloruros: 2,40 %. Urea: 7,05 %. Urobilina: Escasa. Albúmina: Vestigios. Sedimento: Abundantes células epiteliales, leucocitos y glóbulos de pus, escasos hematíes y uratos de sodio en regular cantidad. 12/3. Hemograma: Hematíes 2.750.000, leucocitos: 9.600, hemoglobina grs. % 8,90. Fórmula leucocitaria: N. 78 %. L. 22 %.

Operación: 20 de marzo de 1959. Anestesia Peridural. Anestésista Dr. Turner. Incisión sobre la 12ª costilla y resección de ésta. Seccionados los planos musculares se desplaza el peritoneo. Reparamos e incidimos las fascias de Gerota y Zuckerkandl, todo lo cual resulta muy simple, la glándula aparece inmediatamente como enclada de su logia, reparamos el polo inferior y exploramos esa región hasta que encontramos el uréter y la pelvis, denuclando ésta en la más mínima extensión y suficiente para incidirla y extraer un cálculo pardo negruzco del tamaño de un hueso de aceituna con lo que se da salida a pus abundante. Drenaje de goma de guante en el lecho. Cierre de las fascias, reparación prolija de los planos musculares suturándolos con catgut crómico 2, celular con catgut simple, piel con algodón.

Post-operatorio: 21-III-59. Las primeras 24 horas transcurren con una mejoría evidente del estado general, la misma fiebre desciende, la diuresis alcanza los 500 c.c. de orina. Estado subjetivo mucho mejor. Hidratación y contralor electrolítico.

22-II. Se acentúa la mejoría, diuresis 800 c.c. 23-III. Diuresis 1.200 c.c., afebril. 25-III. Diuresis 1.500 c.c., afebril, escaso drenaje de secreción uropurulenta por la herida operatoria.

Hemograma: hematíes, 2.870.000, leucocitos, 11.600, hemoglobina grs. % 8,60, V. G. I. 28-III. Diuresis 1.500 c.c., lengua húmeda. Dosaje de urea en sangre, 0,35 por mil. Muy buen estado general. 30-II. Buena diuresis, afebril. 5-IV. Se levanta. 13-IV. Se extrae el drenaje. 16-IV. Urea en sangre, 0,26 grs. por mil. Hemograma: 2.400.000 hematíes, leucocitos: 8.000, hemoglobina, grs. % 7,5, V. G. I. 30-IV. Urea 0,30 por mil. Hemograma: hematíes, 3.260.000, Leucocitos: 8.600, hemoglobina grs. 10,3 %. 4-V. Alta.

Evolución posterior del embarazo: Debemos señalar que el parto se produjo a los 299 días de gestación y que al final de la misma se comprobó una altura uterina de 32 cm. y una circunferencia abdominal de 94 cm. Pelvis ósea y canal del parto sin particularidades.

El día 16 de julio comienza con contracciones espaciadas y fugaces, luego de un parto insidioso y largo a las 7 y 30 horas del día 17 de julio comienza a encauzarse la dinámica. Las membranas se rompieron prematura y espontáneamente durante la noche del 16 al 17. Con 3 a 4 cms. de dilatación se presenta un espasmo de cuello que cede mediante la

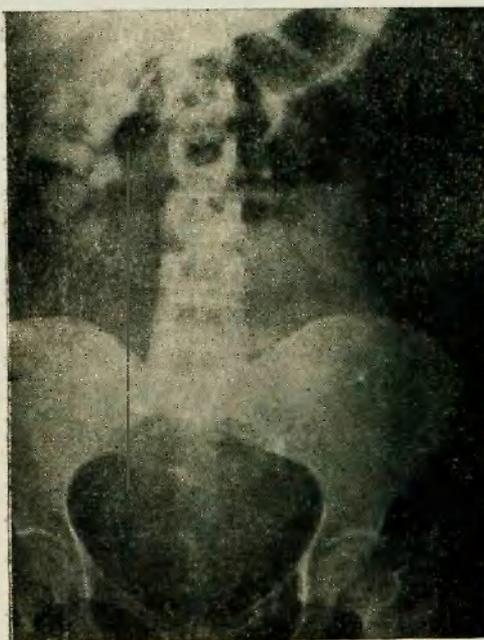


FIG. 1. — Antes de operar.

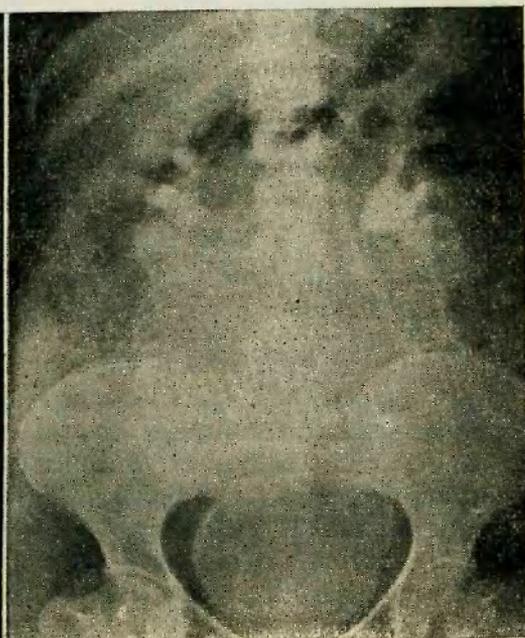


FIG. 2. — Después de operado.

administración de una ampolla de "Demerol" intramuscular. Se continúa con el gobierno y la dirección del parto obteniéndose dilatación completa a las 17 horas, luego de un período dilatante de casi 10 horas. El feto en situación longitudinal en presentación cefálica orientado en izquierda anterior, alcanzando el tercer plano de Hodge. Los latidos fetales durante todo el trabajo se mantuvieron con las características normales.

Avalados por los antecedentes médicos y obstétricos se decide practicar una aplicación de forceps profilácticos, utilizando el Tarnier. La toma resulta ideal y se extrae sin inconvenientes un niño del sexo femenino que pesa 2.750 gramos, vivo y sano que llora de inmediato. Una circular de cordón al cuello se liberó sin inconvenientes. El alumbramiento se realizó en forma espontánea, con pérdidas sanguínea normal.

Puerperio: El puerperio mediano e inmediato evolucionó en forma normal.

Se presentó retención de orina, siendo necesario el sondaje vesical y cistitis, medicada con antibióticos e instilaciones; bajo las indicaciones del urólogo.

Conviene dejar sentado que durante su embarazo y puerperio la enferma presentó una marcada anemia, medicándola con hierro, extracto hepático y régimen dietético.

Se han instituido 7 transfusiones de sangre total: el 14-3: 250 c.c., 16-3: 250 c.c., 21-4: 250 c.c., 23-4: 250 c.c., 27-4: 250 c.c., 14-7: 350 c.c. y 15-7: 350 c.c.

COMENTARIOS:

Sólo la urgencia o un peligro inminente justifican las intervenciones quirúrgicas en las embarazadas, ésa es la razón por la cual son verdaderas rarezas las operaciones durante este estado y entre ellas las urológicas. Dos temperamentos son aceptables y están a su vez en relación con lo que en el encabezamiento de este artículo nos referíamos, si la afección es conocida por el médico y la enferma, cabe la decisión de efectuar una intervención en los primeros meses de la gestación; pero si es ignorada por el médico y la enferma como en nuestro caso y representa un peligro vital que debe afrontar el obstetra y el urólogo al 5º mes del embarazo sólo está permitida una conducta, intervenir.

Como toda intervención urológica que actúa sobre una causa o condición obstructiva la extracción de un cálculo impactado en el infundíbulo de uréter en el uréter mismo se sigue de un postoperatorio inmediato muy benigno. La operación en sí se realiza con gran facilidad, es sorprendente el desplazamiento que sufre el riñón en la mujer embarazada, haciéndolo muy accesible al cirujano y dejando de ser en esas condiciones el órgano profundamente ubicado en la fosa lumbar. Se entiende que evitamos todas las maniobras bruscas, el gran despegamiento del órgano y en especial los de la porción inferior que limitaban con el útero grávido, en este sentido creemos que es muy conveniente decidirse por la pielotomía in situ a la manera que lo preconiza Foley, pues no es oportuno ir en busca de la posible causa que originó el cálculo, estrechez de uréter, anomalía vascular, etc.: el precio de tal corrección podría ser muy caro. Deliberadamente como abordaje empleamos la incisión sobre la 12ª costilla y su resección con la intención de caer sobre el riñón, como precisamente aconteció. En cuanto a abordaje de la cirugía renal en las embarazadas consideramos que es uno de los más lógicos y con resultados prácticos indiscutibles por lo cual lo aconsejamos. La anestesia deberá ser elegida con mucha discreción, sobre todo teniendo en cuenta que además de una embarazada se trata de una enferma profundamente intoxicada, nosotros optamos por la anestesia peridural en razón de su escasa toxicidad y lo inocuo de la administración en manos bien experimentadas.

DISCUSION

Dr. R. Borzone. — Quiero contribuir a la interesante presentación de los doctores Pujol, Pardo y Ahuad con una observación mía de hace 8 años, en la que me ví justamente abocado al problema de decidir una conducta quirúrgica; la situación se prestaba para poder optar por la expectativa o la intervención. Era una mujer primigesta, de 23 a 24 años de edad, que en el segundo mes de su embarazo perfectamente normal, tuvo un cólico renal del lado izquierdo. Cede el cólico, está completamente asintomática cuando concurre a la consulta, se le hace un estudio radiológico y se observa un cálculo del tamaño de una semilla de limón, por encima de la espina ciática del lado izquierdo, sin sufrimiento renal. ¿Qué hacer? Era un factor que podía hacerse obstructivo y agregarse la infección. Se intentó un cateterismo; el catéter pasó por encima del cálculo, dejándose 48 horas en el uréter. La radiografía de control demostró que el cálculo había subido un poco más. Al retirarse el catéter, volvió el cálculo a la posición que tenía antes de practicarse el cateterismo. En un nuevo cateterismo realizado 3 días después, pasó lo mismo y volvió a caer en la misma posición, a los 5 cms. de la vejiga, a pesar de que no existía estenosis alguna.

Ante el peligro de que ese cálculo pudiera dar sintomatología y poner en peligro la vida de la enferma, que era parienta de un partero, de común acuerdo con éste, que decía que hasta los 3 meses había un margen quirúrgico de cierta seguridad, decidimos la intervención quirúrgica, que se realizó sin dificultades, se llegó a 1 ó 2 cms. por encima de la espina ciática, el post-operatorio fué perfecto, el embarazo siguió su curso, la enferma tuvo un

varón y después, quedó nuevamente embarazada, y su aparato urinario está completamente normal.

Dr. A. E. García. — He tenido oportunidad de operar dos enfermas embarazadas con litiasis, una renal y otra ureteral. Ambos casos eran semejantes ante el problema planteado.

Primer caso: Cálculo ureteral en una enferma con un embarazo de 4 meses y con sintomatología séptica y obstructiva; tuvo un par de cólicos al promediar el tercer mes y en el intervalo, entre el tercero y el cuarto, episodios obstructivos con gran reacción séptica. El cálculo, a pesar de la propicia situación para su migración, no se movilizaba. Un cateterismo no consiguió cambiar la situación y la sepsis se prolongaba; hice una lumbotomía anatómica sin inconvenientes.

El otro caso era una litiasis piélica obstructiva que databa de antes del embarazo, cosa que implicaba en cierto modo, un cargo para los médicos tratantes. Al promediar el tercer mes comenzó su sintomatología obstructiva, se trataba de una pelvis pequeña, intrasinusal, con un cálculo encajado con gran dilatación calicial.

Se planteaba una situación de gravedad: era el problema de interrumpir el embarazo o intervenir a la enferma. Propuse la operación. El estado general no estaba comprometido, había buen terreno y tuve que hacer una intervención corriente porque la extracción de ese cálculo exigió la movilización del seno renal y se hizo una pielotomía, de acuerdo a la técnica habitual en estos casos. Con mucha fortuna en el acto operatorio; el post-operatorio se desarrolló normalmente y en ambas enfermas no hubo ningún inconveniente durante el embarazo.

Solamente que la enferma operada de litiasis piélica, a los 2 ó 3 años, hizo un cálculo ureteral en la faz inicial de otro embarazo, que expulsó espontáneamente. Con posterioridad, tuvo otro embarazo sin incidencias y la litiasis no se ha reproducido.

Es toda mi experiencia en materia de litiasis renal en las embarazadas.

Dr. A. Pujol. — Agradezco la interesante colaboración de los Dres. Borzone y García. Se advierte que tienen experiencia en el asunto. Puede decirse que hay jurisprudencia sentada.

Un autor francés señala que en los cálculos uretrales bajos la conducta es ésta: apresurarse y operarlos al segundo mes.

En estos últimos días, recién, hemos tenido en nuestras manos una radiografía que se le tomó a esa señora en 1954, cuando tuvo un cólico renal izquierdo, la atendió un colega que le aconsejó tratamiento quirúrgico, pero no lo aceptó. Si le hubiera hecho caso, no presentaría su árbol urinario esas dilataciones que hoy tiene, que pueden ser debidas al embarazo. De todos modos, la situación del árbol urinario era muy distinta a lo que encontramos nosotros.

Sr. Presidente (Dr. Grimaldi) — La Presidencia felicita a los autores por traer al seno de la Sociedad problemas de esta naturaleza que constituyen motivos frecuentes de consulta.