

11217

124 2_{ej}

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

I.S.S.S.T.E.

MORBIMORTALIDAD DE LA PACIENTE LUPICA EMBARAZADA

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD

DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. JAIME SILVA MENDOZA

MEXICO, D.F.

1989

ILSIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HORRUMORTALIDAD EN LA PACIENTE LUPICA EMBARAZADA.

- * DR. JAIME SILVA MENDOZA.
- ** DR. SALVADOR GAVIÑO AMBRIZ.
- *** DR. FERNANDO GAVIÑO GAVIÑO.
- **** DR. ROBERTO AHUED AHUED.

EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) ES UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE, CRÓNICA, SISTÉMICA, DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA. SU PRESENCIA POR SÍ SOLA CONSTITUYE UN GRAVE PROBLEMA, PERO CUANDO SE ASOCIA A LA GESTACIÓN REPRESENTA UN RIESGO ELEVADO PARA EL FETO Y LA MADRE, CON EL SUBSECUENTE DESARROLLO DE COMPLICACIONES MÉDICAS Y OBSTÉTRICAS.

SE PRESENTA FRECUENTEMENTE EN MUJERES JÓVENES EN PLENA EDAD REPRODUCTIVA, LO QUE INTERVIENE EN LA CAPACIDAD DE PROCREACIÓN DE LA PACIENTE. (1)

LAS PRIMERAS DESCRIPCIONES DE ESTA ENFERMEDAD SE REMONTAN HASTA HACE MÁS DE SIETE SIGLOS, PERO FUE HASTA EL AÑO DE 1972 EN

- * JEFE DE RESIDENTES DE LA DIVISIÓN DE GINECOOBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE.
- ** JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE.
- *** MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE.
- **** JEFE DE LA DIVISIÓN DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE.

QUE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ARTRITIS REUMATOIDE (ARA), REPORTÓ LOS CRITERIOS PRELIMINARES PARA LA CLASIFICACIÓN DEL LES; EN 1982 FUERON NUEVAMENTE REVISADOS EN BASE A SU SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD MODIFICÁNDOSE DE 14 CRITERIOS A ÚNICAMENTE 11. CUANDO SE ASOCIAN CUATRO O MÁS CRITERIOS DE LA ENFERMEDAD SE PUEDE ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO. (2, 3)

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HA DETECTADO UNA INMUNOGLOBULINA ADQUIRIDA POR ALGUNAS PACIENTES CON LUPUS QUE PROLONGA LOS TIEMPOS DE COAGULACIÓN DEPENDIENTES DE FOSFOLÍPIDOS DENOMINADO ANTICOAGULANTE LÚPICO.(4)

ESTA ENFERMEDAD SE PUEDE OBSERVAR DURANTE LA EDAD REPRODUCTIVA Y DADO QUE AFECTA DIFERENTES ÓRGANOS O SISTEMAS LA GRAVEDAD DEL PADECIMIENTO PUEDE SER DIFERENTE DE UN PACIENTE A OTRO. DESAFORTUNADAMENTE LAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS SON LIMITADAS Y LA PRESENCIA DEL EMBARAZO LAS RESTRINGE AÚN MÁS.

LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR PERIODOS INTERMITENTES DE EXACERBACIÓN Y REMISIÓN DE DURACIÓN VARIABLE. EL EMBARAZO PUEDE MODIFICAR LA EVOLUCIÓN DE ESTE PADECIMIENTO ASÍ COMO LA ENFERMEDAD AFECTAR EL PRONÓSTICO DE LA GESTACIÓN.(5)

LA PRESENTACIÓN CLÍNICA ES VARIADA Y DEPENDIENDO DEL SISTEMA U ÓRGANO INVOLUCRADO, ES FACTIBLE ESTABLECER SUBTIPOS CLÍNICOS Y EN BASE A LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS, SUBTIPOS SEROLÓGICOS.

DEBIDO AL GRAN PLEOMORFISMO Y COMPLICACIONES POTENCIALES DEL LUPUS ERITEMATOSO Y EMBARAZO SE DECIDIÓ ESTUDIAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL Y CONCEPCIONAL DEL DAÑO ORGÁNICO O SISTÉMICO MATERNO CON SUS REPER-

CUSIONES EN LA MORBINORTALIDAD DEL BINOMIO MATERNO FETAL, ADEMÁS DE CONOCER LA FORMA DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ASÍ COMO EL MANEJO ACTUAL DEL LES ASOCIADO A EMBARAZO EN NUESTRO MEDIO.

MATERIAL Y METODOS.

SE REALIZÓ UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, LONGITUDINAL, RETROSPECTIVO, DESCRIPTIVO Y ABIERTO, EN 14 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CERTERO DE LES ASOCIADO A EMBARAZO, (DURANTE Y HASTA LA TERMINACIÓN DEL MISMO), EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE DE 1986 A JULIO DE 1988, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA (EMBARAZO DE ALTO RIESGO) EN COORDINACIÓN CON EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE.

LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS SE REVISARON POR UNA SOLA PERSONA, RECABANDO LOS VALORES DE LAS VARIABLES DE: EDAD DE LA MADRE, EDAD DE INICIO DEL LES, CRITERIOS DEL LUPUS QUE PRESENTABAN LAS PACIENTES EN LA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD, ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS, ATENCIÓN PRENATAL, SEMANAS DE GESTACIÓN Y TENSIÓN ARTERIAL AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTÉTRICO, EXÁMENES DE LABORATORIO (PLAQUETAS, HEMOGLOBINA, TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA, IGG, ISA, IGM, Y COMPLEMENTO, TRATAMIENTO ANTEPARTO Y TRANSPARTO, RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO, TRATAMIENTO POSTPARTO, DATOS DEL RECIÉN NACIDO Y COMPLICACIONES MATERNAS.

A LOS RESULTADOS SE LES REALIZÓ MEDIA ARITMÉTICA, DESVIACIÓN ESTÁNDAR, PORCENTAJE Y SE SOMETIERON ALGUNAS VARIABLES A LA

PRUEBA DE CHI CUADRADA.

RESULTADOS.

LA EDAD DE LAS PACIENTES AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTÉTRICO SE ENCONTRÓ ENTRE LOS 23 Y 37 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 30.28 ± 3.56 AÑOS. LA FRECUENCIA MÁXIMA SE ENCONTRÓ EN EL GRUPO DE 30 A 34 AÑOS CON 8 PACIENTES (57.14%); LE SIGUIÓ CON 4 PACIENTES (28.58%) EL GRUPO DE 25 A 29 AÑOS; Y EL GRUPO DE 20 A 24 Y 35 A 39 AÑOS CON 1 PACIENTE (7.14%) CADA UNO.

EDAD DE INICIO DEL LES: SE PRESENTÓ DESDE LOS 14 A 32 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 25.3 ± 5.10 . SE OBSERVÓ LA MAYOR FRECUENCIA EN EL GRUPO DE 20 A 24 AÑOS, CON 6 PACIENTES (42.85%).

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL LES. SE OBSERVÓ UNA EVOLUCIÓN DE 1 A 8 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 4.21 (VER TABLA I).

PRESENCIA DE CRITERIOS DE LA ARA. UNA PACIENTE REUNIÓ SEIS CRITERIOS DE INCLUSIÓN, CINCO PACIENTES PRESENTARON CINCO CRITERIOS Y OCHO PACIENTES CUATRO CRITERIOS. LOS CRITERIOS OBSERVADOS SE LISTAN EN LA TABLA II.

LA EDAD DE MENARCA (9 A 16 AÑOS), RITMO MENSTRUAL (22 A 34 DÍAS), DURACIÓN (3 A 6 DÍAS), E INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA (16 A 33 AÑOS) SE ENCONTRÓ DENTRO DE LÍMITES NORMALES PARA LA POBLACIÓN.

EL NÚMERO DE GESTACIONES PUEDE OBSERVARSE EN LA TABLA III.

NÚMERO DE PARTOS PREVIOS. SÓLO DOS PACIENTES TENÍAN UN PARTO ANTERIOR Y UNA DOS PARTOS. NINGUNA TENÍA EL ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA.

NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS. SU FRECUENCIA LA PODEMOS OBSERVAR

EN LA FIGURA 1.

ATENCIÓN PRENATAL. LA VIGILANCIA DE ESTAS PACIENTES SE LLEVÓ A CABO EN EL SERVICIO DE MEDICINA PERINATAL. SE REALIZARON ULTRASONIDOS PERIÓDICOS PARA DETERMINAR EL BIENESTAR FETAL, ADemás DE CARDIOTOCOGRAFÍA EN LOS PRODUCTOS DE MAs DE 31 SEMANAS DE GESTACIÓN.

LAS SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTÉTRICO FUERON DE 13 A 40.5 SEMANAS CON UN PROMEDIO DE 31.5 ± 8.42 SEMANAS. VER TABLA IV.

LAS CIFRAS TENSIONALES REGISTRADAS DURANTE EL EVENTO OBSTÉTRICO SE OBSERVAN EN LA FIGURA 2 Y 3.

LA HEMOGLOBINA AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTÉTRICO FUE DE 7.5 G A 12.9 G/100 ML CON UNA MEDIA DE 10.42 ± 1.53 G. LAS FRECUENCIAS LAS PODEMOS OBSERVAR EN LA FIGURA 4.

EL RECUENTO PLAQUETARIO SE REPORTÓ ENTRE 225,000 Y 390,000 PLAQUETAS, CON UNA MEDIA DE $302,500 \pm 48,188$ PLAQUETAS.

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA. LOS VALORES OBTENIDOS SE PUEDE OBSERVAR EN LA FIGURA 5 (VALORES NORMALES DE 30 A 45").

LAS TITULACIONES DE INMUNOGLOBULINAS, SÓLO SE REALIZARON EN 11 DE LAS 14 PACIENTES. SE OBSERVÓ AUMENTO EN 2 PACIENTES A EXPENSAS DE LA IgG (2030 Y 3120 Vs. 800 A 1600 U) , EN UNO LA IgA (740 Vs 150 A 400 U) Y EN CINCO LA IgM (738, 559, 338, 220, 163 Vs 50 A 150 U).

EL COMPLEMENTO C3 SE ENCONTRÓ EN TRES PACIENTES POR ABAJO DE LOS VALORES NORMALES (83 A 177 U); EL C4 SE ENCONTRÓ DISMINUÍDO EN UNA PACIENTE Y EL COMPLEMENTO HEMOLÍTICO (CH50) SE ENCONTRÓ DISMINUÍDO EN SEIS PACIENTES.

TRATAMIENTO ANTEPARTO. EN TODAS LAS PACIENTES FUE A BASE DE PREDNISONA A DOSIS VARIABLES (5 A 50 MG POR DÍA), SOLA (3 CASOS) O COMBINADA (11 PACIENTES) CON OTROS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS COMO NIFEDIPINA, FUROSEMID, ALFA METIL DOPA, PRAZOSIN, CLORTALIDONA, PROPRANOLOL, HIDRALAZINA Y CAPTOPRIL; EN UNA PACIENTE CON UNA EVOLUCIÓN DEL LUPUS DE 16 AÑOS SE TRATÓ CON INMURAN. CUANDO LA CIFRA TENSIONAL DIASTÓLICA FUE MENOR DE 100 MM DE HG SE INDICÓ DIETA HIPOSÓDICA Y REPOSO ADEMÁS DE LA PREDNISONA; CUANDO LA DIASTÓLICA FUE SUPERIOR A 100 MM DE HG SE AGREGÓ UN ANTIHIPERTENSIVO, QUE FUE SELECCIONADO EN BASE A LA EXPERIENCIA DEL MÉDICO TRATANTE, EN ESTOS CASOS LA PACIENTE FUE HOSPITALIZADA PARA SU MEJOR CONTROL.

TRATAMIENTO TRANSPARTO. SÓLO A DOS PACIENTES SE LES INDICÓ DEXAMETASONA TRANSPARTO Y A UNA PACIENTE DURANTE LA CESÁREA SE ADMINISTRÓ 200 MG DE HIDROCORTISONA.

LA RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO FUE DE 3 ABORTOS (21.43%), SIETE PARTOS (50%) Y 4 CESÁREAS (28.57%).

LOS ABORTOS SE CONSIDERARON TANTO POR LA EDAD GESTACIONAL (MENOR A 20 SEMANAS) COMO POR EL PESO MENOR A 500 G. UNO FUE ESPONTÁNEO DEL 1ER TRIMESTRE Y SE REALIZÓ CONDUCCIÓN CON OXITOCINA; DOS POR MUERTE FETAL IN ÚTERO Y FUERON INDUCIDOS CON PROSTAGLANDINA PGE2 INTRACERVICAL ASOCIADO A OXITOCINA INTRAVENOSA.

SIETE PACIENTES (50 %) PRESENTARON PARTOS EUTÓCICOS CON PESO DE 900 A 3,550 G (VER PESO AL NACER, MÁS ADELANTE).

LAS CUATRO CESÁREAS FUERON INDICADAS POR: TRAZO NO REACTIVO (2), PRESENTACIÓN PÉLVICA (1), E HIPERTENSIÓN GRAVE CON FETO VI-

ABLE Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (1).

TRATAMIENTO POSTPARTO. SE REQUIRIÓ DE DOSIS MENORES DE PREDNISONA DURANTE EL PUERPERIO (LA DOSIS FUE AJUSTADA EN BASE A LOS CRITERIOS CLÍNICOS) EN CUATRO PACIENTES; TRES FUERON EGRESADAS CON LA MISMA DOSIS; Y SIETE PACIENTES CON DOSIS MAYOR. SE AGREGÓ ANTIBIÓTICO A SEIS PACIENTES (CUATRO POR HABERSE SOMETIDO A CESÁREA COMO PROFILÁCTICO), EN OTRAS DOS COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO POR RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS. LAS DIEZ PACIENTES HIPERTENSAS FUERON EGRESADAS CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.

PESO AL NACER. DE LOS OCHO PRODUCTOS QUE NACIERON VIVOS, CINCO (62.5%) TUVIERON PESO MENOR A 2.500 G Y TRES (37.5%) PESO MAYOR A 2.501 G COMO SE PUEDE OBSERVAR EN LA FIGURA 6, EL PESO PROMEDIO FUE DE 1.520 ± 1.108 G. NUEVE DE LOS 14 PRODUCTOS OBTENIDOS TUVIERON UN PESO MENOR A 2 500 G.

COMPLICACIONES. CUATRO PACIENTES TUVIERON INFECCIÓN. DOS DE ELLAS (UNA DE ABORTO Y UNA DE CESÁREA) TUVIERON RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS) Y REQUIRIERON LEGRADO COMPLEMENTARIO; DURANTE EL LEGRADO DEL ABORTO SE PERFORÓ LA PARED UTERINA, Y SE REALIZÓ CIERRE PRIMARIO DE LA LESIÓN (PACIENTE NULÍPARA). OTRA DE ELLAS PRESENTÓ HEMORRAGIA PUEPERAL TARDÍA, POR LO QUE PRACTICÓ LEGRADO UTERINO CON LA EXTRACCIÓN DE COÁGULOS, POSTERIORMENTE PRESENTÓ INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA Y ENDOMETRITIS. DEBIDO A LA EVOLUCIÓN TÓRPIDA AMERITÓ LA REALIZACIÓN DE LAPAROTOMÍA EXPLORADORA, FALLECIENDO A LAS POCAS HORAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA. OTRA PACIENTE POSTOPERADA DE CESÁREA TUVO INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. SE REALIZÓ LA CORRELACIÓN DE VARIABLES A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE CHI CUADRADA, Y LOS RESULTADOS SE OBSERVAN EN LA TABLA V.

DISCUSION

LA EDAD DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTÉTRICO TUVO UN PROMEDIO DE 30.2 AÑOS, MATHIAS REPORTA UN PROMEDIO DE 28 AÑOS, LO QUE COINCIDE CON EL GRUPO ESTUDIADO. (2)

LA EDAD DE INICIO DEL LES PROMEDIO DE 25.3 ± 5.10 AÑOS, PROPICIA LA ASOCIACIÓN ENTRE LUPUS Y EMBARAZO, COMO SE HA REPORTADO. (2)

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE ACTIVIDAD LÚPICA EN EL EVENTO OBSTÉTRICO EN NUESTRO ESTUDIO SON SIMILARES A LAS REPORTADAS EN LA LITERATURA (VER TABLA II). (6)

LOS ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS (MENARCA, RITMO MENSTRUAL, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA, NÚMERO DE EMBARAZOS Y NÚMERO DE PARTOS PREVIOS) SE ENCONTRARON DENTRO DE LOS PARÁMETROS HABITUALES DE LA POBLACIÓN, NO SE ENCONTRÓ EL ANÁLISIS EN LA LITERATURA DE ESTAS VARIABLES.

LAS PACIENTES QUE TENÍAN EL ANTECEDENTE DE ABORTO PREVIO FUERON 9 (64.31%), Y DE ELLAS EN 7 (50%) HABÍA SIDO ESPONTÁNEO; DADO QUE LA FRECUENCIA DE ABORTO ESPONTÁNEO EN LA POBLACIÓN GENERAL ES DE UN 15 A 20% DE TODOS LOS EMBARAZOS, EL AUMENTO DE LA FRECUENCIA DEL ABORTO EN EL GRUPO ESTUDIADO NOS HABLA DE UNA DISMINUCIÓN EN LA CAPACIDAD DE LLEVAR A FELIZ TÉRMINO UN EMBARAZO. (1)

LA ATENCIÓN PRENATAL SE EFECTUÓ EN EL SERVICIO DE MEDICINA

PERINATAL COORDINADO CON EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. EL CUIDADO DE LA PACIENTE EMBARAZADA TUVO COMO OBJETO EL PREVENIR UN RESULTADO FETAL ADVERSO, CUIDANDO AL BINOMIO MIENTRAS QUE SE DESARROLLA TANTO AL EMBARAZO COMO EL PARTO, VIGILANDO LA PRESENTACIÓN DE ACTIVIDAD LÚPICA PARA DIAGNOSTICAR EN FORMA PRECOZ Y DAR TRATAMIENTO OPORTUNO.

EN RELACIÓN A LAS SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTÉTRICO (VER TABLA IV), SE PRESENTÓ UN ELEVADO PORCENTAJE DE PARTOS PRETÉRMINO (PROMEDIO DE LA EDAD GESTACIONAL DE 31.5 SEMANAS). EL LES AFECTA A LA UNIDAD FETOPLACENTARIA, EL RESULTADO FETAL DEPENDERÁ DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD; SE ESTIMA QUE EL ABORTO ESPONTÁNEO SE PRESENTA EN ESTAS PACIENTES EN UN 5 A 40%. EN NUESTRO ESTUDIO ENCONTRAMOS UNA FRECUENCIA DE ABORTO DE 21.43%; LA FRECUENCIA DE PARTOS PREMATUROS EN LA POBLACIÓN OBSTÉTRICA GENERAL TIENE UNA FRECUENCIA DE 13%. EN NUESTRO ESTUDIO ENCONTRAMOS UNA FRECUENCIA DE 42.86%. LO QUE SUGIERE QUE EL LUPUS Y SUS COMPLICACIONES FAVORECE EN FORMA IMPORTANTE LA PRESENCIA DE PREMATUREZ. (1, 7)

LAS CIFRAS TENSIONALES SE ENCONTRARON ELEVADAS EN 10 PACIENTES (71.42%), EL DIAGNÓSTICO ENTRE TOXEMIA GRAVÍDICA Y LUPUS NO SE DIFERENCIÓ DADO QUE LAS DOS ENTIDADES INCLUYEN EDEMA PROTEINURIA E HIPERTENSIÓN; EN LA LITERATURA SE REPORTA QUE LA HIPERTENSIÓN SE OBSERVA EN EL 18 A 25 % DE TODAS LAS PACIENTES EMBARAZADAS CON LES. LLAMA LA ATENCIÓN LA BAJA FRECUENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL REPORTADA POR AUTORES EXTRANJEROS, QUE SEGURAMENTE ES DEBIDO A LA IDIOSINCRASIA DE NUESTRA POBLACIÓN, O A QUE EL FACTOR ETIOLÓGICO DE LA TOXEMIA GRAVÍDICA INTERVIENE DE

ALGUNA MANERA EN LA MANIFESTACIÓN DEL LUPUS. (8)

LA HEMOGLOBINA SE ENCONTRÓ POR DEBAJO DE 10.9 G (FIGURA 4) EN 9 PACIENTES (64.31%); SE REPORTA EN LA LITERATURA QUE ESTA ALTERACIÓN HEMATOLÓGICA ES FRECUENTE (57 A 78%) EN ESTAS PACIENTES, Y QUE ESTE ES RESULTADO DE UN PROCESO CRÓNICO QUE DE UNA NATURALEZA AUTOINMUNE. (9)

LAS PLAQUETAS SE ENCONTRARON DENTRO DE LÍMITES NORMALES. ALGUNAS SERIES HAN REPORTADO TROMBOCITOPENIA Y PROTEINURIA. (3)

ZLATNIK MENCIONA QUE LAS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PUEDEN TENER UNA INMUNOGLOBULINA CIRCULANTE RELACIONADA CON UNA PROLONGACIÓN DEL TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA Y QUE PARADÓJICAMENTE NO SE RELACIONA CON HEMORRAGIA, SINO CON TROMBOSIS. LAS PACIENTES CON ESTE PROBLEMA TIENEN FRECUENTEMENTE VDRL FALSOS POSITIVOS Y PUEDEN PRESENTAR HISTORIA CLÍNICA DE TROMBOFLEBITIS Y EN GENERAL PRESENTAN GRAN NÚMERO DE COMPLICACIONES TALES COMO NACIMIENTOS DE FETO MUERTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE; EN EL PRESENTE ESTUDIO SE OBSERVÓ PROLONGACIÓN DEL TPT EN 5 (35.71%) PACIENTES; AL RELACIONAR AL TPT CON EL RESULTADO DEL EMBARAZO Y CON EL PESO DEL PRODUCTO (MENOR A 2500 G) NO SE ENCONTRÓ DIFERENCIA ESTADÍSTICA SIGNIFICATIVA ($P > 0.05$). SIN EMBARGO LAS VARIABLES SE APROXIMAN AL VALOR DE SIGNIFICANCIA, POR LO QUE TAL VEZ AL ESTUDIAR A UN MAYOR NÚMERO DE PACIENTES PUEDA OBTENERSE ALGUNA RELACIÓN. (4)

LAS INMUNOGLOBULINAS SE ENCUENTRARON ELEVADAS LIGERAMENTE EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS. THEOFILOPOULOS SEÑALA QUE LA ELEVACIÓN SE DEBE A QUE SE SECRETAN FACTORES T COOPERADORES QUE ESTIMULAN A UNA CANTIDAD ANORMAL DE CÉLULAS B PARA QUE SECRETEN O INDUZCAN A

UNA MAYOR SECRECIÓN DE INMUNOGLOBULINAS POR ARRIBA DEL UMBRAL SUBCLÍNICO. (10)

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE OBSERVA QUE LOS VALORES DEL COMPLEMENTO SE ENCUENTRAN DISMINUIDOS EN 7 (50%) PACIENTES; EL COMPLEMENTO HEMOLÍTICO (CH50) SE ENCONTRÓ DISMINUIDO EN 6 (42.85%); AL RELACIONARSE ESTA VARIABLE CON EL NÚMERO DE PRODUCTOS VIVOS NO TUVO SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA ($P > 0.05$). SIN EMBARGO AL RELACIONARSE CON EL PESO DEL PRODUCTO SE ENCONTRÓ UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA ($P < 0.05$) ENTRE DISMINUCIÓN DE CH50 Y BAJO PESO. (VER TABLA V)

AL RELACIONAR LAS VARIABLES C3 CON LA RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Y CON EL PESO DEL PRODUCTO, LOS RESULTADOS FUERON NO DEPENDIENTES PARA CHI CUADRADA ($P > 0.05$). BUYON Y COLS, SEÑALAN QUE EXISTE UNA RELACIÓN IMPORTANTE ENTRE LOS NIVELES DE C3 Y C4 Y CON LA EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD. (8)

DURANTE LA GESTACIÓN LA CAÍDA DEL COMPLEMENTO ES UN EXCELENTE DATO PRONÓSTICO QUE NOS ALERTA PARA EL FENÓMENO DE EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD. SE REPORTA EN LA LITERATURA QUE LOS NIVELES DE C3 Y C4 SON ÚTILES PARA HACER EWL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LUPUS Y PREECLAMPSIA. (8)

EN EL TRATAMIENTO ANTEPARTO FUERON USADOS ESTEROIDES SOLOS O EN COMBINACIÓN CON FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS; LA DOSIS DE CORTICOIDE SE AJUSTA EN FORMA INDIVIDUAL EN BASE A LA RESPUESTA CLÍNICA. EN EL CASO DE LA PACIENTE EN LA QUE SE UTILIZÓ HIDRALAZINA PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN, ES IMPORTANTE SEÑALAR DE QUE NO DEBE ADMINISTRARSE DEBIDO A QUE PUEDE DESENCADENAR UN SÍNDROME SEMEJANTE AL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CARACTERIZADO POR POLIARTRALGIAS, ARTRITIS, PLEURITIS Y ANTICUERPOS ANTINUCLEARES POSITIVOS, LO CUAL ES CONSIDERADO UNA CONDICIÓN BENIGNA QUE SE RESUELVE SIN SECUELAS PERMANENTES. (11)

SYROP SEÑALA QUE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y LAS PRIMERAS HORAS DE PUERPERIO DEBE ADMINISTRARSE DE 100 A 150 MG DE HIDROCORTISONA CADA 8 HORAS CON EL FIN DE EVITAR LA EXACERBACIÓN DEL LUPUS EN EL POSTPARTO. (12)

LA VÍA DE LA RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO DEBE INDIVIDUALIZARSE, Y DEBE LLEVARSE A CABO DE ACUERDO A UNA PRÁCTICA OBSTÉTRICA CORRECTA, LA FRECUENCIA DE CESÁREA EN PACIENTES LÚPICAS SE REPORTA EN LA LITERATURA DE UN 12.9 A UN 59%, EN NUESTRO ESTUDIO SE OBSERVÓ UNA FRECUENCIA MEDIA DE (28.57%). LA CESÁREA NO BRINDA NINGÚN BENEFICIO A LAS PACIENTES NI A SUS PRODUCTOS CUANDO NO EXISTE UNA INDICACIÓN OBSTÉTRICA PRECISA, EN CAMBIO SI AUMENTA LA MORBILIDAD DE LA MADRE. (12)

EL TRATAMIENTO POSTPARTO DEBERÁ AJUSTARSE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PACIENTE Y PRESENCIA DE ACTIVIDAD LÚPICA; DEBERÁ VALORARSE LOS RIESGOS-BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN PACIENTES QUE SE LES ADMINISTRAN CORTICOIDES Y FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS. (13)

SE ENCONTRÓ UN ALTA FRECUENCIA DE BAJO PESO AL NACIMIENTO, QUE EN PARTE SE RELACIONA CON LA PREMATUREZ, PERO AL ANÁLISIS POR EDAD GESTACIONAL ENCONTRAMOS EN 9 (64.28%) DE LOS PRODUCTOS UN PESO MENOR AL ESPERADO POR EDAD GESTACIONAL. (12)

MATHIAS REPORTA COMPLICACIONES INFECCIOSAS, HEMORRÁGICAS Y MUERTE MATERNA SECUNDARIA A COMPLICACIONES DEL LES, EN NUESTRO ESTUDIO ENCONTRAMOS UNA FRECUENCIA DE 28.57% DE INFECCIÓN Y UN

CASO DE MUERTE MATERNA SEPSIS. LA PRESENCIA DE RESTOS PLACENTARIOS EN LAS PACIENTES, NOS HABLAN DE UNA DEFICIENTE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y SIN DUDA CONTRIBUYÓ EN FORMA IMPORTANTE A LA PRESENCIA DE INFECCIÓN, LA ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES PROBABLEMENTE TAMBIÉN PARTICIPA EN LA PATOGÉNESIS DE LA INFECCIÓN. (2)

CONCLUSIONES.

EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO AL EMBARAZO CONSTITUYE UNA SITUACIÓN DE ALTO RIESGO PARA LA MADRE Y EL FETO, POR LO QUE DEBEN HACERSE EVALUACIONES PERIÓDICAS DE LOS CRITERIOS DE LA ARA PARA DETECTAR LOS PERÍODOS DE EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

EL LES SE ACOMPAÑA DE UNA MAYOR FRECUENCIA DE ABORTO ESPONTÁNEO Y PREMATUREZ.

LA MADRE PRESENTA UNA MAYOR POSIBILIDAD DE DESENCADENAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ANEMIA.

EL COMPLEMENTO HEMOLÍTICO DISMINUIDO SE RELACIONÓ SIGNIFICATIVAMENTE CON RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.

AGRADECIMIENTO.

EXPRESAMOS NUESTRA GRATITUD AL MATEMÁTICO JORGE GALICIA TAPIA Y AL INGENIERO JOSÉ DE JESÚS RODRÍGUEZ SALINAS SU PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO.

BIBLIOGRAFIA.

1. HAYSLETT JP, REECE A. SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND PREGNANCY. CLINICS IN PERINATOLOGY 1985;12(3):539.

2. MATHIAS L, NOBILE L, NESTAREZ JE, CURY M, SALOMÃO AJ, NEME B. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EMBARAZO. ESTUDIO DE 44 PACIENTES. GINEC OBSTET MEX 1984;52:195.

3. BAEZA-BACAB MA, ALVAREZ C. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE REUMATISMO (1982), EN 42 NIÑOS. BOL MED HOSP INFANT MEX 1986;43:242.

4. ZLATNIK F. TRATAMIENTO DE LA MUERTE FETAL. CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS 1986;2:279.

5. EL ROEY A, SHOENFELD Y. AUTOIMMUNITY AND PREGNANCY. AM J REPROD IMMUNOL MICROBIOL 1985;9:25.

6. MCGEE CD, MAKOWSKI EL. SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN PREGNANCY. AM J OBSTET GYNECOL 1970;107:1008.

7. FRAGA A, MINTZ G, DROZCO JH. STERILITY AND FERTILITY RATES, FETAL WASTAGE AND MATERNAL MORBIDITY IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. J RHEUMATOL 1974;1:293.

8. BUYON JP, CRONSTEIN BN, MORRIS M, TANNER M, WEISSMANN G. SERUM COMPLEMENT VALUES (C3 AND C4) TO DIFFERENTIATE BETWEEN SYSTEMIC LUPUS ACTIVITY AND PRE-ECLAMPSIA. AM J MED 1986;81:194.

9. BUDMAN DR, STEINBERG AD. HEMATOLOGIC ASPECTS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. ANN INTERN MED 1977;86:220.

10. THEOFILOPOULOS A. AUTOINMUNIDAD EN: INMUNOLOGÍA BÁSICA Y CLÍNICA, STITES D, STOBOJ, FUDENBERGJ., WELLS J. QUINTA EDICIÓN, EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, MÉXICO D.F. 1985.

11. DOHERTY M, MADDISON P, GREY R. HYDRALAZINE INDUCED LUPUS SYNDROME WITH EYE DISEASE. BR MED J 1985;290:675.

12. SYROP CH, VARNER MW. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS 1983;3:657.

13. LOCKSHIN M, REINITZ E, DRUZIN M, MURRMAN M, ESTES D. LUPUS PREGNANCY; CASE CONTROL PROSPECTIVE STUDY DEMONSTRATING ABSENCE OF LUPUS EXACERBATION DURING OR AFTER PREGNANCY. AM J MED 1984;77:893.

RESUMEN.

SE ESTUDIARON LOS EXPEDIENTES DE 14 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CERTERO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) ASOCIADO AL EMBARAZO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE DE 1985 A JULIO DE 1988 EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", DEL ISSSTE.

SE EVALUARON LAS SIGUIENTES VARIABLES: EDAD MATERNA, EDAD DE INICIO DEL LES, CRITERIOS DEL LUPUS QUE PRESENTABAN LAS PACIENTES EN LA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD, ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS, ATENCIÓN PRENATAL, SEMANAS DE GESTACIÓN, ESTUDIOS DE LABORATORIO, TRATAMIENTO ANTEPARTO, TRANSPARTO Y POSTPARTO, DATOS DEL RECIÉN NACIDO Y COMPLICACIONES MATERNAS. EL 50% DE LAS PACIENTES TENÍAN ANTECEDENTE DE ABORTO; HUBO UN ALTO PORCENTAJE DE PARTOS PRETÉRMINO (42.86%); EL 71.42% DE LAS PACIENTES CURSARON CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL; EL 64.31% TUVO ANEMIA; EL TRATAMIENTO FUE A BASE DE CORTICOIDES Y FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS; SE ENCONTRÓ UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE LOS VALORES DE COMPLEMENTO HEMOLÍTICO DISMINUIDO Y PESO DEL PRODUCTO.

TABLA I.

TIEMPO DE EVOLUCION DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y RESOLUCION OBSTETRICA.

TIEMPO DE EVOLUCION	# DE PACIENTES	RESULTADO OBSTETRICO	
		PRODUCTO VIVO	ABORTO/OBITO
1 AÑO	4	3	1
2 AÑOS	2	2	
4 AÑOS	1		1
5 AÑOS	1		1
7 AÑOS	4	2	2
8 AÑOS	2	1	1

TABLA II

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION
ENCONTRADOS EN PACIENTES CON LUPUS Y EMBARAZO.

CRITERIO	NUMERO DE CASOS	%
ARTRITIS	13	92.88
RASH MALAR	12	85.72
ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS	9	64.31
ALTERACIONES RENALES	8	57.15
ULCERAS ORALES	6	42.85
ALTERACIONES NEUROLÓGICAS	4	28.57
RASH DISCOIDAL	3	21.43
FOTOSENSIBILIDAD	3	21.43
SEROSITIS	3	21.43
VDRL FALSO POSITIVO	2	14.28
ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS	1	7.12

TABLA III

NUMERO DE GESTACIONES EN PACIENTES CON LUPUS Y EMBARAZO.

GESTACIONES	NÚMERO DE CASOS	%
I	4	28.58
II	4	28.58
III	4	28.58
IV	1	7.13
V	0	0
VI	1	7.13
TOTAL	14	100

TABLA IV
SEMANAS DE GESTACION AL MOMENTO DEL EVENTO OBSTETRICO.

SEMANAS DE GESTACION	FRECUENCIA	%
13 A 20	3	21.43
21 A 36	6	42.86
37 A 42	5	35.71
TOTAL	14	100

ESTA TESIS NO DEBE
 TABLA V SALIR DE LA BIBLIOTECA
 ANALISIS ESTADISTICO (CHI CUADRADA).

VARIABLE 1	VARIABLE 2	CRITERIO DE CLASIFICACION
RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.	C3	NO DEPENDIENTE P > 0.05.
PESO DEL PRODUCTO.	C3	NO DEPENDIENTE P > 0.05
RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.	*TPT	NO DEPENDIENTE P > 0.05
PESO DEL PRODUCTO.	*TPT	NO DEPENDIENTE * P > 0.05
PRODUCTOS VIVOS.	*CH50	NO DEPENDIENTE * P > 0.05
PESO DEL PRODUCTO.	*CH50	DEPENDIENTE P < 0.05

* LAS VARIABLES SE APROXIMAN AL CRITERIO DE DEPENDENCIA.

* TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA.

* COMPLEMENTO HEMOLITICO.

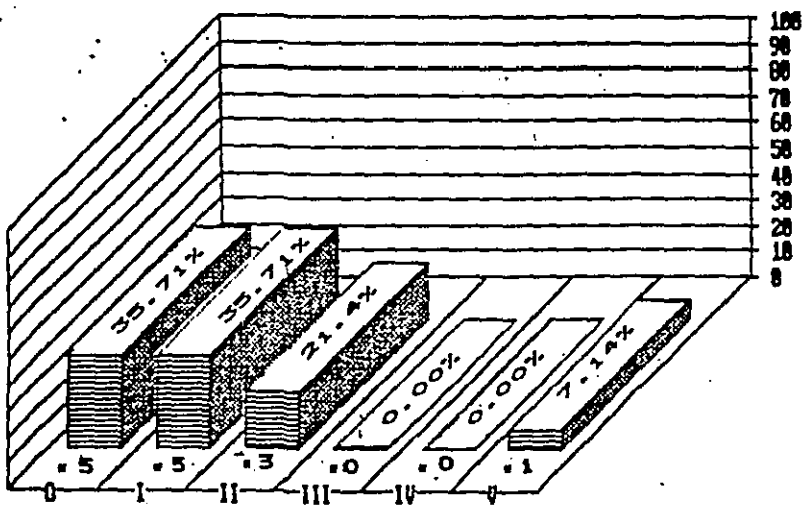


FIGURA 1. NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS.

* NÚMERO DE PACIENTES.

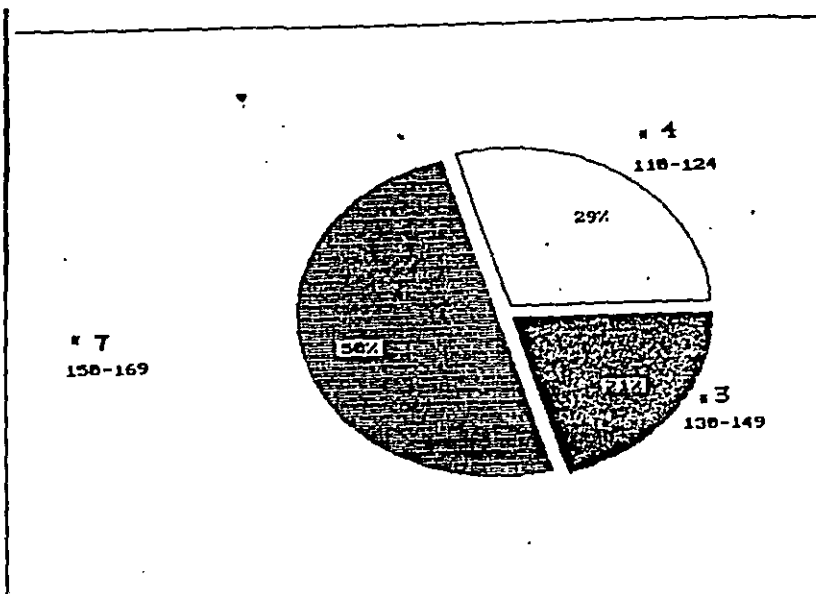


FIGURA 2. TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN MILIMETROS DE MERCURIO.

* NÚMERO DE PACIENTES.

* 9
85-100

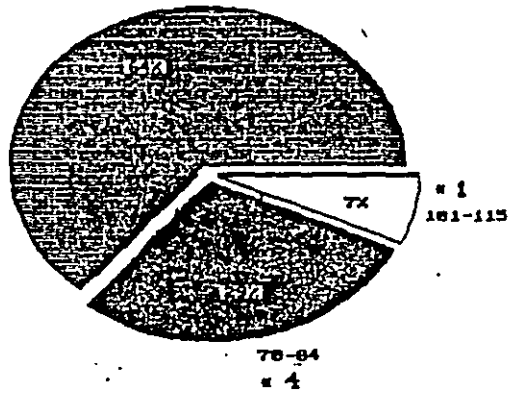


FIGURA 3. TENSION ARTERIAL DIASTOLICA EN MILIMETROS DE MERCURIO.
* NÚMERO DE PACIENTES.

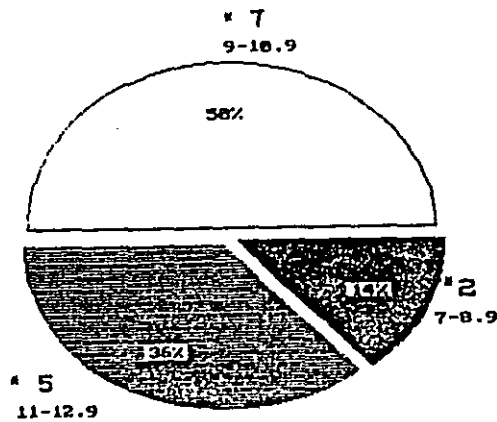


FIGURA 4. HEMOGLOBINA DE LAS PACIENTES EN EL MOMENTO DEL EVENTO
OBSTÉTRICO EN GRAMOS POR 100 ML.
* NÚMERO DE PACIENTES.

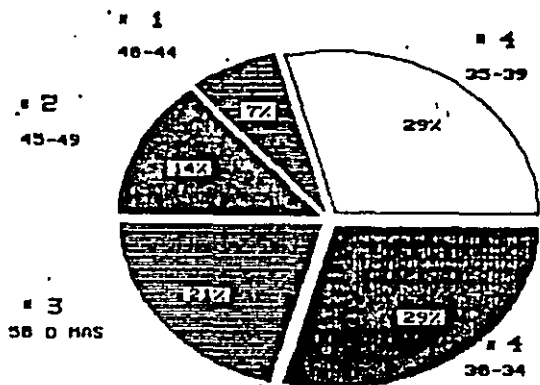


FIGURA 5. TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA EN SEGUNDOS.

* NÚMERO DE PACIENTES.

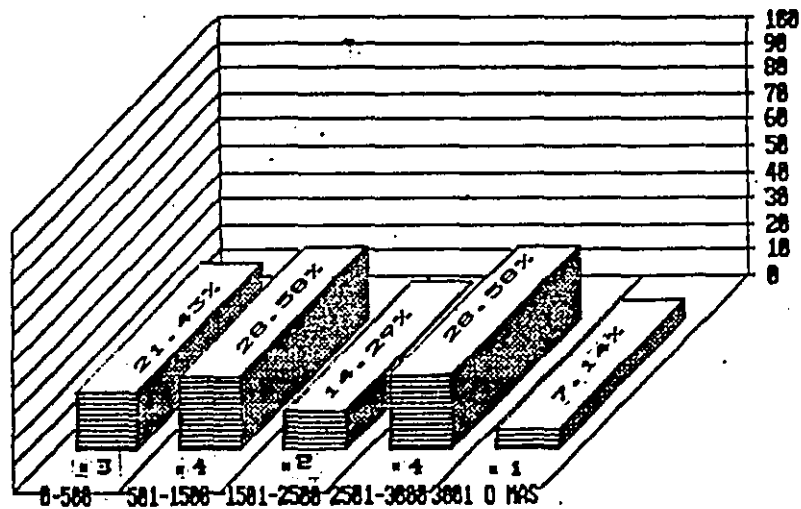


FIGURA 6. PESO DEL RECIÉN NACIDO EN GRAMOS.

* NÚMERO DE PACIENTES.