

CARTAS

Fracaso renal agudo y aborto retenido

A. Fernández Perpén, C. Bernis, E. Martínez* y A. Cirugeda

Servicios de Nefrología y Medicina Interna*. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Señor director:

En los países subdesarrollados, el FRA de causas obstétricas representa todavía el 15-20% de todos los FRA del adultos, mientras que en los países occidentales no supera el 3%^{1,2}. La incidencia estimada de FRA de causas obstétricas fue de unos 1:3.000 a 1:5.000 partos tras la segunda guerra mundial, siendo actualmente diez veces más baja. Este descenso se debe casi en su totalidad a la reducción en el número de abortos ilegales y en la mejora en los cuidados prenatales³.

Presentamos el caso de una mujer de 18 años de edad sin antecedentes personales de interés a la que se realiza un legrado uterino por aborto retenido. Cuarenta y ocho horas después de dicho procedimiento comienza con fiebre de 40 °C, escalofríos, tiritona, sudoración profusa y dolor hipogástrico. En la exploración presentaba: TA 120/80; FC, 60 l.p.m.; T.ª 40 °C. Palidez cutaneomucosa. ACP normal. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

En la analítica destaca: Hb, 10,7 g/dl; leucocitos, 13.300/UI (N: 75,4%; L, 14,1%); Plaquetas, 212.000/UI; Cr, 2,3 mg/dl; urea, 47,2 mg/dl; Na, 135 mEq/l; K, 4,3 mEq/l.

En orina: Na, 11; K, 9,7; Cr, 31.

La ecografía renal fue normal.

Es diagnosticada de endometritis postlegrado por el Servicio de Ginecología, pautándose tratamiento con clindamicina a dosis convencionales. En los hemocultivos creció un *E coli* sensible a aminoglucósidos que se asoció al tratamiento, observándose una evolución favorable del cuadro séptico en 48 horas.

La paciente alcanzó el máximo de creatinina el tercer día (3,7 mg/dl), con un Na urinario de 46 mEq/l. En ningún momento se objetivaron signos de depleción de volumen en la paciente y la evolución fue favorable, con mejoría de la función renal y poliuria. Al alta la función renal era normal (fig. 1).

Correspondencia: A. Fernández Perpén.
Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de la Princesa.
C/ Diego de León, 62.
28006 Madrid.

El FRA en el embarazo ha descendido en el mundo occidental. En los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país casi ha desaparecido^{4,5}. Sin embargo, nuestra paciente recuerda que esta patología, aunque infrecuente, no está del todo extinguida. Destaca la excelente evolución con un tratamiento antibiótico precoz y sin necesidad de recurrir a acciones terapéuticas más agresivas del tipo histerectomía. Algún autor ha propuesto la histerectomía como tratamiento del aborto séptico; pero salvo en casos de gangrena o perforación uterina, no es necesario e incluso está contraindicado⁶.

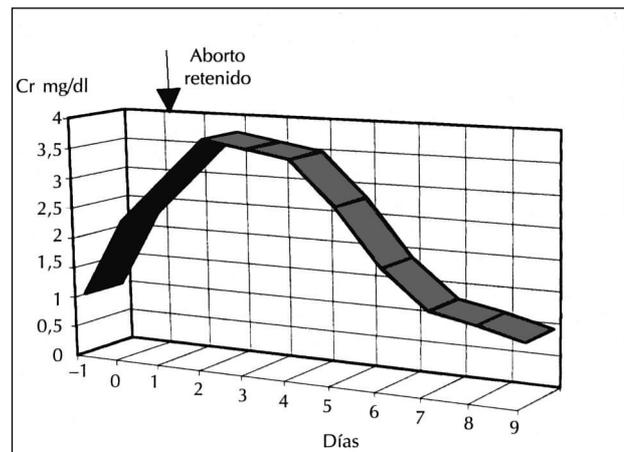


Fig. 1.—Evolución de la función renal.

BIBLIOGRAFIA

- Ortuño J: Panorama actual del fracaso renal agudo. *Nefrología* XII. Supl. 4: 78-85, 1992.
- Randeree JG, Gzarnocki A, Moodley J: Acute renal failure in pregnancy in South Africa. *Renal Failure* 17 (2): 147-53, 1995.
- Grunfield JP, Ganeval D, Bourneiras F: Acute renal failure in pregnancy. *Kidney International* 18: 179, 1980.
- Sánchez Rodríguez L, Martín Escobar E, Lozano L: Aspectos epidemiológicos del fracaso renal agudo en el área sanitaria de Cuenca. *Nefrología* XII. Supl. 4: 87-91, 1992.
- Epidemiología del fracaso renal agudo*. Grupo de estudio del fracaso renal agudo (GEFRAM). Ed. F. Liaño. Imprenta de la Comunidad de Madrid, 1995.
- Firmat J, Zucchini A, Martín R: A study of 500 cases of acute renal failure (1978-1991). *Renal Failure* 16 (1): 91-9, 1994.