

Uronefrose infetada no puerperio

A propósito de um caso

Fradique Corrêa Gomes

Resumo de observação

E. P., sexo feminino, 21 anos, casada, branca, reside nesta cidade.

No terceiro mês desta sua primeira gravidez foi surpreendida por cólicas uterinas acompanhadas de escasso corrimento sanguíneo. Tratada, melhorou, e em breve tornou ao estado normal. Pelo sétimo mês repetiu-se a ameaça de evacuação uterina, então mais persistente, obrigando a repouso no leito até o termo.

Durante a prenhez, constipação pertinaz.

Nos antecedentes mórbidos pessoais aparecem as doenças comuns à infância, e uma amigdalite rebelde, melhorada com tratamento, mas não operada. Nota-se ainda o nascimento aos sete meses, que o foi também para a mãe, três tias e a avó.

Longilínea, linfática, emagrecida.

Quarenta e oito horas após o parto, que foi normal porém demorado, surgiu brusca elevação de temperatura a 39° acompanhada de palidez, taquipnéa, taquicardia, suores frios, náuseas, angustia, meteorismo intestinal com moderada distensão do ventre, e uma cólica que a paciente considerou intestinal. Retenção completa de gases e fezes — pseudo peritonite.

Loquios de aspecto, cheiro e quantidade normais.

Involução uterina em progressão normal.

A febre, de tipo variavel, continuou por dezesseis dias entre 37 38°, elevando-se então, subitamente, acima de 40°. Dois dias após, temperatura normal. Poucos dias depois, nova ascensão a 41° e mais quinze dias de hipertermia, três dias de temperatura normal, e de novo febre por uns dez dias mais. Daí para cá, temperatura normal.

O exame dos aparelhos nada revelou, a não ser para o

Aparelho urinário

Exames sucessivos a partir do acidente puerperal mostraram:

I — quantidade de urina normal, de aspecto variavel e pH variavel.

— albumina, pseudo-albumina, pyina.

— bacteriuria, pyuria, hemacias, células epiteliaes, leucocitos.

II — as manobras semiológicas várias vezes repetidas, deram,

em geral, resultado negativo. É de notar que a paciente defende-se muito, involuntariamente. Pontos renais posteriores à direita discretamente dolorosos.

III — Tensão arterial: 11,5 e 6°.

IV — Exames complementares:

Sangue:

- a — uréa 0.34 por litro
- b — uréa 0.36 por litro
- c — reação de Widdal negativa com os bacilos de Eberth e paratíficos A e B.
- d — hemocultura negativa em sangue colhido com a temperatura de 41°.

Radioscopia pulmonar — negativa.

Urograma descendente — (Per-Abrodil forte, 15cc. endovenoso, boa tolerância. Obtido após a última queda da temperatura). Rins de forma e tamanho normais. Contornos visíveis regulares. Não houve modificações apreciáveis na situação dos rins ao passar da posição horizontal para a vertical. Eliminação rápida, bilateral e simétrica.

Não ha sombras suspeitas de cálculos.

Rim esquerdo:

Cálices e bacinete de forma e volume normais, com contornos nítidos. Uretér visível em toda a sua extensão, de aspeto normal.

Rim direito

Situação ligeiramente inferior com relação ao lado oposto. Bacinete volumoso, de contornos regulares. Ligeira dilatação dos cálices primários, que se apresentam, no entretanto, de desenho nítido. Uréter tortuoso com angulação permanentemente, mas de forma variável, nas proximidades do bacinete.

Bexiga:

Apresenta-se de forma e contornos visíveis normais.

Conclusões:

Eliminação bilateral, rápida e simétrica. Moderada hidronefrose à direita.

(Radiologista — Dr. Pedro Maciel).

Diagnóstico

Discreta ptose renal direita com moderada uronefrose secundariamente infetada.



Comentário do caso

A temperatura costuma elevar-se nas primeiras vinte e quatro horas do puerpério a um máximo de 38° , caindo logo após, para manter-se por uns dias, com variações decimais, apenas acima da normal.

A fluxação mamaria, pelo quarto dia, também costuma provocar uma leve ascensão térmica.

Toda a temperatura que ultrapasse estes limites no puerpério, deve encarar-se como proveniente de infecção genital enquanto não se concretize um síndrome definido.

Esta orientação justifica-se pela gravidade da infecção puerperal e pelos benefícios que podem advir do diagnóstico precoce.

A sintomatologia local e geral que acompanha a hipertermia pode pertencer a alguma das formas clínicas da infecção puerperal ou a outros processos infecciosos ocorrentes no puerpério.

Comentando o nosso caso veremos somente aquelas entidades clínicas que puderam ser lembradas pela ocorrência dos sintomas.

1 — Endometrite séptica

Caracteriza-se por calafrio inicial, taquicardia, temperatura de 40° que cede um pouco e permanece mais ou menos estável por uns oito dias. Além disso, astenia, anorexia, cefaléia, insônia, pele e mucosas secas, sub-involução uterina, dor, e modificações quantitativas e qualitativas dos lóquios.

Os sintomas gerais coincidem, e, ainda, tivemos um parto demorado, multiplicando as possibilidades de infecção. Porém, tínhamos involução uterina normal, com loquios normais fluindo sem intermitência.

2. — *Parametrite*

Instala-se ordinariamente entre o décimo e o décimo-quinto dia do puerpério com dores pélvicas dependentes da localização do processo, e tão intensas no início que a exploração manual é impossível.

Pensando em possível endometrite crônica da paciente, poderíamos presenciar a reativação do processo e invasão do tecido celular pelviano, porém os sintomas manifestaram-se muito cedo, e a dor não teve os caracteres aqui descritos.

3. — *Septicemia peritonial*

Nesta forma da infecção puerperal os sintomas, precoces, precipitam-se tumultuosamente em poucas horas. O calafrio inicial é de regra, e a febre é substituída rapidamente pela hipotermia. Ha taquicardia, hipotensão, dispnéa tóxica, ansiedade, sede, agitação. A evolução é tão rápida, que não chegam a aparecer os sintomas de peritonite.

A hemocultura costuma dar colônias de estreptococo hemolítico. Trata-se de uma forma hiper-séptica, uma verdadeira septicemia peritonial.

A nossa observação não refere calafrio, nem hipotermia, nem hipotensão. Embora coincidam alguns sintomas gerais iniciais, o grau de intoxicação era muito menor, e a hemocultura negativa.

4. — *Septicemia puerperal*

Carateriza-se por calafrio inicial violento, prolongado, febre que se mantém elevada, com oscilações menores que um grau, a não ser que haja tromboflebite concomitante — e trata-se então de septico piemia — ou que a resistência orgânica se imponha, caindo então gradualmente a temperatura. Si a infecção continúa, sobreveem taquicardia intensa, hipotensão, encurtamento da pressão diferencial, e agravamento do estado geral. Os loquios, de aspeto normal, diminuem ou desaparecem.

Não houve, em o nosso caso, calafrio, hipotensão, diferencial mínima. A fluxão de loquios normais não se modificou. O tipo febril foi semelhante, no início, mas o estado geral nunca chegou a ser mau.

5. — *Febre palustre*

Costuma reativar-se após o parto, e os acessos assemelham-se à febre puerperal incipiente. Os antecedentes, a intermitência ou não intermitência dos períodos febrís, e a hemocultura orientam o diagnóstico.

6. — *Febre tifoide*

No curso da febre tifoide e demais infecções que podem incorrer no puerpério, a involução uterina cumpre-se normalmente e os loquios não se modificam.

No caso, tivemos de pensar na infecção tífica, porque, na época, esboçava-se na capital uma epidemia. A hemocultura, porém foi negativa.

7 — Infecção intestinal

A constipação obrigatória da prenhez, e a exaltação da virulência do colibacilo e de outros germens intestinais, pôdem levar à estercorremia. A sintomatologia, embóra franca, coincide em parte com a da sepsis puerperal e a de outros processos infecciosos: constipação, hálito fétido, anorexia, distensão abdominal, dor provocada no trajeto intestinal, fébre, etc.

Sendo frequente na gravidez um estado intestinal desta ordem, mais ou menos intenso, e como predispõe a desequilíbrios orgânicos e agrava ocorrências patológicas por si só, justifica-se pensar nele toda vez que a sua influência se possa presentir.

8 — Infecção do sistema urinário

Relativamente frequente no puerpério da primipara, reconhece diversas origens. A exteriorização de fenômenos nefropáticos na gravidez pôde ser devida a causas decorrentes da própria gravidez ou extranhas a ela, a saber:

- nefropatia gravídica,
- fenômenos compressivos consequentes à gravidez,
- nefropatia estabelecida durante a gravidez mas independente dela,
- nefropatias pré-existentes.

Fazem parte do quadro fisiológico da gravidez, a hiperemia e o edema da mucosa dos uretères. Relembrando o ponto de estriatura fisiológica dos uretères, especialmente, o ponto inferior pouco acima do meato ureteral, e o estreitamento médio ao nível da linha inominada, admite-se mais facilmente que o edema determine, pelo menos nesses pontos, um obstáculo maior ou menor ao escoamento urinário. Por insuficiência de permeabilidade acumula-se urina acima do obstáculo, sobrevivendo a dilatação do uretér e mais tarde do bacinete. Assim, chega-se a admitir os uroureteres ínfimos ou medianos como fenômenos fisiológicos da gravidez.

Entretanto, em grande número de casos, diversos fatores favorecem a estagnação urinária, a saber:

- fatores constitucionais predisponentes (astenia, má nutrição, ptose, etc);
- malformações congênicas ou adquiridas;
- processos inflamatórios antigos.

Além disso, fator constante em todos os casos — estamos considerando a prenhez — a compressão determinada pelo desenvolvimento uterino soma-se às outras razões que porventura existam, e o ureuretér e a uronefrosc aparecem ou se agravam em regra nos últimos quatro meses, de preferência no rim direito.

A distensão originada pelo obstáculo ao curso urinário, que pôde até ser considerável, pôde passar despercebida, sem manifestações. Pôde manifestar-se por dores surdas, discretas, na região lombar, com um rim de volume aumentado, ptósico, doloroso à pressão e ao choque. Pôde também exteriorizar-se por cólica mais ou menos violenta, até de caráter sincopal, precedida ou não de fenômenos pródromicos, e acompanhada de vômitos, suores frios, palidez, taquicardia, taquipnéa, alterações de pulso, e colapso, bem como meteorismo intestinal e rigidez muscular na região lombar e parede lateral do abdômem, do lado correspondente.

Toda vez que se trate de um rim que ainda não cedeu à sobrecarga gravídica e que não apresenta lesão apreciável, a urina será normal, sem albumina, puz, ou bactérias. E' que se trata, por enquanto, de fenômeno puramente mecânico de distensão. Entretanto, a urina retida exerce sobre os tecidos uma ação de dilatação que favorece a atrofia.

Porém, o que frequentemente se dá, é que as modificações do meio intestinal lançam à circulação geral entre outros elementos anormais, os colibacilos. São estes, em regra, que eliminando-se pelo rim vão, infetar o urouretér e a uronefrosc, si ambos existem. As condições especiais do circuito urinário na gravidez, com a consequente estagnação e retenção passageira de cristais — em quantidade apreciável neste período da fisiologia feminina — determinando erosões na pelvis renal e no uretér, facilitam a ação dos germes. Também contribúe o transtorno neuro-vegetativo gravídico, que ocasiona atonia da pelvis renal e dos uretères, do intestino e da vesícula biliar.

Outras causas da infecção, podem ser: a infecção fócal (amígdalas, mucosa naso-faringeana, dentes e gengivas, especialmente); a infecção latente (pielo-nefrite resceidivante da gravidez); e as infecções por via hematogena ou accidente. Não se poderá deixar de reconhecer em certos casos um estado especial de sensibilização reno-ureteral à infecção.

O puerpério, considerado como um período que se incia após um grande desperdício de energias, e consequente quéda das defesas orgânicas, constitúe momento propício para a infecção.

Como quer que seja, chega-se à uronefrosc infectada.

Vejamos a nossa observação.

Nas quarenta e oito horas dum puerpério normal surge uma cólica que a paciente supõe intestinal, com fébre alta repentina, palidez, taquicardia, taquipnéa, suores frios, náuseas, meteorismo intestinal, moderada distensão do ventre, e defesa muscular na região lombar que parecia defesa ao exame.

Esta paciente, astênico-ptósica, desnutrida, nascida aos sete meses, apresenta condições que favorecem processos mórbidos, caracterizadas, no caso, por um rim levemente ptósico, e um ureter tortuoso com angulação permanente, acentuada.

Os fenômenos de compressão determinados pelo utero grávido — recordemos que se trata de primigesta — foram uma causa adjuvante apreciável.

Pódem ser invocadas muitas causas para a infecção da uronefrose que a nossa doente apresentava:

- *Origem intestinal* — houve constipação rebelde durante toda a gravidez. O meio intestinal, por força, estaria modificado.
- *Pielo-nefrite latente* — originada anos atrás por ocasião de uma amigdalite que a paciente sofreu e que poderia ter passado mais ou menos despercebida.
- *Origem amgdaliana* — amigdalite latente, reativada com o resfriamento e a exaustão do parto.
- *propagação hematógica* — parto demorado, feridas genitais difficilmente asépticas.

Com qualquer destas causas, não seria difficil que a uronefrose se infectase no momento em que as defesas orgânicas encontravam-se sensivelmente diminuidas.