

HIDROPESIA ASCITICA GESTOSICA

Por los doctores: A. URANGA IMAZ y GONZALO SALGUERO

LOS trastornos del metabolismo hídrico en la toxemia gravídica, conjuntamente con las modificaciones de los electrolitos, a pesar de que en los últimos tiempos son mejor comprendidos, no llegan todavía en el momento actual a encontrar explicación satisfactoria.

La expansión del intersticio y el aumento de la volemia en la gravidez normal llevan a la embarazada toxémica en las formas graves, a un encharcamiento del primero y a la disminución de la segunda.

Estas profundas modificaciones no pueden ser simplemente explicadas por la existencia de un factor determinado. Lo más probable es que la coincidencia de varios de ellos: factores humorales, endocrinos y también renales se vean directamente incriminados en estos procesos, a lo que se agrega otro elemento causal de relevante importancia: el aumento de la permeabilidad capilar que permite el escape de plasma con proteínas de pequeña molécula.

El acúmulo acuoso así originado puede estacionarse no solamente en el tejido celular subcutáneo y tegumentos, sino también, aunque excepcionalmente, en las grandes cavidades serosas: peritoneo, pleura, pericardio.

Desde que King (1) puso al día la bibliografía referente al tema en 1933, muy pocos casos se han publicado sobre esta complicación de la pre-eclampsia.

Incluyendo su observación, eran conocidos solamente 44 casos hasta esa fecha. Dieckman (2) menciona un caso y Golden (3) en 1949 publica otro similar, en una típica pre-eclampsia de grado moderado con una ascitis de 2750 cc., en una embarazada de casi 8 meses.

En 1951 Reinberger y Mackay (4) hacen conocer otra observación, con la cual se eleva a 47 el número de casos conocidos.

Por rara coincidencia nosotros hemos observado dos casos en nuestra ya larga actuación obstétrica y no conocemos observación semejante publicada en nuestro país.

Observación Nº 1 (*): Sra. A.M. de C., argentina, de 24 años internada en nuestro Servicio del Instituto de Maternidad "Peralta Ramos". R.G.164.414 R.I. 1745/54. Il gesta con antecedentes de gestosis hipertensiva en su embarazo anterior hace 13 meses. Ingresa el 18/12/54 embarazada de 6 meses y medio con epigastralgia intensa, irradiada a región lumbar derecha. Pulso

(*) Esta observación fue objeto de un comentario presentado a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (5).

120 por minuto. T.A. Mz. 220 y 165 de Mn. U.R. 14/19 Mayo. Cefalalgias fronto occipitales, marcados edemas de miembros inferiores y parte inferior de paredes abdominales que comenzaron hace mes y medio: el abdomen de mayor desarrollo que el que le correspondía por la edad de su embarazo, tiene forma de vientre de batracio: su examen semiológico permite extraer un líquido citrino que acusa una Reacción de Rivalta negativa y contiene albúmina 1 gr.%. No es posible por las condiciones abdominales certificar el estado fetal. Ha aumentado 6 kilos de peso en un mes.

Orina: albuminuria 1,75%: cilindruria hialina y granulosa, 17 cetoesteroides: 8 mgr. en 24 hs.: glicemia: 9,76%: azohemia 0,75%.

Prueba de la sulfofenoltaleína: muestra Nº 1: 20,25%: muestra Nº 2: 9%: muestra Nº 3: 3,9%: muestra Nº 4: 3,10%.

Hepatograma: Bilirrubina total, 0,30 mg.%; bilirrubina directa, 0,08 mg.%; bilirrubina indirecta, 0,22%; colesterol total, 300 mg.%; colesterol libre 93 mg.%; esteroides 207 mg.%; proteínas totales, 5,10 gm.%; albúminas, 3 gm.%; globulinas totales, 2,10 g.%; fósforo total, 3,6 mg.%; fosfatasa alcalina, 3,7 unid. Bodans.; reacción de Hanger posit., reacción del timol 2,2 unid. Mc. Lagán.

Punción biopsia hepática: Microscopía: dos fragmentos ocres rosados de 0.5 cm. Microscopía, hígado con arquitectura lobulillar conservada con moderada dilatación de los capilares sinuosidales, tumefacción y vacuolización de los hepatocitos con marcada esteatosis en algunas trabéculas.

Fundoscopia: En ambos ojos se observan signos vasculares de hipertensión con arteriolas estrechadas rectilíneas. Edema de retina. No se observan exudado ni hemorragias delimitadas. Pequeñas manchas rosadas diseminadas, secuelas de retinopatía anterior.

Diagnóstico: pre-eclampsia grave complicada de ascitis.

Ante este cuadro se decidió la interrupción de la gestación por operación cesárea, para poder beneficiar de una exploración de la cavidad abdominal ante la posibilidad de un proceso concomitante y practicar, con la conformidad conyugal, la esterilización de la enferma justificada por su antecedente en paralelo con el estado actual.

30/XII/54. Laparotomía media infraumbilical: abierto el peritoneo fluyen más de 6 litros de líquido ascítico claro. Cavidad peritoneal libre de proceso patológico macroscópico. Explorado el hígado muestra tamaño y consistencia normal. Vesícula libre. Anexos normales. Histerotomía corporal. Se extrae un feto macerado del tamaño de un similar de cuatro meses y medio. Alumbramiento con Pitocin endovenoso. Esterilización (técnica de Dutzmann).

El post-operatorio es subfebril durante 6 días (reabsorción) pero con el abdomen en perfectas condiciones. Se levanta a las 48 horas. La diuresis au-

mentó en forma satisfactoria, y la tensión arterial descendió paulatinamente a cifras normales (120-90) a las 3 semanas de su operación.

A los diez días de su interrupción: vientre plano, no se observa derrame seroso.

Depuración plasmática de la úrea: 1º muestra; 70,26% con respecto a la función promedio normal. 2º muestra: 48,67%. Prueba de la concentración; densidad 1015, urea 24 grs. Orina: densidad 1008. No hay albúmina ni cilindros. Proteinemia: 6,4%. Glucemia: 0,99 grs. Azohemia: 0,20 grs.%. Fundoscopia: normal, aparte de las secuelas antiguas descritas. Alta a los 21 días.

Observación N° 2: R.G. 88 254-R.1º — 561/59 — Instituto de Maternidad "Ramón Sardá" — Primigesta de 34 años — antecedentes personales y familiares de hipertensión. Ingresa con gestación de 5 meses y 3 semanas, con el siguiente estado general: edema de miembros inferiores y párpados; T.A. 220 mx. y 140 mn.; sensorio embotado, facies abotagada visión de moscas volantes, cansancio, insomnio. Epistaxis en dos oportunidades recientes. Cefaleas fronto-occipitales.

Fundoscopia: Arterias estrechadas, fondo de ojo sin exudados, papilas normales.

Sangre: Protidemia 5,20 gr.% — Colesterol 250 mgr.% — Azohemia 0,40 grs. — Glucemia 0,90 gr. — Uricemia 8 mgs.%.

Hemograma: Eritrocitos 3.600.000 — Leucocitos 9.500. Hg. 65%.

Reserva alcalina 43 volúmenes en los 100 mil de plasma.

Uricemia (2º prueba) 19,6 mgs.%.

Tiempo de protrombina 12 segundos — Protidemia 4,25 gr.%.

Orina: (oliguria franca).

Recuento de Addis: células 6.699.312

cilindros 392.184

hematíes 5.954.844

leucocitos 23.447.592.

Prueba de Concentración:

	Volumen	Densidad
1a. muestra	335 ml.	1.022
2a. "	8 "	1.022
3a. "	13 "	1.022
4a. "	25 "	1.022

Primera muestra 16.10 ml.

Segunda muestra 19. 8 ml. Repetida ofrece valores similares.

No es posible percibir movimientos fetales pero latidos cardíacos son audibles.

A la palpación se aprecia un abdomen con mayor desarrollo que el que correspondería por la edad de su embarazo. Percíbese onda líquida y se diagnostica ascitis que agrava la evolución de su gestosis.

Se inicia tratamiento a base de régimen asódico, diuréticos (clorotiazida y mercuriales), vasodilatadores (rawolfia, mevasine), sulfato de magnesio, que mejora los edemas y disminuye la proteinuria pero no rebaja sus niveles tensionales, a pesar de haberse obstenido una franca disminución de peso (4 Kg.).

Ante este cuadro de gestosis hipertensiva precoz y de marcada gravedad por eso mismo, los niveles tensionales, la albuminuria elevada, y el anasarca generalizado con ascitis, que no evoluciona todo lo favorablemente que fuera deseable, se resuelve interrumpir la preñez al mes de su internación (6 meses y 3 semanas de gestación). Se decide la operación cesárea con objeto de examinar cavidad peritonea!. Al abrir el vientre se extrae gran cantidad de líquido claro (3 litros). Histerotomía segmentaria que da nacimiento a una niña de 1200 grs. de peso viva, pero que fallece a las 48 horas. Se verifica la ausencia de proceso extraño en el vientre. Anexos normales.

La paciente mejora rápidamente y aclara su sensorio; la diuresis pasa de 800 ml. a 1.500-2000 ml. y la tensión arterial desciende a 180-120. La albuminuria desaparece al tercer día. Puerperio subfebril por proceso pleural que mejora rápidamente; su abdomen es bien plano, no recidiva la ascitis, y es dada de alta en buenas condiciones en un mes después (13/VI/59). T.A. 160-11.

En contra de lo que hicimos en el caso anterior, en ésta decidimos no practicar esterilización de la paciente, teniendo en cuenta como dice en la historia la discusión crítica que fundamenta la discusión quirúrgica... la consideración de que es una primípara y que es nuestro deber realizar todos los esfuerzos para ofrecerle un hijo vivo... Con respecto a las posibilidades de esterilización creemos que no están justificadas desde ningún punto de vista... En este terreno en el que pueden observarse las más agradables sorpresas..."

Efectivamente esta paciente vuelve a consultarnos antes de la fecha que le habíamos asignado como prudencial.

2º Embarazo: Es internada precozmente (a los dos meses de embarazo) el 7/IV/60. Fresco aun en nuestra memoria el recuerdo de su evolución anterior, dejamos proseguir la gestación después de un cuidadoso balance y de la promesa de la paciente de permanecer en la clínica hasta después de su parto. Rigurosa vigilancia higiénico dietética y reposo adecuado. La tensión arterial osciló entre 120-60 y 140-90. El aumento ponderal fue satisfactorio.

Los exámenes de rutina normales. La depuración plasmática de la urea a su ingreso arrojó el siguiente resultado:

Depuración máxima	1ª muestra:	44,8 ml.
“	“	2ª muestra: 20,8 ml.
Por ciento de normal	1ª m.:	59,7
	2ª m.:	27,7

No hubo edemas y el abdomen completamente libre estuvo; en el momento del parto acaecido a los 8 meses y 18 días se le efectúa forceps profiláctico, naciendo un niño sano de 2.950 gr. que evolucionó normalmente. Vale decir pues que las reflexiones que nos hiciéramos en oportunidad de resolver la interrupción de su embarazo fueron prudentes y oportunas. Sobrellevó satisfactoriamente esta segunda preñez y obtuvo un hijo sano, sin haber sufrido alternativas del proceso anterior, y sin que se hubiese notado ninguna modificación hidropígena peritoneal.

Esto va también en apoyo sobre lo tremendamente difícil que es hacer un pronóstico en cuanto a las posibilidades de futura procreación en estas enfermas. Por cierto que en este caso sometimos a un minucioso juicio crítico todos los hechos y circunstancias de esta embarazada y la prosecución de su gestación obtuvo nuestro consenso —aunque temeroso después de su exhaustivo balance de aquellas posibilidades.

A través de esta segunda experiencia creemos ahora que la esterilización de la primer paciente no tuvo fundamento juicioso, y confesamos con pena, que seguramente fue extemporánea. Ante la dificultad pronóstica y la posibilidad de resolver la situación de manera favorable cuando la evolución no sea favorable a pesar de las más rigurosas medidas profilácticas, el médico no debe adelantarse a los hechos cuando estos son inciertos.

Desde un punto de vista de consideración general, es extraordinariamente curioso observar que esta complicación, que en lo que va del siglo se han notado tan infrecuentes observaciones, fue en los pasados una complicación bien conocida y referida en los textos de esa época.

Mme. Lachapelle (6) en su libro "Pratique des accouchements" (1825) tercer tomo relata minuciosamente una observación referente a una primípara de 26 años que desarrolla precozmente una toxemia edematosa con franca anasarca y ascitis, y que sufre numerosos ataques eclámpicos en el 8º mes.

Burns, (7) profesor de Cirugía de la Universidad de Glasgow, en 1885, en su libro "Traité des accouchements", refiere claramente la etiología de la ascitis no hepática durante la gravidez como ligada al estado edematoso dependiente de la "condición nerviosa" de la paciente y dice también que esta complicación no acompañada de otras manifestaciones perniciosas, desapa-

rece un poco antes o muy pronto después del parto "que generalmente es prematuro..." Recomendaba los diuréticos, aunque sin ningún efecto. Preconizaba en los casos de evolución progresiva y mal tratada, la paracentesis, que fue realizada primeramente por Olivier, pero también llama la atención sobre los peligros de peritonitis cuando no se adoptaron todas las precauciones.

Depaul en sus "Lecons de Clinique Obstetricale" (1878) en su lección de eclampsia dice que cuando el edema es general se acompaña incluso algunas veces de "derrame en las grandes cavidades esplánicas"; señala que fue Demanet de Gand, quien en 1802 señaló por primera vez su incidencia con la eclampsia.

Lachapelle y Depaul indican esta "diátesis serosa" como un signo precursor de la eclampsia.

También en Caseaux (1880) (9) habla de la hidropesía ascítica que se inicia en la segunda mitad gestacional y que se acompaña generalmente de edema de los grandes labios y de los miembros inferiores, y muchas veces con insomnio, sed, y cefalalgia intensa, ofreciendo el cuadro clínico del anasarca toxémico, que actualmente sólo por excepción es dable observar. Ya en esa época Caseaux emite un pronóstico, tanto más ominoso cuanto más precozmente se instale esa manifestación hidrópica.

Charpentier (10) (1882) y Tarnier y Budín (11) (1886) en sus respectivos "Traites des Accouchements" dedican sendos capítulos al estudio acucioso de este trastorno.

Es evidente que el mejor conocimiento por el tocólogo moderno de las perturbaciones del metabolismo hidrosalino en la embarazada conjuntamente con las adecuadas medidas higiénico-dietéticas han disminuído en forma notable los efectos de esas perturbaciones de manera tal que esas grandes infiltraciones líquidas que llegaban al anasarca generalizado sólo pueden registrarse por gran excepción, por lo menos en nuestros grandes centros ciudadanos.

Sin embargo, como lo prueban nuestras dos observaciones tan similares en sus manifestaciones clínicas, aún hoy pueden observarse. Naturalmente no nos referimos a los pequeños derrames que se pueden ocasionalmente obtener fuera de cualquier proceso gestósico, (consistentes en unos 50 a 100 cc. de líquido claro) en el transcurso de operaciones cesáreas y debidos solamente a la exageración de factores puramente mecánicos: presión venosa aumentada en los miembros inferiores y en el territorio porta.

Aparte de las condiciones que favorecen la aparición de los grandes edemas gravidicos, deben coexistir otros que circunstancialmente obran como factores determinantes. Particularmente nos referimos a las condiciones alimentarias de estas pacientes.

Durante la primera guerra mundial se observaron en la población civil casos graves de edemas por hambre. La hipoprotidemia acentuada disminuye paralelamente el poder oncótico sanguíneo y favorece la expansión del espacio extra-celular.

Es indiscutible que las condiciones alimentarias han mejorado substancialmente en la gran mayoría de los pueblos del mundo. Y son ellas las que en nuestro pensar, tienen participación activa por cierto con insuficientes medidas higiénico-dietéticas en la aparición de estos casos hoy tan excepcionales de derrame líquido peritoneal como parte integrante del edema toxémico. Las dos pacientes que motivan este comentario eran mujeres de situación pobre y en condiciones alimentarias deficientes. La observación de procesos caracterizados por la retención hídrica y manifiestos esencialmente en el tejido celular de las cavidades serosas, permitió a Stoltz y a sus discípulos Thierry, Lauth y Schindler (10) formular una entidad mórbida reuniendo todos estos fenómenos bajo la denominación de "diatesis serosa" o "Cachexia serosa" de las embarazadas.

"Síndrome constituido por la hidropesía general o parcial del tejido celular subcutáneo, por los derrames en las diferentes cavidades serosas o también y además, por infiltraciones del tejido intersticial de los órganos esenciales a la vida, ligado todo esto a la disminución de la albúmina de la sangre durante el embarazo" (11).

Según Scanzoni (12) que interpretaba estos estados como "crisis serosa" el edema gravídico de la cavidad peritoneal luego de manifestarse en los miembros inferiores, vulva, etc., pudiendo complicar así mismo al pericardio, la pleura y el parénquima de órganos nobles (pulmón, cerebro), como así también a la transudación dentro de la cavidad del huevo (hidramnios). Charpentier (loc. cit.) dejó bien aclarado que esta complicación no se manifiesta jamás sin que el edema sea generalizado ordinariamente ligado a la albuminuria y ya en 1882 se animó a recomendar la provocación artificial del parto, en atención al grave pronóstico de la complicación.

Todas estas descripciones corresponden a las formas evolutivas, más o menos lentas, pero Prodhomme (13) habla de formas agudas que pueden aparecer rápidamente en las grandes cavidades serosas ("edemas visceradas"), de las cuales, en la primera y más frecuente, la cavidad abdominal, en evolución más independiente del estado de infiltración general.

Nos ha parecido interesante el relato conjunto de estas dos excepcionales observaciones en el momento actual. Autores modernos han comprobado la existencia de transudados en las cavidades serosas, como componentes del anasarca grave de la pre-eclampsia (Bernard) (14), Kraul (15), Garrasi (16) y Georgesco y col. (20) pero dan una idea cabal de su infrecuencia el hecho

de que otros tan experimentados como Zangemeister (17), Fink (18) y Gueissaz (19) no lo hayan observado nunca.

RESUMEN:

Los autores presentan dos excepcionales observaciones de ascitis generalizada en otras tantas pacientes toxémicas.

La primera fue una secundigesta con antecedentes de gestosis hipertensiva en su embarazo anterior. En el embarazo actual toxemia hipertensiva severa (hipertensión elevada, grandes edemas, proteinuria franca). Con embarazo de 6 y medio meses se practica la interrupción del mismo por operación cesárea. Ascitis de más de 6 litros y cavidad peritoneal libre. La paciente se recupera rápida y definitivamente en cuanto a su complicación abdominal, con gran mejoría funcional.

La segunda observación se refiere a una paciente primigesta con antecedentes personales y familiares de hipertensión. Embarazada de 5 meses y medio; hipertensión severa, edemas generalizados, proteinurias, uricemia, alta, hipoprotidemia marcada. A pesar del severo tratamiento, el cuadro no mejora y la gestación es interrumpida por operación cesárea a los 6 meses y tres semanas. Ascitis de 3 litros. El niño de 1,200 grs. fallece a las 48 horas. Se verifica la ausencia de proceso extraño en el vientre. La paciente mejora rápidamente. Se embaraza nuevamente a los ocho meses de la interrupción del primero y es internada. Cumple así con cortas salidas el curso de su segundo embarazo que transcurre sin complicaciones y normotensa, aunque con una disminuída depuración plasmática de la urea. Tiene su parto a los 8 meses y medio con un niño sano de 2.950 grs.

Hacen referencia a la dificultad pronóstica en estas pacientes y ofrecen antecedentes bibliográficos de esta infrecuente complicación de la toxemia hipertensiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—King A.G.: J.A.M.A. — 1933 — 100 — 15.
- 2.—Dieckman W.J.: Toxemia of Pregnancy — S. Luis — 1941 — The C.V. Mosby Company.
- 3.—Golden A.: American J. 1944 — 57 — 385. Obst. and Gyn.
- 4.—Reiberger J.R., McKay E.: Am. J. of Obst. and Gyn. 1951 — 61 — 449.
- 5.—F.A. Urange Imaz: Osciitis Gestósica — Bol. Soc. Obst. y Ginec. Bs.As. 1956 — 418.
- 6.—Lachapelle: Pratique des Accouchements — Bailière Litéraire — Paris — 1825 — 47.
- 7.—Burns M.: Hrité des accouchements — A. Delahys Litéraire — Ad. Paris 1855 — 174.
- 8.—Depaul J.A.H.: Lecons de Clinique Obstetricale — Delahaye Litéraire — Ad. Paris 1872 — 293.
- 9.—Casetx P.: Traite Theorique et pratique de L'Art des Accouchements — Lauweyngs Litéraire Ed. Paris 1880 — 505.

- 10.—Charpentier A.: *Traité Pratique des Accouchements* Paris 1882 — 652.
- 11.—Tarnier y Budin O.: *Traité de l' Art des Accouchements* — Paris G. Steinheil Literaire 1886 — 121.
- 12.—
- 13.—Prodhomme: *These de Strasburg* 1861.
- 14.—Bernard C.: *Revue Medicale de la Suisse romande* -- 1928 -- 2 -- 119.
- 15.—Kraul L.: *Archiv. f. Gynak* — 1928 — 135 — 171.
- 16.—Garrasi G.: *Rass. Ostet.* 1933 — 42 — 329
- 17.—Zangemeiter W.: *Ztsch f. Geburt und Gynak* — 1919 — 81 — 491.
- 18.—Fink K.: *Ztsch f. Geburt und Gynak* — 1921 — 84 — 1.
- 19.—Gueissaz: *Gynecologia et Obstetrique* — 1935 — 260.
- 20.— eGorgerso M., Angelesco H., Birloiv R.: *Gynecologie et Obstetrique*, 1961 — 60 — 205.