

# TRASPLANTE RENAL Y EMBARAZO

## Primeros dos casos en Costa Rica

Dr. Sergio A. Herra Sánchez\*

Dr. Verny E. Huertas Franco\*

Dr. Jorge Brenes Papayorgo\*

### RESUMEN

*Se presentan los primeros dos casos reportados en Costa Rica de pacientes con trasplante de riñón y embarazo.*

*Ambas pacientes mantuvieron su inmunosupresión. Ambas desarrollaron procesos infecciosos urinarios, además presentaron preeclampsia, la cual obligó a interrumpir el embarazo antes de la semana 35 de gestación.*

*El embarazo es posible en la paciente transplantada, siempre y cuando se mantenga un estricto control obstétrico y nefrológico sobre el mismo, y se puedan descubrir las complicaciones tempranamente.*

### SUMMARY

*We report the first two cases in Costa Rica of patients with kidney transplantation and pregnancy.*

*Both patients keep the immunosuppression, both turned up with urinary sepsis. Also, both turned up with preeclampsy which force to caesarean delibery before thirty-five weeks of peregnancy.*

*Pregnancy is possible in the patient with kidney transplant, but they need special control obstetric and nephrologic and special attention for the complications.*

### INTRODUCCION

El 10 de marzo de 1958 se atiende por cesárea el primer parto de una paciente que había sido transplantada de riñón de una hermana gemela idéntica (1).

Desde esa época, más de mil partos se han presentado en mujeres receptoras de trasplante de riñón.

En nuestro medio, se realizan trasplantes renales desde el año 1969 (2), existiendo actualmente un número superior a los 120 trasplantes en todo el país.

Dos de nuestras pacientes transplantadas han tenido embarazos, con la evolución y los resultados que a continuación se detallan.

#### PRIMER CASO

Paciente femenina de 27 años, casada, con trasplante renal el 21 de marzo de 1980 en el Hospital San Juan de Dios, riñón donado por una hermana. Desde su trasplante

la paciente evolucionó en forma satisfactoria, manteniéndose en tratamiento con Prednisona 7.5 mg/día y azatioprin 125 mg/día.

Tiene su última menstruación el 8 de octubre de 1985, con fecha probable de parto el 15 de julio de 1986. Se mantiene inicialmente su inmuno-supresión sin modificaciones.

Su embarazo evoluciona satisfactoriamente hasta abril de 1986 en que es internada por presentar sepsis urinaria y anemia. Es tratada con Gentamicina, se le aumenta la dosis de Prednisona a 20 mg/día y se egresa a los 3 días para completar tratamiento en la casa. Se le realiza Ultrasonido que muestra embarazo de 21-22 semanas, riñón transplantado en fosa ilíaca derecha, aumentado de volumen, desplazado por útero gestante.

El 22 de mayo se ingresa para control intrahospitalario de los últimos días de su embarazo, manteniéndose 40 días internada. El 23 de mayo se le realiza Ultrasonido que muestra riñón en fosa ilíaca derecha, de 14 por 5.6 cms, aumentado de volumen, sin dilatación del sistema colector. El útero con producto de aproximadamente 29-30 semanas de gestación. La evolución de sus exámenes se muestra en los Gráficos 1 y 2, Cuadro 1.

\* Servicio de Nefrología, Hospital San Juan de Dios, C.S. S.S.

GRAFICO No. 1

**NIVELES DE PROTEINURIA EN MILIGRAMOS /24 HORAS EN DOS PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL Y EMBARAZO.**

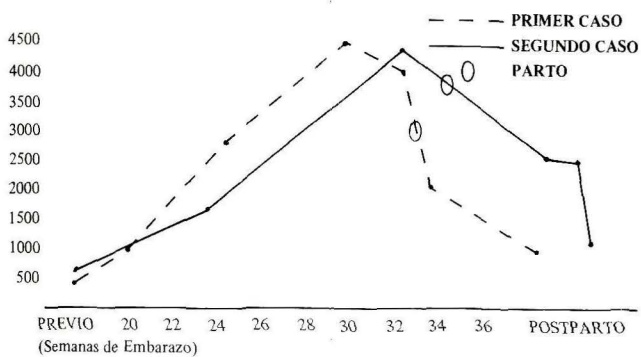
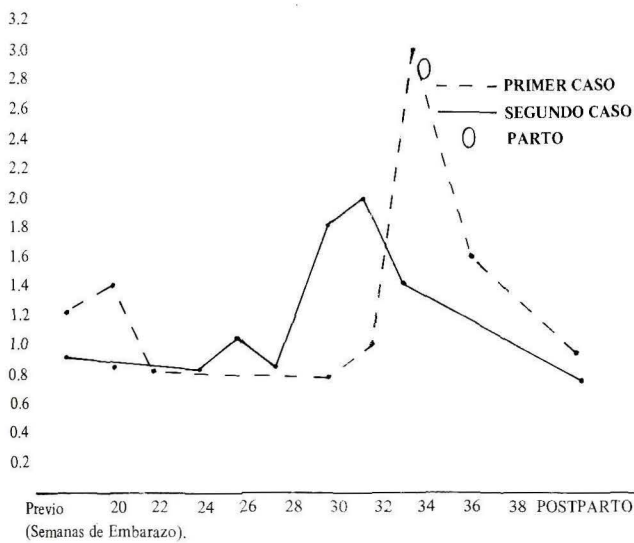


GRAFICO No. 2

**NIVELES DE CREATININA SERICA EN MILIGRAMOS/ DECILITRO EN DOS PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL Y EMBARAZO.**



CUADRO No. 1

**NIVELES DE HEMATOCRITO (EN MILILITROS/ DECILITRO) SEGUN SEMANAS DE GESTACION Y MESES POSTPARTO EN DOS PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL Y EMBARAZO.**

	Previo	15	25	29	31	1 mes	2 meses	7 meses
Caso N. 1	41	36	32	34	37	35		43
Caso N. 2	49	40	35	34	34	39	45	

CUADRO No. 2

**MEDIDAS DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO, EN DOS PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL.**

Caso	Peso (grs)	Talla (cms)	Cir. Cefálica (cms)	Semanas de Gestación
1	1720	42	30	34
2	2000	43	34	33

El 19 de junio presenta oliguria y posteriormente anuria de 4 horas, respondiendo a furosemida, con elevación de creatinina, además se eleva la presión arterial, requiriendo alfa metil dopa. Ante la evidencia de deterioro clínico se realiza cesárea segmentaria el 23 de junio, obteniéndose producto masculino con retardo del crecimiento intrauterino, placenta pequeña, cordón delgado con circulares al cuello y cuerpo. Además se palpó el riñón transplantado materno en fosa ilíaca derecha de aproximadamente 20 cms. de longitud.

La evolución postoperatoria es satisfactoria para ambos, el producto evoluciona bien, con buen aumento de peso y desarrollo psicomotriz adecuado. En la actualidad, a los 10 meses ambos están bien.

**SEGUNDO CASO**

Paciente femenina de 24 años, casada, que recibió transplante de riñón cadavérico el 11 de noviembre de 1984, manteniéndose desde entonces con Prednisona 10 mg/día y Azatioprina 100 mg/día.

El 3 de abril de 1986 tiene su última menstruación. Evoluciona inicialmente bien, manteniéndose la inmunosupresión sin variar.

El 26 de julio desarrolla infección urinaria, tratada ambulatoriamente con cefalexina, con respuesta favorable. A los 5 días presenta cuadro progresivo de ictericia, acolia, coluria, así como dolor en hipocondrio derecho; documentándose Hepatitis por Virus A. Se le realizó ultrasonido el 5 de agosto encontrándose embarazo de 18 semanas, con riñón transplantado en fosa ilíaca derecha en buen estado, sin dilatación del sistema colector. Se encuentra además dilatación de vías biliares intrahepáticas, con vesícula normal. Se egresó a los 3 días con franca mejoría de su proceso infeccioso.

En noviembre de 1986 se desarrolla nueva sepsis urinaria por E. Coli, siendo internada, con buena respuesta a la cefalexina. Se documenta proteinuria de 2200 mg/24 horas. El 12 de noviembre se le realiza ultrasonido que muestra riñón transplantado aumentado de volumen, hidronefrosis leve y embarazo de 31 semanas. Otros exámenes de este ingreso se muestran en el cuadro 2.

Se reingresa el 29 de noviembre por 8 días a fin de realizarle cesárea electiva. En los días previos al ingreso presentó fiebre, disuria, leucocituria, leucocitosis con presencia de *E. coli* en urocultivo. Se le da tratamiento con Cefalotina, evoluciona satisfactoriamente desde el punto de vista de su infección, pero eleva proteinuria y creatinina, por lo que el 2 de diciembre se le practica cesárea segmentaria, obteniéndose producto femenino en buenas condiciones, de bajo peso, con retardo del crecimiento intrauterino leve.

Actualmente, a los 4 meses tanto la madre como la niña se encuentran bien.

## DISCUSION

Es conocido el hecho de que con creatininas séricas mayores de 4 mg/dl el embarazo es prácticamente imposible; hay amenorrea, anovulación y disminución de la libido. Con la restauración de la función renal estas pacientes serán capaces de ovular y experimentarán aumento de la libido. La menstruación volverá a aparecer después de 1-12 meses, posterior al trasplante, con un promedio de 4. 6-6 meses (1).

En 1982 Davison y Lindheimer (3) en su resumen de 759 embarazos en mujeres que han recibido un trasplante renal, encuentran un tiempo promedio entre el trasplante y el embarazo de 43 meses (rango 6 semanas a 13 años). Si el embarazo persiste después del primer trimestre, las posibilidades de resultado satisfactorio son del 80-90%.

Strauch (4) reporta en su serie de 41 embarazos: 31 nacidos vivos, 2 óbitos y 8 abortos (2 espontáneos y 6 terapéuticos). De su serie, 13 pacientes desarrollaron síndrome nefrótico. Penn (5) reporta 116 embarazos en pacientes transplantadas con la siguiente evolución: 10 abortos (7 terapéuticos y 3 espontáneos), 1 embarazo ectópico, 1 óbito y 104 nacidos vivos. De acuerdo a estas dos series el porcentaje de nacimientos vivos va del 75.6% al 89.6%.

Nuestras dos pacientes transplantadas que tuvieron su embarazo y producto vivo, cumplen algunos de los criterios mencionados como razonables para llegar a un embarazo con buena posibilidad de sobrevida feto-materna (1-3-5):

- 1.— Intervalo entre el trasplante y el embarazo mayor de 18 meses.
- 2.— Buena salud general.
- 3.— Ausencia de hipertensión arterial significativa.
- 4.— Ausencia de proteinuria significativa.
- 5.— Creatinina sérica menor de 2 mg/dl.
- 6.— Dosis estables y bajas de inmunosupresores (Prednisona 15 mg/día o menos y azatioprina menor o igual a 3 mg/kg/día).

Aún con función renal bastante aceptable previa y cumpliendo estos requisitos, casi el 40% de las pacientes desarrollan algún grado de deterioro de la función renal. 27 a 62.5% desarrollan algún grado de pre-eclampsia y 60% desarrollan proteinuria significativa (1). Hecho que ocurrió en nuestras dos pacientes.

Ambas pacientes presentaron además algunas de las complicaciones mencionadas como frecuentes en estos casos (1-6-7) tales como infección urinaria, proteinuria, elevación de la presión arterial, preeclampsia y deterioro de la función renal. Además nuestro segundo caso tuvo hepatitis por virus A.

El retardo del crecimiento intrauterino (1-6-7) es un hecho esperable en una cuarta parte aproximadamente de los productos, al igual que el nacimiento antes de las 37 semanas, que se presenta en el 50% de los casos.

La exposición a inmunosupresores no ha demostrado tener una mayor incidencia de malformaciones congénitas, especialmente con la prednisona. La azatioprina que se ha mencionado como teratogénica en ciertos animales de experimentación, no se ha visto relacionada con malformaciones en el humano (1-8).

El embarazo en la paciente transplantada debe ser una decisión de la pareja; ya que estos pacientes pueden llevar una vida normal, y si la condición del trasplante lo permite, el embarazo está dentro de sus expectativas, conociendo sus riesgos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— Meier PR, Malowski EL: El embarazo en pacientes con trasplante renal. *Clínica Obstétrica y Ginecológica* 1984; 4: 1143. Interamericana.
- 2.— Ardón LF, Soto M, Weinstock H et al: Experiencias sobre trasplante renal, Aspectos Médicos. *Tribuna Médica* 1977; 26-28.
- 3.— Davison JM, Lindheimer MD: Pregnancy in renal transplant recipient. *Jornal of Reproductive Medicine* 1982; 27: 613.
- 4.— Strauch BS, Hayslett JP: Kidney disease and pregnancy. *British Medical Journal* 1974; 4: 578.
- 5.— Waltzer WC, Coulam CB, Zincke H et al: Pregnancy in renal transplantation, *Transplantation Proceedings* 1975; 7: 723.
- 6.— Penn I, Makowski EL, Harris P: Parenthood following renal transplantation, *Kidney International* 1980; 18: 221.
- 7.— Washer GF, Schoroter GP, Starzl TE: Causes of death after kidney transplantation, *JAMA* 1983; 250: 49.
- 8.— Williamson RA, Karp LE: Azathioprine teratogenicity: review of the literature and care report, *Obstetric & Gynecology* 1981; 58: 247.