



Revisión

Manejo integral de las pacientes con esclerosis sistémica durante el embarazo



Alexandra Rueda de León Aguirre^a, José Antonio Ramírez Calvo^b y Tatiana Sofía Rodríguez Reyna^{a,*}

^a Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F., México

^b Departamento de Medicina Fetal, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, D.F., México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de marzo de 2014

Aceptado el 3 de junio de 2014

On-line el 8 de agosto de 2014

Palabras clave:

Esclerosis sistémica

Embarazo

Complicaciones obstétricas

R E S U M E N

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo poco común que afecta principalmente a mujeres (relación mujer:hombre de 4-10:1).

En el pasado se pensaba que existía gran riesgo de complicaciones fatales en los embarazos de pacientes con ES. Actualmente, se sabe que muchas de estas mujeres pueden llevar a buen término un embarazo si se elige el momento adecuado y se lleva monitorización obstétrica estrecha. El riesgo obstétrico dependerá del subtipo y la fase clínica de la enfermedad y de la presencia y la gravedad de la afección de órganos internos durante el embarazo.

El manejo del embarazo de las pacientes con ES debe realizarse en un centro de atención especializada, con un equipo multidisciplinario capaz de detectar y tratar las complicaciones tempranamente.

El tratamiento debe limitarse a fármacos sin potencial teratogénico, excepto en crisis renales y en complicaciones cardiopulmonares que pongan en peligro la vida de la madre.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comprehensive approach to systemic sclerosis patients during pregnancy

A B S T R A C T

Systemic sclerosis (SSc) is a connective tissue disease that usually affects women, with a male:female ratio of 1:4-10.

It was thought that there was a prohibitive risk of fatal complications in the pregnancies of patients with SSc. It is now known that the majority of these women undergo a normal progression of pregnancy if the right time is chosen and a close obstetric care is delivered. The obstetric risk will depend on the subtype and clinical stage of the disease, and the presence and severity of the internal organ involvement during the pregnancy.

The management of these pregnancies should be provided in a specialized center, with a multidisciplinary team capable of identifying and promptly treating complications.

Treatment should be limited to drugs with no teratogenic potential, except when renal crises or severe cardiovascular complications develop.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La esclerosis sistémica (ES) o esclerodermia generalizada es una enfermedad del tejido conectivo de etiología desconocida,

que afecta piel, articulaciones, vasos sanguíneos, corazón, pulmones, tracto gastrointestinal y riñones. Es relativamente rara, con una incidencia aproximada de 2-10 casos por millón y prevalencia de 150-300 casos por millón a nivel mundial. Afecta principalmente a mujeres, con una incidencia pico entre la quinta y la sexta décadas de la vida y con una relación mujer:hombre de 4-10:1; esta relación se incrementa durante la edad reproductiva (15-50 años), en la cual la relación puede llegar a ser de hasta 15:1^{1,2}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sofarodriguez@yahoo.com.mx (T.S. Rodríguez Reyna).

La supervivencia de la ES ha mejorado en los últimos años, principalmente gracias a la introducción de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en la década de los 80, que disminuyeron las complicaciones y la mortalidad debidas a crisis renales. La enfermedad pulmonar intersticial y la hipertensión arterial pulmonar han reemplazado a la insuficiencia renal como las causas más comunes de morbilidad por esclerodermia²⁻⁹. La mejoría en el pronóstico de los pacientes con ES, el mayor conocimiento de la enfermedad, así como el mayor acceso a servicios de salud y a tratamientos de las complicaciones de la ES, se han acompañado de un incremento en el número de mujeres con esta afección que buscan y logran quedar embarazadas.

En este artículo discutiremos los efectos de la ES sobre el embarazo, la influencia de la vasculopatía, la inflamación y la fibrosis sobre la salud de la madre y del feto, así como los efectos del embarazo sobre la ES.

Embarazo y esclerosis sistémica

En el pasado había pocos reportes de embarazos en pacientes con ES debido, en parte, a que la edad pico de inicio de la enfermedad es de entre 45 a 55 años, y al hecho de que los informes de casos iniciales mostraban desenlaces desalentadores tanto para las madres como para los bebés¹⁰⁻¹⁴. Hace 25-30 años, era relativamente común que los médicos recomendaran a sus pacientes con ES no concebir e incluso abortar si llegara a suceder debido al supuesto riesgo elevado de complicaciones fatales para la madre y el bebé. Esta información inicial, basada en reportes de casos aislados, fue sustituida por series de casos retrospectivas y prospectivas, que mostraron que gran proporción de mujeres con ES pueden llevar a buen término un embarazo, con poco riesgo de complicaciones importantes si la paciente y sus médicos discuten el tema y eligen un momento adecuado para el embarazo, y se realiza monitorización obstétrica estrecha¹⁵⁻¹⁸.

El embarazo en mujeres con ES debe ser considerado desde un inicio como un embarazo de alto riesgo, debido al incremento en el riesgo de parto prematuro y recién nacidos con peso bajo para la edad gestacional. Al inicio del embarazo, se deberá evaluar cuidadosamente a cada paciente para establecer el subtipo de enfermedad que presenta (difusa o limitada), la fase (temprana o tardía) y la extensión y la gravedad del daño de órganos internos. Aquellas pacientes con duración de los síntomas menor a 4 años (esclerodermia en fase temprana), subtipo difuso, o anticuerpos antitopoisomerasa I o anti-ARN polimerasa III presentan mayor riesgo obstétrico asociado y, de ser posible, debe retrasarse el embarazo hasta que la paciente se encuentre en una fase tardía y, por ende, menos activa de la enfermedad¹⁵.

El tercer trimestre del embarazo se considera el de mayor riesgo, ya que la paciente puede presentar complicaciones secundarias a hipertensión, insuficiencia renal, hipertensión arterial pulmonar, insuficiencia cardíaca o neumopatía intersticial^{19,20}.

Fertilidad en esclerosis sistémica

Ha sido difícil establecer si la fertilidad se encuentra afectada en las pacientes con ES, ya que los estudios realizados han mostrado resultados contradictorios. Un reporte italiano realizado hace varias décadas sugirió que no existían asociaciones directas de la enfermedad con disminución de la fertilidad y que los problemas para la concepción que pudieran llegar a presentar estas pacientes no deberían atribuirse a la ES²¹; por otro lado, en 2 estudios ingleses los autores postulan que la fertilidad puede verse afectada en las pacientes aun años antes del inicio de síntomas de la enfermedad,

llegando a presentar incluso el doble de frecuencia de aborto espontáneo y 3 veces más problemas de fertilidad, definido por ellos como embarazo no exitoso a los 35 años de edad^{22,23}.

Steen et al. han analizado esta controversia en 2 estudios retrospectivos en los que compararon a las pacientes con ES con pacientes con artritis reumatoide (AR) y mujeres sanas, y después en un estudio prospectivo.

En el primer estudio demostraron que las pacientes que ya presentaban ES y que se embarazan tienen frecuencias similares de abortos espontáneos (15%) que las pacientes con AR (16%) y las sanas (13%), y concluyen que la enfermedad per se no afecta directamente a la fertilidad total por incremento en la proporción de abortos¹⁶.

En el segundo estudio se analizaron los desenlaces de los embarazos de mujeres en las que apareció la ES durante la edad fértil y se compararon con mujeres con AR y sanas. En cuanto a la fertilidad, mostraron que el porcentaje de mujeres que nunca se habían embarazado es mayor en los grupos de pacientes con ES y AR que en las sanas ($p < 0,05$). Sin embargo, esto no significa necesariamente que las pacientes tengan problemas de fertilidad, ya que hay factores adicionales que contribuyen a estas diferencias. Entre las pacientes del estudio, el 8-10% no tenía actividad sexual; las mujeres con ES o AR de este grupo habían desarrollado la enfermedad a una edad menor comparada con aquellas sexualmente activas; un cuestionario de ese estudio mostró que más mujeres con ES (5%) y AR (11%) habían elegido no tener hijos comparadas con el grupo control (3%), algunas de ellas motivadas por el consejo de sus familiares o médicos. Solo el 2-5% de las pacientes con ES habían buscado un embarazo sin éxito; en la mayoría de ellas, la edad de inicio de la ES fue después de los 40 años, así que probablemente ya eran infértiles desde antes¹⁷.

En ese estudio se encontró que no había diferencias significativas entre los grupos en cuanto al número de mujeres que reportaron un periodo de al menos un año durante el cual no pudieron concebir (15% de pacientes con ES, 12% de pacientes con AR y 13% de los controles). Hubo 27 mujeres con ES que fueron evaluadas para infertilidad, el 63% de ellas ya tenían la enfermedad en el momento de la evaluación; la tasa de embarazos exitosos en pacientes evaluadas para infertilidad, independientemente del tratamiento que recibieron para ello, fue similar en los 3 grupos: 37% para pacientes con ES, 40% para pacientes con AR y 43% para mujeres sanas. El análisis no encontró diferencias significativas en la frecuencia de infertilidad o la tasa de embarazos exitosos entre mujeres con ES y mujeres con AR antes o después del inicio de la enfermedad¹⁷.

Además de lo anterior, este tema se encuentra especialmente relacionado con la sexualidad de las pacientes, ya que las limitaciones físicas por la afección pulmonar, cutánea y vascular, así como los cambios en la apariencia y los efectos emocionales de la enfermedad, tienen la capacidad de impactar en las relaciones interpersonales de algunas de las pacientes, afectando de esta manera la posibilidad de que exista concepción. Los principales síntomas que las pacientes refieren que afectan su vida sexual son: fatiga, mialgias/artralgias, sequedad vaginal y dispareunia. También pueden estar asociados el fenómeno de Raynaud, dolor en las manos, úlceras digitales, disnea y dolor torácico²⁴⁻²⁶.

También debemos considerar que puede coexistir el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) secundario en las pacientes con ES, por lo que sería adecuado determinar anticuerpos anticardiolipinas, anti- β_2 glicoproteína 1 y anticoagulante lúpico en todas las pacientes con ES y pérdidas fetales recurrentes. En un estudio realizado por Steen et al. se encontraron anticuerpos antifosfolípidos en 50% de las pacientes con ES y úlceras de miembros inferiores, lo cual indica que la asociación de ES y SAF puede no ser tan infrecuente²⁷. Además, hay otros estudios que indican que los anticuerpos antifosfolípidos pueden estar asociados independientemente a hipertensión arterial pulmonar,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3382898>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3382898>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)