

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



211
1977
1978

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
CENTRO MEDICO NACIONAL

SINDROME DE TAKAYASU Y EMBARAZO



TESIS DEL CURSO DE POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTADA POR;

DRA. MARIA GUADALUPE MIREYA PICHARDO VILLALON

Asesor: DR. EDUARDO DE LA LUNA Y OLSEN



2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



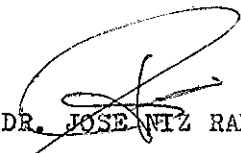
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

MI GRATITUD HACIA :


EL DR. JOSE RUIZ RAMOS POR HABER SIDO TAN GENTIL EN
FACILITARME INFORMACION NECESARIA PARA LLEVAR A CABO
LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

DE LA MISMA MANERA QUIERO EXPRESAR MI AGRADECIMIEN
TO AL DR. EDUARDO DE LA LUNA Y OLSEN POR SU APOYO EN
LA DIRECCION DE MI TESIS.

Febrero 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES:

CON INMENSO CARIÑO Y RESPETO

POR SABERME GUIAR TAN AFANOSAMENTE

Y CON TANTO AMOR DURANTE MI FORMACION.

INVIERNO 1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS HERMANOS:
POR TODO SU APOYO
PARA CONVERTIRME EN PROFESIONISTA.

INVIERNO 1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SINDROME DE TAKAYASU Y EMBARAZO

INTRODUCCION

El Síndrome de Takayasu descrito por primera vez en el año de 1908 por un oftalmólogo japonés, a quien debe su nombre el cuadro, afecta fundamentalmente a mujeres en edad reproductiva (1). A lo largo del tiempo ha recibido varias sinonimias, las más conocidas son "Enfermedad sin Pulsos" (2,3) y "Arteritis de la Mujer Joven" (4).

Su etiología hasta la fecha es desconocida. Se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias i inespecíficas en los grandes vasos arteriales (2,3,4). La sintomatología se encuentra referida a los órganos que los vasos afectados irrigan, manifestándose fundamentalmente por debilidad, vértigo, parestesias faciales y de porciones distales de extremidades, alteraciones visuales y auditivas, mareo, síncope, disminución o ausencia de pulsos en extremidades superiores y de cuello (2,3,4, 5,6). No obstante, sobre estos datos clínicos caracteris

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ticos se pueden presentar múltiples combinaciones ó, en ocasiones, pudieran no manifestarse algunos de ellos.

Se le ha considerado como una entidad clínica rara y más aún cuando se encuentra asociado al embarazo. Hasta la fecha sólo se han reportado 15 casos en la literatura mundial; por su rareza, el curso de la gestación no puede ser predecible y debido a ello existen múltiples controversias en cuanto a su manejo y pronóstico. Se ha postulado que debido al compromiso vascular existente parece haber un riesgo elevado de complicaciones hipertensivas durante el embarazo (7,8).

En el presente reporte se analizan cuatro casos de Síndrome de Takayasu y embarazo, uno de ellos con dos gestaciones, manejados en el Departamento de Perinatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional. Así mismo se hace la revisión de la literatura mundial en relación a dicha asociación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 1.- Secundigesta de 25 años de edad; a los 14 años se le diagnosticó Síndrome de Takayasu por medio de arteriografía; el cuadro clínico se caracterizó básicamente por mareos y lipotimias repetitivas; fué tratada a base de prednisona y cloroftalidona. Su primer embarazo — en 1975 culminó en aborto espontáneo del primer trimestre. En el mes de septiembre de 1976 se recibió en nuestro servicio cursando con 32 semanas de gestación; se le encontró con disnea de pequeños esfuerzos, soplos carotídeos — y thrill bilateral, pulsos ausentes en miembro torácico izquierdo; vértigo y claudicación de miembros inferiores. El fondo uterino a 27 cm del borde superior de pubis, cifras tensionales de 130/80. No hubo exacerbación de los síntomas durante el embarazo hasta la semana 36 que presentó elevación de tensión arterial de 170/115 mm Hg. albuminuria de 3 g/l. Se inició tratamiento con alcaloides de rawolfia y diazepam, sin obtener control de las cifras tensionales, por lo que se decide practicar cesárea en la semana 38 bajo anestesia general obteniéndose producto de sexo femenino con peso de 2,680 g. calificado con Apgar/Silverman 9/1. Durante el transoperatorio se efectuó exploración abdominal, encontrándose ausencia de pulsos a nivel de bifurcación de aorta, thrill en arco celiaco, dilatación postestenótica entre el mismo y las arterias renales. El estudio histopatológico de la placenta reportó-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hipotrofia, cambios degenerativos moderados, trombosis intervellosa, hipovascularización y signos focales intensos de hipoxia del trofoblasto. La evolución posterior fué satisfactoria para el binomio.

CASO 2.- Primigesta de 25 años. En 1975 se le diagnosticó el Síndrome de Takayasu, éste se efectuó por medio de arteriografía; el cuadro clínico se caracterizó por mareos, vértigo e hipoacusia progresiva. El tratamiento fué a base de dipiridamol y prednisolona; inició su estudio en nuestro servicio con 15 semanas de gestación en marzo de 1978. A su ingreso se encontró disminución del pulso carotídeo izquierdo, ausencia de pulsos en miembro torácico y disminución de los mismos en miembro pélvico izquierdo. Pulsos contralaterales normales. Tensión arterial 120/80 mmHg. Fondo uterino a 11 cm por arriba del borde superior del pubis. Frecuencia cardiaca fetal normal. Una urografía excretora y angiografía renal previas al embarazo, reportaron exclusión del riñón y arteria renal izquierdos, a nivel de su bifurcación en aorta. En la semana 25 presentó amenaza de parto prematuro que cedió con el uso de isoxuprina, 20 mg cada 3 horas vía oral, con la cual se mantuvo hasta la semana 35. En el inicio de la semana 30 presentó exacerbación de la sintomatología agregándose mareo, lipotimias, hipoacusia bilateral y vértigo. En la semana 36 hubo elevación de -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las cifras tensionales hasta 170/110 mmHg y albuminuria de 2 g/l por lo que se hospitalizó, logrando la estabilización con fenobarbital y alcaloides de la rawolfia. -- Las pruebas de condicion fetal mediante cardiotocografía externa resultaron normales. En la semana 40 nuevamente presentó elevación de las cifras tensionales por lo que se decide la interrupción del embarazo por vía abdominal bajo anestesia general. Se obtuvo producto de sexo femenino de 2,720 g. calificado con Apgar/Silverman 8/2. Durante el acto operatorio se llevó a cabo exploración de la cavidad abdominal encontrándose thrill aortico y en arteria renal derecha, no se localizó arteria renal izquierda ni riñón homolateral. El estudio histopatologico de la placenta reportó cambios degenerativos intensos, infartos, trombosis intervellosa y datos severos de hipoxia del trofoblasto. La evolucion posterior del binomio fué satisfactoria.

En mayo de 1980 se recibe en el servicio consegundo embarazo de 8 semanas de gestación, sin cambios a la exploración en relación al primero. A partir de la vigésima semana presenta mareo, vértigo e hipoacusia bilateral. En la semana 32 se inician pruebas de monitoreo externo de la frecuencia cardiaca fetal resultando normales. A partir de la semana 34 inicia elevación de la tensión arterial hasta 150/100 mmHg y albuminuria de

1.5 g/l. Se decide su hospitalización con control de la presión arterial con fenobarbital y reposo mas dieta. - Se programó para cesárea en la semana 38, extrayéndose un producto del sexo masculino con peso de 2,800 g. calificado con Apgar/Silverman 8/2. Se practicó oclusión tubaria. La exploración de la cavidad abdominal no reportó cambios en relación al primer transoperatorio. El estudio histopatológico de placenta reportó cambios hipóxicos moderados a severos. La evolución posterior fué satisfactoria para el binomio.

CASO 3.- Secundigesta de 30 años. En 1974 durante su primer embarazo presentó vértigo y lipotimias frecuentes, diagnosticándose probable Síndrome de Takayasu. El curso del mismo fué normal, parto eutócico, -- producto masculino con peso de 3,200 g. Se ignoran otros datos. En 1975 con motivo de estudio hemodinámico para diagnóstico, presentó trombosis y hemiplejia homolateral izquierda. En 1976 se efectuó exploración de ca rótida derecha y se reportó una degeneración arterial, -- elaborándose entonces el diagnóstico de Síndrome de Takayasu. Enviada a nuestro servicio en julio de 1978 con 36 semanas de gestación; se le encontró con pulsos saltos y thrill en ambas carótidas, soplo holosistólico en foco aortico irradiado a cuello, el segundo ruido aortico desdoblado. En ambas extremidades superiores no se --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

palparon pulsos ni se escuchó tensión arterial. El fondo uterino a 23 cm del borde superior de pubis. Latido cardíaco fetal normal. Manifestó exacerbación de los síntomas con mareo, vértigo, lipotimias, claudicación y debilidad de miembros inferiores. No se practicaron pruebas de monitoreo fetal externo ni otros procedimientos dado que a la semana 37 inició trabajo de parto el cual fué atendido con aplicación de forceps bajo, con anestesia general, obteniéndose producto del sexo femenino de 1,800 g. calificado con Apgar/Silverman 6/3. Se le observaron datos de desnutrición en útero. No se efectuó estudio histopatológico de la placenta. La evolución posterior del binomio es satisfactoria hasta el momento.

CASO 4.- Primigesta de 19 años. En 1971 se le diagnosticó Síndrome de Takayasu mediante arteriografía. El cuadro clínico se caracterizó por parestesias en extremidades, vértigo y lipotimias. En el mismo año fué sometida a aplicación de injerto de teflón en aorta torácica. Vista en nuestro servicio en noviembre de 1978 con embarazo de 26 semanas; encontrándose a la exploración, pulso carotídeo muy disminuido, en el lado izquierdo y el contralateral normal. Ausencia de pulsos en miembro torácico izquierdo, tensión arterial 130-80 mmHg. Fondo uterino a 20 cm del borde superior de pubis, frecuencia cardíaca fetal normal. A partir de la decimoquinta semana --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de gestación manifestó vértigo, lipotimias, y mareo intensos. Desde el inicio de su control se apreció retardo en el crecimiento uterino y oligohidramnios; a partir de la semana 33 presenta presión arterial de 170/110 y albuminuria de más de 3 g/l., indicándose tratamiento con alfametildopa 500 mg. cada ocho horas y propranolol 20 mg. cada ocho horas, más hospitalización inmediata, con lo cual se logró mejoría. Las pruebas de cardiotocografía externa fetal fueron normales. En la semana 38 se apreció nuevamente elevación de la presión hasta 190/110 mmHg., por lo que se decidió interrupción del embarazo por vía abdominal bajo anestesia general, obteniéndose producto del sexo masculino de 2,260 g., calificado con Apgar/Silverman 8/2, con datos de desnutrición en útero. Durante el acto operatorio se efectuó exploración de la aorta abdominal encontrándose thrill palpable en todo su trayecto. No se efectuó estudio histopatológico de la placenta. La evolución posterior fué satisfactoria para ambos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIO: Al revisar la literatura mundial - en relación con la asociación entre Síndrome de Takayasu y embarazo, encontramos que hasta la fecha solamente han sido reportados 15 casos (cuadro 1).

Lo más importante cuando se analiza alguna patología que se encuentra asociada al embarazo, es tratar de determinar la influencia que dicha enfermedad provoca en la madre y en el feto, y por el contrario, que influencia tiene el embarazo sobre la evolución de dicha patología a estudiar.

En cuanto a la evolución del Síndrome de Takayasu de los 15 casos previos, en 7 no se ha encontrado - ningún cambio en la sintomatología y evolución del cuadro (3,5,7,9,10,11,12). Seis casos presentaron agudización importante de los síntomas vasculares (7,8,13,14,15 16), en dos de ellos la gestación se vió complicada con cuadros de toxemia (8,14). En los cinco embarazos del presente estudio (cuadro 2) encontramos que la sintomatología presentó exacerbación, caracterizada por mareos vértigo, lipotimia y en una paciente (caso 2) en sus dos embarazos presentó hipoacusia bilateral. En 4 casos de esta serie se presentaron cuadros de toxemia durante el tercer trimestre, manifestados por hipertensión y albuminuria, aunque no apreciamos edema importante. Es de interés consignar que de estas pacientes 3 presentaban -

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

compromiso de la aorta abdominal y probablemente de las arterias renales, que pudieran condicionar hipertensión renovascular, sin embargo las pacientes cursaban normotensas previamente al embarazo y posterior al mismo.

En un caso de la revisión, la sintomatología mejoró en forma notable durante la gestación (17); otro caso presentó exacerbación durante el puerperio (7).

No obstante lo discordante de los hallazgos, ante la posibilidad de agudización de la sintomatología y la aparición de patología hipertensiva en un número importante de pacientes, nos obligan a efectuar una vigilancia mas estrecha de las mismas durante el curso de la gestación, debiéndose proponer la hospitalización -- con objeto de mantener a la paciente en reposo absoluto como parte fundamental del tratamiento hasta decidirse la interrupción del embarazo, conducta compartida por otros autores. (7,10,16).

Un hecho controvertido es lo referente a la vía de resolución del embarazo. En la revisión encontramos que en diez casos fué por vía vaginal, tres resueltos por vía abdominal y en dos se ignora la conducta -- (cuadro 1). En nuestra experiencia cuatro embarazos fueron resueltos por operación cesárea y el restante por vía vaginal. De los tres casos de la literatura revisada que fueron resueltos por operación cesárea no se es-

pecifica la indicación. En tres de nuestros casos fué -
 indicada por la dificultad para controlar la tensión ar-
 terial y en uno de ellos por el antecedente de cesárea -
 previa; concluyendo que la indicación de cesárea sólo -
 deberá hacerse cuando exista una causa específica y no -
 en sí por la patología misma. Sin embargo aquellos ca-
 sos en los que se decida la vía vaginal, el parto debe -
 de ser atendido con la aplicación de forceps bajo, para
 evitar el esfuerzo que puede implicar el período expul-
 sivo en estas pacientes, hecho también considerado por -
 otros autores (3,7,16).

En lo que sí parece existir uniformidad de ---
 criterios, es lo referente al método anestésico, para -
 lo cual el uso de anestesia general parece ser el méto-
 do ideal (7,9,14,17); otra alternativa sugerida es el -
 de analgesia obstétrica endovenosa tradicional (14,16),
 ya que la utilización del bloqueo peridural puede provo-
 car hipotensión severa e incluso síncope por disminu-
 ción de la irrigación al territorio cerebral (7,16). --
 Nuestros cinco embarazos fueron manejados con anestesia
 general, sin encontrarse complicaciones.

En cuanto a la influencia que el Síndrome de -
 Takayasu puede provocar sobre el feto, encontramos al -
 revisar la literatura que el peso de los productos no -
 parece estar afectado, dado que la mayoría pesaron más -

de 2,500 g., a excepción de un caso (3) en que se reporta un producto de 2,400 g., con datos de retardo en el crecimiento intrauterino. En nuestra revisión encontramos productos de bajo peso; uno por arriba de la percentila 25 (segundo embarazo caso 2); dos por abajo de la percentila 25 (caso 1 y primer embarazo del caso 2) y dos productos con datos francos de desnutrición, representados por abajo de la percentila 10 (casos 3 y 4). El estado del feto al nacimiento no ha sido valorado por todos los autores revisados, sólo en seis casos fué consignada la calificación de Apgar al nacimiento, encontrándose que en cinco recién nacidos, fué de 8 ó mayor. En un caso (14) se encontró un feto deprimido, con signando los autores como posible explicación el tipo de analgesia empleada. En cuatro de nuestros casos se obtuvieron buenas calificaciones de Apgar/Silverman que coincidieron con todos los productos nacidos por operación cesárea, y sólo en un producto (caso 3) dichas valoraciones fueron de 6/3 respectivamente.

En la revisión de la literatura sólo encontramos una pérdida perinatal representada por un óbito a las 30 semanas de gestación (13), no consignándose la posible causa del mismo. En nuestra revisión (cuadro 2) no hubo mortalidad fetal, lo que parece indicar que el Síndrome de Takayasu no aumenta la posibilidad de pérdi

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

da perinatal en relacion con la poblaci3n general.

Algunos autores (3,18) han consignado que el Sindrome de Takayasu puede cursar con insuficiencia utero placentaria, sin embargo en la revisi3n de la literatura no se consigna ninguna base para demostrar dicha aseveraci3n. No obstante en nuestros casos encontramos - productos de bajo peso como ya fu3 comentedo anterior-- mente y en dos de ellos datos francos de retardo en el crecimiento intrauterino, con lo que podruamos inferir_ que por lo menos clunicamente existen datos de sufruimiento fetal cr3nico.

Se ha mencionado que en el Sindrome de Takaya su se pueden encontrar en la placenta y decidua lesiones como las que se parecian en los vasos arteriales (2,18) sin embargo al revisar la literatura solamente en un caso se efectu3 el estudio histopatol3gico de la placenta, asu como en los casos 1, 2 y 3 de los nuestros, no veriuficando los hallazgos consignados por los autores seualados.

Por todo lo anterior, no obstante que son pocos los casos reportados hasta la actualidad, y que desude el punto de vista estadustico nos imposibilita efectuar conclusiones mau valederas, podemos inferir que el Sindrome de Takayasu, no parece aumentar la mortalidad perinatal , pero su la morbilidad en virtud de obtener-

se productos con retraso del crecimiento intrauterino; no aumenta la progresión del cuadro pero , aparentemente tiende a favorecer la presencia de Toxemia Gravídica, sobre todo en aquellas pacientes en las cuales las lesiones son más diseminadas y con afección en la aorta abdominal, lo que obliga a efectuar una vigilancia más estrecha de estas pacientes durante la gestación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C U A D R O N o 1

SINDROME DE TAKAYASU. REPORTES PREVIOS.

A U T O R	SEMANAS GESTACION	EVOLUCION GESTACION	RESOLUCION EMBARAZO	PESO	APGAR	ANESTESIA	PLACENTA
AYERS	TERMINO	NORMAL	PARTO	3,220 g.	8	LOCAL	NORMAL
BURTON	TERMINO	NORMAL	PARTO CON FORCEPS	2,400 g.	SE IG-NORA	SE IGNORA	NO
CHAVIN	TERMINO	NORMAL	CESAREA	SE IG-NORA	SE IG-NORA	SE IGNORA	NO
EMANUEL	TERMINO	(1) EXACERBACION DE SIN TOMAS.	CESAREA	2,820 g.	SE IG-NORA	SE IGNORA	NO
HAUTH	30 SEMANAS	(2) MUERTE FETAL.	PARTO	SE IG-NORA	SE IG-NORA	SE IGNORA	NO
	TERMINO	(1) NORMAL RECIDIVA EN PUERPERIO	PARTO CON FORCEPS	3,300 g.	8/9	GENERAL	NO
	TERMINO	(2) EXACERBACION DE SIN TOMAS.	PARTO CON FORCEPS	3,220 g.	8	BLOQUEO PERIDURAL	NO
LUBIAR	TERMINO	NORMAL	SE IGNORA	2,980 g.	8	NINGUNA	NO

15

TRISIS CON FALLA DE ORIGEN

Continúa

C U A D R O No 1

(Continuación)

SINDROME DE TAKAYASU. REPORTES PREVIOS.

A U T O R	SEMANAS GESTACION	EVOLUCION GESTACION	RESOLUCION EMBARAZO	PESO	APGAR	ANESTESIA	PLACENTA
RADCHUCK	TERMINO	MEJORO SIN TOMATOLOGIA	SE IGNORA	SE IG-NORA	SE IGNO-RA	SE IGNORA	NO
RAMIREZ CUETO	TERMINO	TOXEMIA LEVE	PARTO	3,650 g.	5	GENERAL	NO
SICURANZA	TERMINO	EXACERBACION DE SINTOMAS	PARTO CON FORCEPS	3,680 g.	SE IGNO-RA	MEPERIDINA	NO
ROJAS	TERMINO	EXACERBACION DE SINTOMAS	PARTO	3,500 g.	8	SE IGNORA	NO
SLAVOV	TERMINO	TOXEMIA MOD.	PARTO	SE IG-NORA	SE IGNO-RA	SE IGNORA	NO
TREIT	TERMINO	NORMAL	CESAREA	SE IG-NORA	SE IGNO-RA	SE IGNORA	NO
VERSCHELDIN	TERMINO	NORMAL	PARTO	SE IG-NORA	SE IGNO-RA	SE IGNORA	NO

16

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C U A D R O No 2

SINDROME DE TAKAYASU. EVOLUCION DE LA GESTACION . REPORTE ACTUAL

SEMANAS GESTACION	EVOLUCION GESTACION	CARDIOTO COGRAFIA	RESOLUCION EMBARAZO	PESO PRO DUCTO	APGAR/SIL VEINAN	ANESTESIA	ESTUDIO DE PLACENTA
38 SEMANAS	TOXEMIA SEVERA	NO	CESAREA	2,680 g.	9/1	GENERAL	SI
40 SEMANAS	AGUDIZACION AMENAZA DE PARTO PREMA- TURO. TOXE- MIA SEVERA.	TRAZOS REACTIVOS	CESAREA	2,720 g.	8/2	GENERAL	SI
38 SEMANAS	AGUDIZACION TOXEMIA MOD.	TRAZOS REACTIVOS	CESAREA	2,820 g.	8/2	GENERAL	SI
37 SEMANAS	AGUDIZACION SINTOMAS	NO	PARTO CON FORCEPS	1,800 g.	6/3	GENERAL	NO
38 SEMANAS	AGUDIZACION TOXEMIA SEV.	TRAZOS REACTIVOS	CESAREA	2,220 g.	8/2	GENERAL	NO

17

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

18

1. Takayasu, M.A. :
Acta Soc. Opthol. (Japan) 12: 554-556, 1908
2. Ask-Upmark, E.; Fajers, C.M. :
FURTHER OBSERVATIONS ON TAKAYASU'S SYNDROME.
Acta Med. Scand. 155: 275-291, 1956
3. Burton, R.M. :
PULSELESS DISEASE.
J. Obstet. Gynec. Brit. Comm. 73: 113-118, 1966
4. Bonventre, M.V. :
TAKAYASU'S DISEASE. REVISITED.
N.Y.State J. Med. 74: 1960-1967, 1974
5. Chavkin, J.; Fano, M.; Vago, T. :
TAKAYASU'S DISEASE IN PREGNANCY
Harefuah 95: 435-436, 1978.
6. Davis, R.B.; Grove, W.J.; Julian, O. ;
TAKAYASU'S SYNDROME
Ann. Surg. 144: 124-128, 1956.
7. Hauth, J.C. ; Cunningham, E.G.; Young, B.K. :
TAKAYASU'S SYNDROME IN PREGNANCY
Obstet. Gynec. 50: 373-375, 1977.
8. Slavov, I.; Baldzhi, E.; Iski, A. :
CASE REPORT. CONTRIBUTION ON THE VASCULAR GENESIS OF THE
LATE PREGNANCY TOXICOSIS SYNDROMES.
Akush. Ginekol (Sofia) 17: 152-155, 1978



- 19
9. Ayers, M.A.:
TAKAYASU SYNDROME AND PREGNANCY: A TEN-YEAR-FOLLOW-UP.
Am. J. Obstet. Gynec. 120: 562-563, 1974
 10. Ludmir, A.:
TAKAYASU DISEASE AND PREGNANCY. REPORT OF A CASE.
Peru Cir. 17: 60-65, 1964
 11. Treit, S.; Szilanyai, M.; Papp, S.:
TAKAYASU SYNDROME AND PREGNANCY
Orv. Hetil. 120: 1263-1266, 1979.
 12. Verschelden, G.; Duchesne, C.; Cagnog, M.:
TAKAYASU'S DISEASE AND PREGNANCY: A CASE.
Union Med. Can. 106: 60-62, 1977
 13. Emmanuel, L.A.; Ikoni, E.A.; Nwokedi, C.:
TAKAYASU'S OR PULSELESS DISEASE IN PREGNANCY
J. Obstet. Gynec. Brit. Comm. 73: 119-122, 1966
 14. Ramirez, C.G.; Fernández, C.G.; Walther, M.C.; Olivares, T.G.:
SINDROME DE TAKAYASU Y EMBARAZO.
Ginec. Obstet. Méx. 23: 569-574, 1968
 15. Rojas, S. :
TAKAYASU DISEASE AND PREGNANCY.
Obstet. Ginecol. (Chile) 30: 337-339, 1969.
 16. Sicuranza, B.J.; Maiorino, W.; Tindall, L.H.:
TAKAYASU'S DISEASE (PULSELESS DISEASE) IN PREGNANCY
Am. J. Obstet. Gynec. 83: 1516-1518, 1962
 17. Radchuck, A.P.:
TAKAYASU DISEASE IN THE PREGNANT WOMAN
Uroch Welo (Russia) 6: 125-129, 1966.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20

18.- Pigeaud, E.: Neuman, E.; Fournie, G.:

Séance de la Société Obstétrique et de Gynécologie
de Lyon 37-42, 1958

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN