

Por los Doctores
R. DE SURRA CANARD

S O B R E U N C A S O D E PIELO-NEFRITIS GRAVITO-TOXICA

HEMOS tenido la oportunidad de seguir la evolución grave de un proceso entero-hépatorenal, en una embarazada que ingresó en la maternidad Sardá con el cuadro clínico de una anuria.

Esta misma observación será presentada a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología por los doctores Thwaites Lastra, Brea y Bizzozero, quienes comentan el caso desde el punto de vista obstétrico.

HISTORIA CLÍNICA

Enferma D. D. C. de B. de 23 años, española, primeriza, que se interna en la Maternidad en la cama 87, el día 11 de diciembre de 1935 con el registro N° 863, presentando el siguiente cuadro clínico:

Datos familiares. — Padres viven, han sido nueve hermanos, viven seis, habiendo fallecido tres en la primera infancia (antes de cumplir el año). Ha habido dos partos gemelares, de los cuales sobreviven uno solo de once años.

Datos de la niñez. — No recuerda enfermedad de la primera infancia.

Datos de la pubertad y edad adulta. — Menstrúa a los 13 años regularmente, periódico, menstruaciones abundantes algo dolorosas, de siete días de duración. Leucorréica.

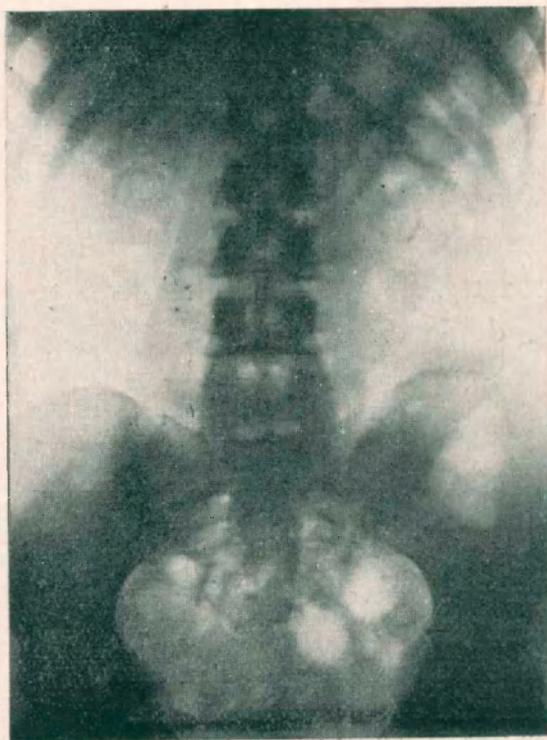
Datos obstétricos. — Ha sido examinada en el consultorio externo de este Servicio, antes de su ingreso, habiendo sido tactada con guantes.

Antecedentes del embarazo actual. — Ha tenido vómitos, edemas, cefalalgias, trastornos visuales (nubes) y ha sido habitualmente constipada.

Enfermedad actual. — Hace cuatro días (el día 8 de diciembre) a los cinco meses del embarazo, acusa un dolor intenso en hipocondrio y en la región lumbar y flanco derecho con irradiación a todo el abdomen, acompañado de vómitos verdosos, llamándole la atención por la tarde de ese mismo día que no había orinado. Permanece en su casa por espacio de tres días durante los cuales, el dolor se prolongó, agregándose a él escalofríos y sudores y un estado de anuria completo. Resuelve internarse, comprobándose al hacerlo que la vejiga sólo contiene una escasa cantidad de orina purulenta cuyo examen bacteriológico revela la existencia de un bacilo largo en cultivo puro.

Estado actual. — Enferma en estado de postración marcada con náuseas y vómitos. Piel con tinte amarillo terroso, subictericia en conjuntivas y velo de paladar. Temperatura 46.5 la noche de su ingreso para ascender y hacer una curva irregular en los días siguientes como puede verse en el gráfico. Senos dolorosos: laringitis sub-aguda, discreta amigdalitis críptica del lado izquierdo.

Aparato circulatorio. — Nada de particular; pulso 75 por minuto; tensión sistólica igual 10; tensión diastólica igual 6.



Radiografía simple negativa.
Marzo, 1936.



Pielografía riñón derecho de pie.
Abril, 1936.

Aparato respiratorio. — Normal.

Aparato digestivo. — Lengua saburral; en abdomen ciego doloroso ligeramente dilatado, gorgotea a su nivel; hígado se percute dentro de límites normales; subictericia.

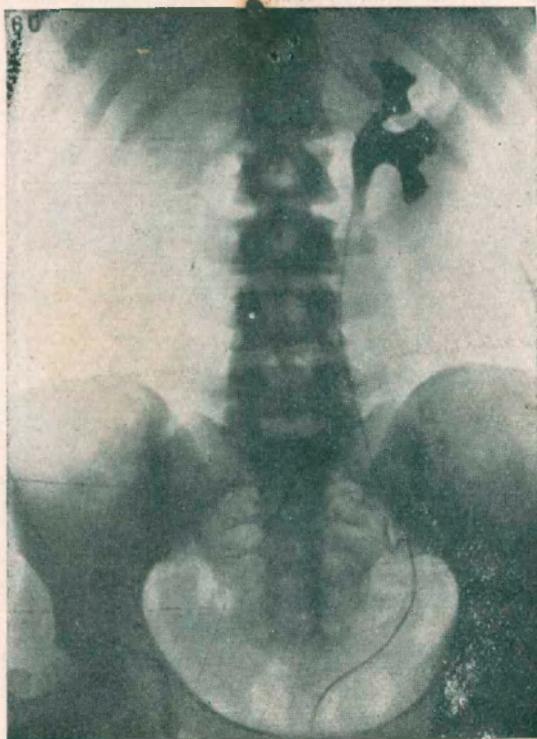
Sistema nervioso. — Nada de particular.

Aparato urinario. — (Ficha 28, fecha 12 diciembre 1935). Al examen clínico: fosa renal izquierda, libre. Fosa renal derecha, ocupada. Puntos costomusculares positivos del lado derecho. Percusión de Murphy, positiva del lado derecho.

Desde el momento de su ingreso al tiempo de su examen actual, la enferma ha orinado 300 c. c.

Cistoscopia. — Orina algo turbia, mucosa normal, trigono desviado hacia la izquierda. Cateterismo de riñón izquierdo muy fácil, llegando a la pelvis sale por el catéter orina en forma precipitada, indicando la existencia de un cierto grado de retención. Cateterismo simultáneo de riñón derecho muy difícil; se comprueba que existe en la pelvis renal de ese lado una retención mayor que en el congénere.

Terminados ambos cateterismos, los fenómenos dolorosos disminuyen, sobre todo del lado derecho.



Pielografía de riñón izquierdo;
decúbito dorsal.

Abril, 1936.

Se deja esos catéteres en permanenci, observándose que en las primeras horas (hasta el mediodía) se había obtenido una abundante cantidad de orina muy pálida, cuyo monto se desconoce.

Los exámenes complementarios de laboratorio dieron las siguientes cifras en la fecha de su ingreso.

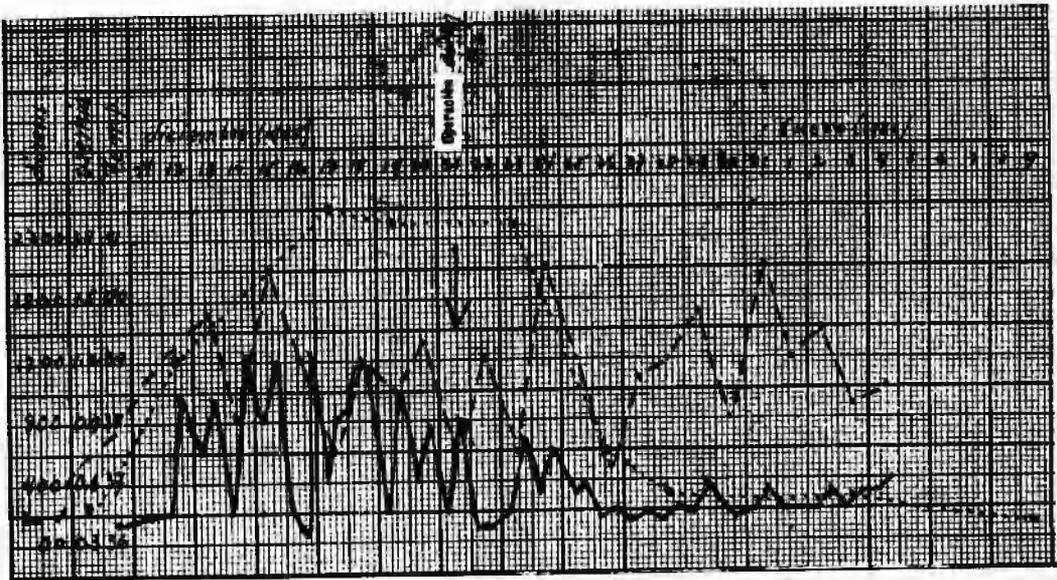
12-XII-35: Glucemia 0.68 ‰. 13-XII-35: Reacción de Kahn S (—) negativa. 13-XII-35: Reacción de Kahn P (—) negativa. 12-XII-35: Uremia 1.18 ‰.

Examen de sangre: Hematíes, 3.320.000. Glóbulos blancos, 13.000. 17-XII-35: Hemoglobina, 70 %. Valor globular, 0.95.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos, 72 %. Monocitos, 4 %. Linfocitos, 24 %.

Examen de orina: Cultivo: Se observa bacilos largos y gruesos en cultivo puro.

12-XII-35. Análisis de orina: Densidad, 1.009. Urea, 12.46 ‰. Cloro,



Temperatura: — ; Diuresis: - - - ; Uremia:

6.35 ‰. Albúmina, vestigios. Mucina, contiene. Urobilina, vestigios. Sedimento, leucocitos.

14-XII-35. Análisis de orina (separación por cateterismo): Riñón derecho: Densidad, 1.010. Urea, 12.46 ‰. Cloro, 5 ‰. Albúmina, 1.30 gros. Urobilina, vestigios. Pús, contiene. Riñón izquierdo: Densidad, 1.010. Urea 12.46 ‰. Cloro, 4 ‰. Albúmina, 0.75 gros. Urobilina, vestigios. Pús, no contiene.

La enferma fué medica con régimen hidro-carbonado; terapia desinfectante por vía bucal (urotropina) primero y por vía endovenosa luego; tónicos cardiacos (aceite alcanforado y digitálicos, adrenalina) alcalinos por boca (bicarbonato de sodio y citrato de sodio) suero glucosado con insulina por vía rectal y subcutánea.

Los catéteres funcionaron durante cuatro días retirándoselos luego por haberse tapado: este hecho no modificó la diuresis de las veinticuatro horas.

Una semana después de su ingreso, se practica un segundo examen urológico.

La enferma sigue febril (39 grados), el estado general ha empeorado. El cateterismo del riñón izquierdo, revela una retención discreta, en cambio el del lado derecho tiene todavía una retención de unos 40 c. c.

Los exámenes clínicos complementarios indican:

Sangre: Uremia, 1.86 ‰. Reserva alcalina, 53.2. Cloro globular, 1.90 gr. Cloro plasmático, 3.50 gr. Coeficiente, 0.54.

Orina: Cultivo: Coli-bacilo. Sedimento: R. derecho: Pus (contiene). Riñón izquierdo: Pus (vestigios).

Como la enferma empeoróse, se interrumpe el embarazo el día 21 de diciembre, con anestesia local a la novocaína. Los doctores Thwaites Lastra, Brea y Plá Cárdenas llevan a cabo una cesárea abdominal.

La evolución ulterior ha sido muy favorable como puede juzgarse en la lectura del gráfico que acompaña estas líneas.

La enferma es dada de alta en excelentes condiciones, el día 9 de enero de 1936.

Examinada posteriormente desde el punto de vista urinario, se comprobó (21 de enero) que la orina es todavía un poco opalescente, siendo el cultivo de la misma negativo y el estado general de la enferma muy bueno.

(Día 20 de febrero de 1936): Examen clínico, negativo. Orinas, límpidas.

En el mes de abril se le hace un examen radiográfico que pone de manifiesto: radiografía simple: sombras renales normales poco visibles por la existencia de un poco de gas en el intestino. Pielografía de riñón derecho: en posición de pie la placa es un poco borrosa por haber respirado la enferma pero en ella se observa la existencia de una pelvis un poquitito distendida a expensas de los cálices secundarios superior e inferior y un órgano renal descendido de un cuerpo vertebral en relación con la radiografía simple que fué tomada en decúbito dorsal. Pielografía de riñón izquierdo: pelvis pequeña, dilatación de cálices secundarios, ligero reflujo pielocanalicular.

CONSIDERACIONES GENERALES

Del análisis de la enfermedad de nuestra paciente en su conjunto, se desprende que se trata de un proceso toxi-infeccioso complicando un primer embarazo. Enfermedad que se ha iniciado bruscamente bajo el cuadro de un proceso al parecer renal: dolor repentino en la fosa lumbar con la irradiación inicial de los procesos renales, al que acompañaba elevación térmica, escalofríos y *anuria*.

Interpretamos que el primer episodio ha sido una pielo-nefritis del riñón derecho acompañado de un proceso similar del lado opuesto menos brutal o de un fenómeno inhibitorio de la excreción en ese lado izquierdo. La anuria cedió espontáneamente ya que la enferma a su ingreso tenía en la vejiga unos gramos de orina densa, purulenta y que al día siguiente había una diuresis de 300 c. c. de

orina con análogos caracteres. Pero el cateterismo bilateral, demostró que además existía una retención renal más manifiesta del lado derecho y esa maniobra trajo un verdadero despeño excretorio de orina muy diluída. El monto de la úrea en sangre a su ingreso estaba condicionada por la anuria de cuatro días pero el sondaje renal que favoreció el restablecimiento de la excreción de orina no fué suficiente para restablecer la secreción renal, ya que la orina emitida abundante en cantidad no lo era en concentración. Persistía por lo tanto un proceso de parénquima renal, primitivo o secundario que impedía que ese órgano cumpliera su función. La prueba clínica de ello la tenemos en la curva ascendente de la uremia.

La observación que presento encuadra dentro de las variedades descritas por Fruhinsholz quien se ha dedicado muy especialmente al estudio de la pielonefritis gravídica. Según el autor, esta enfermedad se presenta bajo aspectos tan variados que por ello él la designa como "la maladie aux cent visages" (la enfermedad con múltiples aspectos). Dice el mismo autor que la pielonefritis gravídica "se parece a todo y no se parece a nada, en el sentido que carece de personalidad clínica". "Su carácter inmanente y lejos de ser un hecho dominante es la presencia de una supuración de las vías urinarias de excreción". Además la pielonefritis gravídica "difiere de los otros tipos de pielonefritis porque el estado gravídico, por su fisiología, ofrece al accidente inicial supurativo la ocasión de evolucionar en direcciones múltiples con consecuencias imprevistas y sin embargo explicables".

Las estadísticas de los autores de más experiencias, ponen de manifiesto que el germen que con mayor frecuencia se encuentra es el coli-bacilo 70 a 80 %.

El colí llegaría a la pelvis renal por las mismas vías que escoge las otras variedades de pielonefritis, inclinándome por mi parte a aceptar como más probable la vía sanguínea. Los autores no se han definido todavía sobre este particular. Pero reina mayor discusión todavía cuando se pretende explicar la influencia de la gestación en la aparición de la pielonefritis y el saber por qué la gravidez engendra procesos pielonefritales con una fisonomía aberrante. El estado de embarazo influye sobre el aparato excretor, en lo que a infección se refiere, por mecanismos múltiples, que deben actuar asociándose.

Algunos autores dan gran importancia a los factores mecánicos: compresión del uréter o acotadura del mismo. Otros consideran que los trastornos dinámicos (atonía de las vías excretoras) juegan un papel predominante. Esta atonía estaría en función de un desequilibrio neuro-vegetativo para unos, de trastornos endócrinos, de naturaleza tóxica u hormonal para otros.

Dentro de la multiplicidad de aspectos que suele adquirir la pielonefritis gravídica se han esquematizado algunas formas clínicas: una forma discreta, febril, crónica y tóxica.

El caso presente cuadra dentro de esta última variedad.

Fruhinsholz es quien ha estudiado mejor este tipo tóxico de la pielonefritis y lo ha denominado grávido-tóxico. Para este autor estas formas se originan: "a) Primero porque el binomio funcional hígato-renal, que está en primer plano de la fisiología gravídica se transforma fácilmente en un binomio patológico; el desfallecimiento renal tiene tendencia a lesionar, primero, a traer un "surmenage" luego y por último ocasionar el desfallecimiento hepático. b) En seguida porque la intoxicación latente en toda mujer en estado de gestación tiene tendencia a hacerse patente, con sus manifestaciones propias, cada vez que el binomio funcional hígato-renal flaquea".

El cuadro clínico sería "primero una forma renal con retención uréica, pudiendo dar lugar a manifestaciones generales de orden tóxico, esencialmente caquetizante o anemiante, debido a que la depuración propiamente gravídica no se hace. Y más adelante una forma hígato-renal donde se mezclan en proporciones diversas, manifestaciones infecciosas y manifestaciones tóxicas en relación con el grado de lesión de cada uno de los órganos en juego".

La pielonefritis gravídica mejora con la terapéutica habitual y con los recursos actuales de la urología pero según Fruhinsholz, la forma grávido-tóxica exige: "luego de fracasar los tratamientos médicos, serológicos y urológicos, la interrupción terapéutica de la gestación que no debe ser demasiado tardía, ya que hay que tener en cuenta el traumatismo obstétrico".

En este caso, el criterio de los doctores Thwaites Lastra y Brea ha coincidido con el de Fruhinsholz, llevando a la enferma a la mesa de operaciones luego de diez días de expectativa a la espera de la mejoría de los procedimientos no cruentos. La operación cesárea

puso término al cuadro clínico grave; la uremia cayó a las cuarenta y ocho horas y el post-operatorio fué excelente contrastando con el estado anterior a la intervención.

Examinada la enferma a posteriori he comprobado que sus vías excretorias no están infectadas; que en ellas hay una discreta dilatación cuya interpretación es difícil, ya que ignoramos cuál era su condición antes del embarazo. Actualmente está en asistencia del doctor Bizzozero, esperando que el buen funcionamiento del aparato digestivo autorice un segundo embarazo.
