

DOENÇA RENAL E GRAVIDEZ

Experiência da Consulta de Nefrologia do H.S.M.

PEDRO LEÃO NEVES, M. MARTINS PRATA, PEDRO CORREIA, ANA MARIA CORREIA, ANTÓNIO GOMES DA COSTA

Unidade de Nefrologia. Serviço de Medicina III. Hospital de Santa Maria. Lisboa

RESUMO

Os A.A. estudaram retrospectivamente 29 gestações em 27 doentes renais. A etiologia da doença renal foi predominantemente glomerular (14 doentes). No início da gravidez 11 doentes tinham insuficiência renal e 14 doentes eram hipertensas. Apenas duas doentes apresentaram agravamento da função renal relacionada com a gravidez (doentes que tinham começado a gestação com função renal normal). A morbilidade materna foi reduzida e a mortalidade nula. A perda fetal de 21,5%, relacionada com prematuridade. Não se constataram anomalias congénitas. A insuficiência renal no início da gravidez constituiu factor de risco obstétrico (maior prematuridade e mortalidade fetal).

SUMMARY

Renal Disease and Pregnancy — Experience of the Nephrology Unit of St. Mary's Hospital, Lisbon

29 pregnancies in 27 renal patients were reviewed. The etiology of renal disease was mainly glomerular (14 patients). At the beginning of pregnancy 11 patients had renal failure and 14 patients had a high blood pressure. Only two patients had pregnancy related worsening of the renal function (the two patients had a normal renal function before pregnancy). Maternal morbidity was infrequent with no mortality. Fetal loss was 21,5% related to prematurity. There were no congenital anomalies. Renal failure at the beginning of pregnancy caused an obstetric risk factor. (greater fetal prematurity and mortality).

INTRODUÇÃO

Quando a gravidez surge numa doente renal, são de imediato colocadas algumas questões em relação à viabilidade do feto e às possíveis complicações maternas; em geral, a gravidez só surge quando a função renal é normal ou moderadamente alterada, tornando-se rara na insuficiência renal avançada pela existência de infertilidade.

O efeito da gravidez sobre a história natural da doença renal parece depender sobretudo do grau de disfunção renal existente no início da gravidez^{1,2}. Por outro lado diversos trabalhos sugerem a existência de uma maior incidência de complicações obstétricas nas gestações ocorridas em doentes renais¹⁻⁵.

No presente trabalho analisámos, retrospectivamente as complicações obstétricas e as eventuais implicações da gravidez sobre a doença renal em 29 gestações ocorridas em 27 doentes renais.

MATERIAL E MÉTODO

Estudámos todos as gestações ocorridas em doentes renais em observação na consulta de Nefrologia H.S.M. entre 1973 e 1985.

A idade média era de 26.0 ± 4.9 anos, e o intervalo médio entre a apresentação clínica da doença e o início da gravidez foi de 61.7 ± 59.1 meses.

Inicialmente foram definidos vários critérios. Foi considerada a existência de hipertensão arterial (HTA) quando a pressão arterial medida com esfigmomanómetro de mercúrio era superior a 140/90 mmHg pelo menos em duas medi-

ções, ou se a doente se encontrava sob terapêutica anti-hipertensiva; considerou-se que existia uma proteinúria e uma insuficiência renal quando a quantidade de proteínas na urina das 24 horas era igual ou superior a 300 mg/dl e o valor da creatinina plasmática era igual ou superior a 1.1 mg/dl, respectivamente. Definiram-se como agravamentos da HTA e da proteinúria os aumentos de 30/15 mmHg² e de 50% do valor basal da proteinúria, respectivamente.

Foi considerado como prova de existência de uma deterioração de função renal relacionada com a gravidez, um aumento do nível da creatinina plasmática igual ou superior a 1.0 mg/dl até 6 meses após o parto⁵.

No sentido de avaliarmos os factores de risco obstétrico nas nossas doentes fomos verificar as eventuais implicações da disfunção renal e da HTA, já existentes no início da gravidez, sobre o resultado obstétrico.

Dividimos inicialmente as nossas doentes em dois grupos de acordo com a função renal: grupo I — doentes com função renal normal (creatinina plasmática de 0.6 — 1.1 mg/dl, média de 0.81 ± 0.13 mg/dl) e grupo II — doentes com função renal alterada (creatinina plasmática de 1.2 — 2.5 mg/dl, média de 1.78 ± 0.27 mg/dl).

Posteriormente as doentes foram divididas de acordo com os valores de pressão arterial, também em dois grupos: grupo I — doentes normotensos ($TA \leq 140/90$ mmHg) e grupo II — doentes hipertensas ($TA \leq 140/90$ mmHg ou sob terapêutica anti-hipertensiva).

Quanto aos resultados obstétricos foram definidos como abortos e partos prematuros os partos ocorridos antes dos 20 e 36 semanas, respectivamente.

Na análise estatística utilizaram-se o Teste t de Student e o Teste da Probabilidade exacta de Fisher.

RESULTADOS

Estão referidas, no quadro 1, as diferentes etiologias da doença renal e o número de gestações correspondentes.

QUADRO 1 - Etiologia da Doença Renal e Número de Gestações Correspondentes

Etiologia da Doença Renal	N.º Doentes	N.º Gestações
Doença glomerular	14 Doentes	15 Gestações
D. Alport*	1	1
GN não classificável	1	1§
Gn Mensagio-capilar*	2	3§
Gn Proliferativa difusa*	2	2§
GN Extramembranosa*	3	3§
Gn Mensagial*	3	3§
GN Lesões mínimas*	1	1
Proteinúria ortostática em rim único	1	1
Doença Tubulo-Intersticial	7 Doentes	7 Gestações
Litíase + Inf. Urinária	3	3§
P.N. Crónica	3	3§
T.R. c/ Nefrectomia unilateral	1	1§
Patologia Vária	6 Doentes	7 Gestações
L.E.D.*	2	2
Diabetes Mellitus	1	1
Rins Poliquisticos	1	1
Hipertensão Renovascular	1	2§§
Transplante Renal	1	1§

* Doentes com biópsia renal.

§ Gestações complicadas.

GN — Glomerulonefrite.

PN — Pielonefrite.

T.R. — Tuberculose renal.

LED — Lupus Eritematoso Disseminado.

Como se pode ver no quadro 2, um grande número de gestações (38%) iniciou-se com função renal alterada; em nenhuma destas se verificou agravamento da função renal. Em duas gestações que se iniciaram com função renal normal observámos deterioração da função: uma doente com transplante renal de dador vivo realizado 4 anos antes, cuja gravidez se complicou de insuficiência renal e de agravamento da H.T.A. no final do 6.º mês, e uma doente com uma G.N. proliferativa difusa; houve no 1.º caso recuperação da função no pós parto e no 2.º uma deterioração progressiva com entrada em hemodiálise ao fim de 12 meses.

QUADRO 2 - Número de Doentes com Insuficiência Renal, Hipertensão Arterial e Proteinúria Antes, Durante e Após a Gravidez

	Pré-Gravidez	Gravidez	Pós-Parto
Insuficiência renal	11 (38%)	13 (44.8%)	12 (41.4%)
H.T.A.	14 (48.2%)	15 (51.7%)	14 (48.2%)
Proteinúria	8 (27.5%)	9 (31%)	8 (27.5%)

Pelo quadro 2 pode ainda verificar-se que na nossa casuística a prevalência de H.T.A. antes da gravidez é muito elevada (48.2%), sendo a da proteinúria inferior. Excepto no caso da doente com transplante renal não existiu agravamento significativo dos valores de pressão arterial durante a gravidez e no pós parto; não foi possível determinar se houve agravamento quantitativo da proteinúria em todas as doentes.

O aparecimento de mais um caso de H.T.A. e proteinúria durante a gravidez corresponde ao diagnóstico clínico de pré-eclâmpsia numa doente primípara que principiara a gravidez normotensa e com função renal normal.

No que diz respeito aos resultados obstétricos (Quadro 3), registou-se um elevado número (39.3%) de gestações complicadas. Num dos casos não foi possível saber o resultado obstétrico. A idade média das doentes com gestações complicadas e partos de termo foi respectivamente de 27.4 e 25.4 (Test t, p=NS).

QUADRO 3 - Resultados Obstétricos Observados em 28 Gestações

Partos de Termo	17 (60,7%)	17 Crianças vivas
Gestações complicadas (1 Aborto + 10 partos prematuros)	11 (39,3%)	1 Aborto 3 Nado-Mortos 2 Mortes Perinatais 5 Crianças vivas

Devido ao facto de a etiologia da doença renal ser bastante diversificada não se conseguiu isolar nenhuma patologia como factor de risco obstétrico (quadro 1).

No caso das gestações complicadas (1 Aborto + 10 Partos Prematuros) estas terminaram espontaneamente exceptuando nos casos em que se verificaram nados-mortos (partos induzidos por morte *in utero*). Não se constaram anomalias congénitas nas crianças que sobreviveram.

Como se pode observar através da (Fig. 1) existe uma correlação importante e com significado estatístico entre disfunção renal no início da gravidez e gestação complicada (p=0.0052 T. Fisher). A idade média das doentes com e sem insuficiência renal foi respectivamente de 27.2 e 25.2 anos (Test t, p=NS).

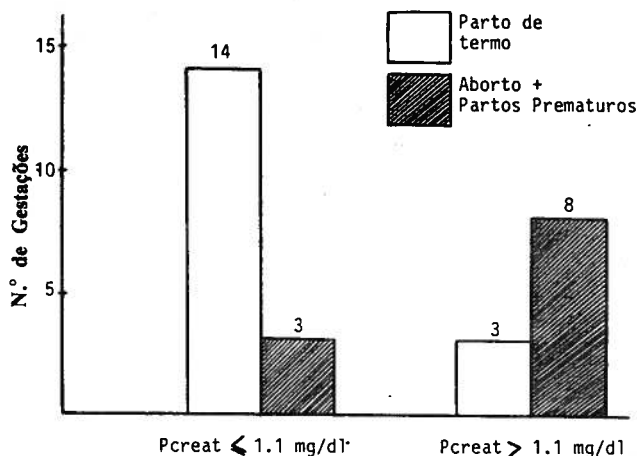


Fig. 1 — Relação entre função renal e duração da gravidez. Pcreat. (creatinina plasmática) (P=0.0052 T. Fischer).

Na (Fig. 2) observa-se a existência de uma associação entre H.T.A. no início da gravidez e gestação complicada; no entanto, eventualmente pelo facto da nossa série ser pequena, a associação não teve significado estatístico (p=NS, T. Fisher).

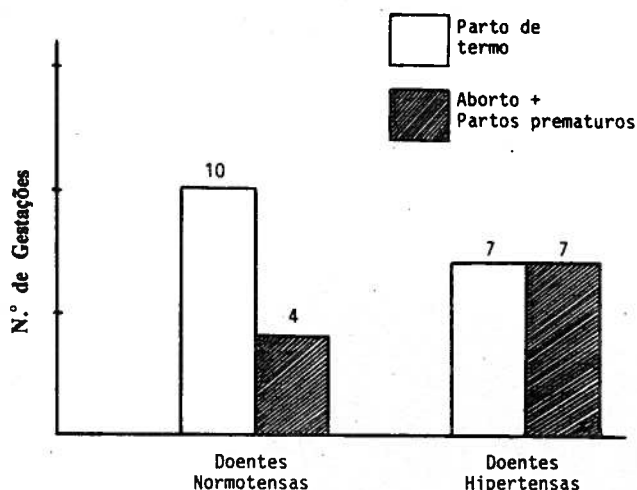


Fig. 2 — Relação entre Pressão arterial e duração da gravidez ($p=NS$, T. Fisher).

DISCUSSÃO

O objectivo do nosso trabalho foi o de analisar o risco obstétrico nas nossas doentes renais e o possível efeito da gravidez sobre a história natural da doença renal.

Verificámos não ser frequente o agravamento da função renal relacionado com a gravidez (2 casos). Se por um lado é um dado corrente da literatura que a gravidez não interfere na história da doença renal, quando a função renal é normal^{2,4,6,7}, por outro, na presença de insuficiência renal¹ e em doenças renais específicas^{4,8-10}, o prognóstico tem sido referido como mais reservado.

No nosso estudo as duas doentes que deterioraram a função renal tinham função normal no início da gestação — doente com transplante renal e doente com GN proliferativa difusa; sendo as complicações frequentes nas doentes transplantadas que engravidam¹¹, a GN proliferativa difusa não é das doenças glomerulares a que mais frequentemente apresenta deterioração da função renal relacionada com a gravidez⁴.

No que diz respeito ao risco obstétrico verificámos haver um elevado número de gestações complicadas (39.3%) o que acarretou uma perda fetal elevada em comparação com outras séries^{1,12,13}.

A perda fetal relacionou-se com a prematuridade tendo os partos ocorrido espontaneamente, excepto quando se verificaram nados-mortos (partos induzidos por morte *in utero*).

A patologia renal de base não constituiu factor de risco obstétrico na nossa série, eventualmente pelo facto de existirem poucas doentes com idêntica patologia não permitindo análise estatística.

Encontrámos uma forte correlação positiva entre a insuficiência renal no início da gravidez e as gestações complicadas ($p=0.0052$, T. Fisher), o que nos leva a admitir ser a insuficiência renal um importante factor de risco obstétrico. Entre a H.T.A. no início da gestação e as complicações obstétricas encontrámos uma associação que não teve no entanto significado estatístico.

As doentes renais que iniciam a sua gravidez com insuficiência renal ou H.T.A. têm deste modo maior risco de complicações obstétricas, sendo necessário uma vigilância apertada, que passa pelo controle da T.A. e pela prevenção de factores que possam agravar a função renal.

Em resumo, verificámos que na nossa experiência a gestação numa doente renal acarreta um risco materno baixo (deterioração de função renal rara e mortalidade nula) e um risco fetal mais elevado (perda fetal de 21.5%) que o registado em mulheres grávidas normais. Perante estes resultados pensamos ser importante dar conhecimento às doentes renais da eventualidade das complicações obstétricas, mas de igual modo a probabilidade de êxito, que embora inferior à população em geral, ainda é elevado (78.5% na nossa série).

BIBLIOGRAFIA

1. BECKER G.J. et al: Pregnancy exacerbates glomerular Disease Am. J. K. Dis. 1985; 4: 266.
2. CHIN CHU LIN et al: Fetal outcome in hypertensive Disorders of Pregnancy Am. J. Obstet. Gynecol. 1982; 142: 255.
3. HAYSLETT J.P.: Pregnancy does not exacerbate glomerular Disease Am. J. K. Dis. 1985; 4: 273.
4. HAYSLETT J.P. et al: Effect of pregnancy in patients with Lupus Nephropathy Kidney int. 1980; 18: 207.
5. HOU S. et al: Pregnancy in women with Renal Disease and Moderate Renal Insufficiency Am. J. Med. 1985; 78: 185.
6. KATZ: Does pregnancy aggravate primary glomerular Disease? Am. J. K. Dis. 1985; 4: 261.
7. KATZ: Pregnancy in women with kidney Disease Kidney Int. 1980; 18: 192.
8. KLOCKARS M. et al: Pregnancy in patients with Renal Disease Alta. Med. Scand. 1980; 207: 207.
9. JUNGERS P. et al: Lupus Nephropathy and Pregnancy Arch. Int. Med. 1982; 142: 771.
10. LOCKSHIN M. et al: Lupus Pregnancy Am. J. Med. 1984; 77: 893.
11. PENN I. et al: Parenthood following renal transplantation Kidney Int. 1980; 18: 221.
12. SURIAN M. et al: Glomerular Disease and Pregnancy Nephron 1984; 36: 101.
13. STUDD: Pregnancy and the Nephrotic Syndrome Br. Med. J. 1969; 1: 276.

Pedidos de Separatas:
Pedro Leão Neves
Apartado 346
8004 Faro Codex