

112171
135



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

RESULTADO PERINATAL DE LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO Y EMBARAZO

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL:
DR. RADAMÉS RIVAS - LÓPEZ



MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SECRETARIA DE SALUD

TUTOR DE TESIS

DR. G. RAFAEL BUITRÓN GARCÍA-FIGUEROA
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
PABELLÓN 112

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY
JEFE DE LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE
GINECOOBSTETRICIA
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

DR. FAUSTO CORONEL CRUZ
JEFE DE INVESTIGACION
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

DR. G. RAFAEL BUITRON GARCIA-FIGUEROA
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
TUTOR DE LA TESIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"La ciencia no es omnipotente; el conocimiento humano
Es imperfecto y así permanecerá para siempre...
Sin embargo el conocimiento es infinitamente perfectible.
La investigación está perfeccionando el conocimiento humano
Indefinidamente y mejora constantemente la salud
Y la condición humana en general".

Egon Diczfalusy, 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTO:

**"A LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO"**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2

INDICE:

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema y justificación.....	9
Hipótesis.....	9
Objetivo.....	9
Material y Métodos.....	10
Resultados.....	12
Comentario.....	21
Conclusiones.....	13
Bibliografía.....	14

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

Las colagenopatías se encuentran entre los problemas de la medicina clínica más interesantes y complicados. Comprenden un grupo de alteraciones cuya patogénesis involucra interacciones complejas de procesos genéticos, ambientales e inmunológicos. Clínicamente son enfermedades sistémicas caracterizadas por la inflamación de múltiples órganos, exacerbaciones y remisiones espontáneas y cronicidad. Inmunológicamente se demostró la existencia de una variedad de anomalías de la regulación inmune en estas enfermedades. En este sentido, el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) ha sido la más extensamente estudiada y el modelo de colagenopatía.

El LES es una enfermedad considerada como prototipo de las enfermedades por complejos inmunes y aún sin causa determinada, es una entidad que afecta principalmente a mujeres y de estas un alto porcentaje durante su vida reproductiva. El aumento en la sobrevida y la tendencia natural de la enfermedad a presentarse en edad fértil, hacen de su asociación con los problemas concernientes a anticoncepción, fertilidad y embarazo un fenómeno de trascendencia en nuestro tiempo cada vez más exigente e importante.

Incidencia.

El LES es una enfermedad crónica con una gran diversidad de manifestaciones clínicas y por laboratorio. Su inicio es insidioso por lo general y el diagnóstico pasa por alto o se retarda. La evolución de la enfermedad se caracteriza por periodos de exacerbación y remisión. La prevalencia de la enfermedad es de 1 por 1000 en la población general (1).

Es un padecimiento de predominio femenino con una prevalencia estimada entre los 15 a 64 años de 1 por 700 (2). Sin embargo en mujeres de raza negra tomando en cuenta la misma edad es muy superior estimándose de 1 por 250 (3).

Es la enfermedad vascular del tejido conectivo que más a menudo afecta a las mujeres durante el embarazo; poniendo en riesgo a 1 de cada 1660 a 2952 partos(4).

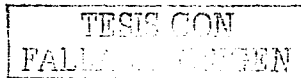
Etiopatogenia.

La etiología del LES al igual que la mayoría de las colagenopatías es desconocida. Actualmente se asocian una serie de factores como hormonas, inmunológicos, genéticos y ambientales como la radiación solar. Así mismo recientes indicios cada vez más sólidos sugieren la participación de los retrovirus.

Estudios recientes muestran en plasma de pacientes con LES en moléculas de DNA, secuencias homólogas al gag-pol del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La hipótesis genética y la de participación viral se ha reforzado por estudios en ratones NZB/NZW F1 y BSB que desarrollan enfermedad similar al LES en seres humanos. Se han identificado genes protectores contra la autoinmunidad y genes que facilitan la proliferación B (4).

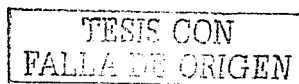
Diagnóstico.

El diagnóstico de la enfermedad se basa en los criterios aceptados por la sociedad americana de reumatología. Con el fin de estandarizar la clasificación un comité del American College of Rheumatology (antes American Rheumatism Association) propuso una serie de criterios en 1972, que fueron revisados en 1982 (5). La enferma deberá reunir al menos 4 de los 11 siguientes manifestaciones clínicas y/o de laboratorio:



1. Eritema facial (rash en mariposa).
2. Erupción discoide (lupus discoide, fragmentos elevados, escamados).
3. Fotosensibilidad.
4. Úlceras orales (orales o nasales, habitualmente indoloras y observadas por el médico).
5. Artritis (no erosiva de dos o más articulaciones confirmadas por el médico).
6. Serositis
 - a. Pleuritis-antecedentes convincentes de dolor pleurítico o frote un médico o evidencia de derrame pleural.
 - b. Pericarditis-demostrada por electrocardiograma o frote, o evidencia de derrame pericárdico.
7. Trastorno renal
 - a. Proteinuria persistente mayor de 0.5g/día o mayor de 3+ si no se efectuó la cuantificación.
 - b. Cilindros celulares-pueden ser de glóbulos rojos, hemoglobina, granuloso, tubulares o mixtos.
8. Trastorno neurológico
 - a. Convulsiones-en ausencia de fármacos nocivos o alteraciones metabólicas conocidas (ej. uremia, cetoacidosis o desequilibrio electrolítico)
 - b. Psicosis-en ausencia de fármacos nocivos.
9. Trastorno hematológico
 - a. Anemia hemolítica-con reticulocitosis.
 - b. Leucopenia-menos de 4 000/mm³ total en dos o más ocasiones.
 - c. Linfopenia-menos de 1 500/mm³ en dos o más ocasiones.
 - d. Trombocitopenia-menos de 100 000/mm³ en ausencia de fármacos nocivos.
10. Trastorno inmunológico
 - a. Preparado positivo para células LE.
 - b. Anti-DNA- presencia de título anormal de anticuerpos contra el DNA natural.
 - c. Anti-Sm- presencia de anticuerpos contra el antígeno nuclear Sm.
 - d. VDRL falsos positivos durante no menos de 6 meses y confirmados.
11. Anticuerpos antinucleares- título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o un análisis equivalente en cualquier momento de la evolución y en ausencia de fármacos que se asocien con síndrome de "lupus inducido por fármacos".

Manifestaciones clínicas.



Aproximadamente el 80% de las pacientes con LES presentan lesiones en piel. Estas pueden ser el clásico eritema malar en "alas de mariposa", alopecia, o lesiones discoides que frecuentemente son hipocrómicas. Es común el presentar fotosensibilidad. Artralgias con artritis puede ser evidente en el 90% de las pacientes. En el 50% de las pacientes se presenta la nefritis y algunos síntomas psiquiátricos.

Las alteraciones a nivel renal muchas veces no son diagnosticadas debido a que en un inicio permanecen asintomáticas lo que retrasa el diagnóstico de la enfermedad. Las alteraciones renales de LES incluyen: glomerulonefritis proliferativa focal, nefritis mesangial y glomerulonefritis proliferativa difusa.

Las pacientes con glomerulonefritis presentan una gran cantidad de proteinuria. La cantidad puede variar ampliamente en la misma paciente dependiendo de la actividad de la enfermedad. También existen variaciones durante el día por lo que la determinación aislada de proteinuria semicuantitativa debe ser evitada.

Aquellas pacientes con glomerulonefritis focal o difusa presentan un pronóstico peor a largo plazo.

Las pacientes con LES pueden presentarse con convulsiones, neuropatías periféricas o episodios de psicosis.

Es importante señalar que la presencia de fiebre recurrente o de origen desconocido podría ser la manifestación más temprana de LES.

Laboratorio.

Más del 90% de las pacientes con LES presentan títulos significativamente altos de anticuerpos antinucleares. En el 80-90% puede ser detectado un autoanticuerpo directamente dirigido contra el DNA de doble cadena.

Los autoanticuerpos de importancia diagnóstica son los siguientes (1):

Autoanticuerpos	Patología asociada
Anticuerpos antinucleares (ANA)	La mayoría de las colagenopatías
Anticuerpos citoplásmicos antineutrófilos (ANCA)	70%-90% de pacientes con granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa
Anticuerpos anti-doble cadena de DNA	80%-90% de pacientes con LES
Alta afinidad de anticuerpos anti-DNA	Nefritis lúpica
Anticuerpos antihistonas	30%-60% de pacientes con LES, 95% de pacientes con LES inducido por fármacos, 20% de pacientes con artritis reumatoide
Anticuerpos antimitochondriales	85%-95% de pacientes con cirrosis biliar primaria, 25%-30% de pacientes con hepatitis crónica activa
Anti-Jo-1	Polimiositis, dermatomiositis
Anti-Ki	10% de pacientes con LES, especialmente con artritis, pericarditis e hipertensión pulmonar



Autoanticuerpos	Patología asociada
Anti-PM-1	Polimiositis
Anticuerpos Antiesclerodermia (SCL)-70	20% de pacientes con esclerodermia o esclerosis sistémica progresiva
Anticuerpos nucleares antiextraíbles (anti-Sm, anti-RNP, anti-SSA, anti-SSB)	LES, síndrome de Sjögren, otras colagenopatías
Anti-RANA	Artritis reumatoide

Efectos del embarazo sobre el LES.

EL embarazo no parece afectar o alterar el pronóstico a largo plazo de pacientes con LES (6). Sin embargo algunos estudios señalan un incremento en la reactivación lúpica durante el embarazo y especialmente en el puerperio (6,7). Sin embargo es difícil comparar y corroborar estos estudios debido a las diferencias y variaciones con las que se definen estas reactivaciones de la enfermedad.

Se ha señalado la probabilidad de reactivación lúpica en las diferentes etapas de la gestación, así la probabilidad durante la primera mitad es tres veces mayor, 1.5 en la segunda mitad y 6 veces más durante el puerperio (6).

A pesar de lo anterior aún se encuentra en debate si el LES se exacerba por el embarazo. No hay duda que existe un mayor riesgo en la morbilidad y potencialmente en la mortalidad de pacientes embarazadas con LES, la mayoría de las muertes maternas reportadas ocurren durante el puerperio como consecuencia de hemorragia pulmonar o neumonitis lúpica (8,9).

La mayoría de los perinatólogos, advierten a sus pacientes el no concebir durante un periodo de actividad lúpica, y no hacerlo hasta por lo menos cuando hallan transcurrido de 7 a 12 meses de la última reactivación (10). Las mujeres con nefritis lúpica deben estar conscientes del pequeño pero significativo riesgo de daño permanente en la función renal durante el embarazo (11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido seis clases de glomerulonefritis lúpica (12). Estas son:

Clase I: Glomérulos normales por microscopia óptica, que pueden presentar depósitos en la inmunofluorescencia o a la microscopia electrónica.

Clase II: Lesiones mesangiales.

Clase III: Glomerulonefritis proliferativa focal.

Clase IV: Glomerulonefritis proliferativa difusa.

Clase V: glomerulonefritis membranosa.

Clase VI: Esclerosis glomerular difusa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El pronóstico parece ser algo mejor en la glomerulonefritis mesangial y membranosa, y algo más grave en las formas proliferativas.

La reactivación lúpica y la preeclampsia presentan una particular dificultad en el diagnóstico diferencial ya que ambos cuadros tienen signos y síntomas similares (edema, proteinuria e hipertensión) (13). Para complicar más aún lo anterior las pacientes con nefritis lúpica tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia sobreagregada. Es importante hacer la distinción entre los cuadros anteriores ya que el tratamiento para los estados hipertensivos de tipo preeclampsia es el nacimiento del producto y para los cuadros de reactivación lúpica o nefritis es incrementar los esteroides y probablemente la azatioprina.

Algunos estudios señalan la utilidad de la determinación del complemento (C3 y C4) como marcadores en el diagnóstico diferencial. En el embarazo los niveles del complemento tienden a elevarse, por el contrario en las reactivaciones del LES los niveles del complemento disminuyen considerablemente (14).

Cuando no es posible hacer el diagnóstico diferencial por clínica ni con ayuda de los marcadores bioquímicos, entre una reactivación lúpica y la presencia de preeclampsia severa es entonces cuando se incrementa considerablemente la morbi-mortalidad fetal ya que en estos casos se prefiere el nacimiento del producto que en muchas ocasiones es pretérmino (13).

Efecto del LES sobre el embarazo.

A pesar de todo, la fertilidad por lo general no se encuentra alterada a menos que coexista otra patología como lo es el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Sin embargo existe una serie de eventos adversos que pueden presentarse durante el desarrollo de la gestación. Hay un aumento en el índice de aborto espontáneo durante el primer trimestre con una incidencia estimada que va del 16 al 36% (15,16,17).

La mayoría de los autores han concluido que existe además de mayor frecuencia de aborto espontáneo, un aumento en el índice de partos pretérmino, muerte *in útero* y restricción del crecimiento intrauterino respecto a la población general. (4). Estas complicaciones obstétricas son debidas en parte a vasculitis decidual, lo que ocasiona alteración en la perfusión fetoplacentaria. Se ha observado que los porcentajes de morbiomortalidad fetal disminuyen cuando no existe actividad lúpica.

El parto pretérmino en estas pacientes se ha relacionado principalmente con ruptura prematura de membranas, que al parecer es la única causa de esta complicación y que en algunos estudios se ha presentado independientemente de que la paciente este bajo tratamiento esteroideo, el grado de actividad de la enfermedad o nivel de los marcadores serológicos (18). En general se aceptan como marcadores pronósticos adversos la nefropatía lúpica, la actividad de la enfermedad y la presencia de anticuerpo anticardiolipina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Manifestaciones neonatales de LES.

Asociado a la morbimortalidad fetal se ha reconocido en el recién nacido de madre lúpica, el síndrome de lupus neonatal, enfermedad rara, secundaria al paso transplacentario de anticuerpos anti-Ro (SSA) maternos y caracterizada por alteraciones hematológicas, dérmicas y cardíacas.

Las alteraciones hemáticas (anemia hemolítica, neutropenia y plaquetopenia) y las dermatológicas (exantema escamoso anular o discoide) son transitorias, no así las anomalías cardíacas como el bloqueo cardíaco congénito producto del depósito de complejos inmunes en el tejido cardíaco, provocando endocardiofibroelastosis y fibrosis del sistema de conducción (16,17); o los defectos estructurales cardíacos que son de carácter permanente y en ocasiones con mal pronóstico para la supervivencia con una mortalidad que va del 20 al 30% (19).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

El embarazo de una mujer con lupus eritematoso sistémico es un evento de alto riesgo obstétrico y perinatal, debido primeramente a la dificultad que existe para lograr el embarazo y posteriormente llevarlo a término. Además existe un alto índice de complicaciones que se pueden presentar en el desarrollo del mismo (activación del LES, enfermedad hipertensiva, síndrome de HELLP, etc) y el puerperio. La repercusión sobre el feto es muy diversa, puede presentarse restricción en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, bloqueo cardíaco, etc.

HIPÓTESIS.

Una mujer con lupus eritematoso sistémico deberá llevar un control prenatal preconcepcional así como una vigilancia estricta durante todo el embarazo por un equipo multidisciplinario, para mejorar el pronóstico materno-fetal.

OBJETIVO.

Determinar los resultados obstétricos en pacientes con lupus eritematoso sistémico y embarazo, que acudieron a solicitar atención obstétrica al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido de Junio del 2000 a Febrero del 2003.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y descriptivo de los resultados perinatales de pacientes que acudieron a atención obstétrica en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido de Junio del 2000 a Febrero del 2003.

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Diagnóstico previo al embarazo de LES, por el servicio de reumatología del hospital general de México.
- b) Haber tenido al menos dos consultas en control prenatal dentro del servicio de ginecoobstetricia del hospital general de México.
- c) Que la resolución del embarazo se hubiera realizado dentro del servicio de ginecoobstetricia.

Se revisaron 36 expedientes en total, de los cuales se atendieron y llevaron el control prenatal dentro de la unidad 29 pacientes. Siete pacientes dejaron de asistir a consulta por lo que no se tomaron en cuenta para la realización del análisis de resultados.

El diagnóstico de LES fue realizado por el servicio de Reumatología de este hospital de acuerdo a los criterios de la American College of Rheumatology, todas las pacientes se encontraban bajo tratamiento médico en la clínica de reumatología de este hospital, una vez que se diagnosticó el embarazo fueron referidas al servicio de ginecoobstetricia.

Las variables analizadas fueron las que se describen en la tabla I.

TABLA I.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ya que se trató de un estudio retrospectivo no se realizó cálculo para el tamaño de la muestra. El análisis estadístico, se realizó por determinación de porcentajes, media y mediana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

Se obtuvieron los siguientes resultados.

Las pacientes se encontraban en rangos de edad de 20 a 40 años, con un promedio de edad de 28 años rango de 20 a 40 años.

La mayoría de las pacientes fueron multigrávidas (48.2%), 6 secundigrávidas (20.7%) y 9 primigrávidas (31.1%).

El número de consultas a las que acudieron a control prenatal estuvieron en un rango de 2 a 11 consultas con un promedio de 5.6 consultas. Las pacientes de menos de 29 semanas se citaban por lo menos 2 veces por mes a control prenatal, después de la semana 30 eran citadas semanalmente para monitorización externa de la frecuencia cardiaca fetal mediante pruebas sin estrés, hasta la semana 35, posteriormente se realizaban las pruebas 2 veces por semana hasta el nacimiento. Cabe señalar que no todas las pacientes acudían estrictamente a sus citas.

Figura 1

La edad gestacional promedio en la que se resolvió el embarazo fue de 36 semanas. Siete embarazos se interrumpieron antes del término, de los cuales 2 de presentaron preeclampsia severa y síndrome de HELLP I y uno de ellos anticuerpos antifosfolípidos interrumpiéndose a las 29 y 24 semanas respectivamente. Tres más tuvieron preeclampsia severa de difícil control resolviéndose a las semanas 33.2, 33 y 27 de gestación. Una paciente se presentó en trabajo de parto efectivo a las 34 semanas y una más a las 33.6 semanas con antecedente de 2 cesáreas previas.

La forma en que se resolvieron los eventos obstétricos fue principalmente por parto eutócico, pero por una mínima diferencia respecto a la cesárea, como se muestra en la figura 2.

Figura 2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El oligohidramnios severo (sin bolsillo medible de líquido amniótico, efectuado por exploración ultrasonográfica) junto con el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino (realizado por sospecha clínica por medición de la altura uterina menor a la esperada para la edad gestacional) fueron las indicaciones de cesárea más frecuentes.

La segunda causa de cesárea fue sufrimiento fetal agudo durante el trabajo de parto. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo fue realizado clínicamente por los cambios en la frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal) que no mejoró con maniobras de resucitación in útero y la presencia de meconio en el líquido amniótico.

En dos pacientes se encontró PSS no reactivas durante su monitorización prenatal internándose para la resolución del embarazo ya que se trataban de embarazos a término. La resolución del embarazo en ambos casos fue por vía abdominal después de una prueba de trabajo de parto en la que se presentó datos clínicos de sufrimiento fetal agudo.

Tabla II.

Una de las pacientes con embarazo de 10 semanas de gestación calculados por fecha de última menstruación presentó un aborto espontáneo y se le realizó legrado uterino instrumentado sin complicaciones.

En una paciente se aplicó fórceps de tipo Simpson en forma profiláctica para abreviar el periodo expulsivo por el antecedente de una cesárea previa, sin complicaciones en el evento.

La principal complicación materna fue la presencia de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo en su modalidad de preeclampsia, complicándose con síndrome de HELLP en 2 casos. Cabe señalar que ninguna paciente tubo el diagnóstico previo de hipertensión crónica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla III.

Todas las pacientes que desarrollaron enfermedad hipertensiva y síndrome de HELLP fueron manejadas en la unidad de cuidados intensivos de ginecoobstetricia. De las 29 pacientes sólo una presentaba de manera concomitante el diagnóstico de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, mismo que se había realizado previo al embarazo por el servicio de reumatología de este hospital.

La paciente sólo acudió a 2 consultas de control prenatal, ingresó al servicio de terapia con un embarazo de 24.3 semanas por ultrasonografía, y diagnóstico de preeclampsia severa, presentó trabajo de parto espontáneo, se obtuvo a producto femenino de 470gr, 25 semanas de gestación por Ballard y Apgar de 4/0. En el puerperio inmediato la paciente falleció al presentar síndrome de HELLP clase I y hemorragia cerebral.

De las complicaciones fetales la principal fue el bajo peso al nacer con 19 casos, seguido de la prematuridad TABLA IV. Hubo dos muertes fetales, la primera se trató de un embarazo de 25 semanas por Ballard que correspondió al hijo de la única muerte materna; el segundo deceso fetal fue por prematuridad y acidosis metabólica (realizado por gasometría posteriormente al nacimiento) de un producto con 31 semanas por Capurro y 910g de peso hijo de madre que desarrolló preeclampsia severa y síndrome de HELLP.

La mediana correspondiente a las semanas de gestación por Capurro fue de 38.3 semanas, contra las 36 semanas en las cuales se resolvieron los embarazos.

La mediana del Apgar al minuto y a los 5 minutos fue de 7 y 8 respectivamente.

La media calculada para el peso al nacer de los productos fue de 2304.3 gramos.

Los días internamiento de las pacientes varió desde un rango de 24hrs hasta 12 días con una media de 3.5 días.

Sólo el 27.5% de las pacientes (8) egresaron con algún método de control de natalidad siendo en todos los casos oclusión tubaria bilateral la elección de las pacientes realizándose 7 transcesárea y una en puerperio fisiológico inmediato.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El promedio de tiempo con el cual contaban las pacientes respecto al diagnóstico de LES fue de 3.1 años, con un rango de 6 meses hasta 7 años. El 78.5% de las pacientes estaba baja algún régimen de tratamiento para su padecimiento durante el embarazo ya sea con ácido acetilsalicílico (ASA), prednisona, heparina fraccionada o cloroquina (esta última se suspendió una vez que se diagnosticó el embarazo) o alguna combinación de estos.

TABLA V

Respecto a la escolaridad con que contaban las pacientes, 10 tenían estudios de primaria (34%), 16 estudios de secundaria (56%) y 3 con estudios de nivel preparatoria (10%).

El estado civil de las pacientes en su mayoría tenían una pareja estable 15 casadas (51.7%), 10 en unión libre (34.5%), sólo 3 solteras (10.4%) y 1 divorciada (3.4%).

Un dato que nos llamó la atención fue que el sexo de los productos fue predominantemente masculino 67% contra 33% del sexo femenino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIO.

La remisión del LES inmediatamente antes de la concepción y en el momento en que ocurre esta (idealmente un periodo de 6 a 12 meses como se mencionó anteriormente), disminuye las posibilidades de complicaciones durante el embarazo y en el periodo posparto.

Existen publicaciones antes de 1985 que manifestaban un alto riesgo de morbilidad y mortalidad maternas, informándose incidencias de brotes de LES hasta del 55%. No obstante la evolución materna ha sido muy buena en casi todos los grupos recientes de embarazo con LES (20).

En el presente análisis se presenta una complicación del 27.5% por enfermedad hipertensiva, similar a la reportada en la literatura que es del 20-30% de los embarazos (21). La segunda complicación fue ruptura prematura de membranas y deciduoenometritis la tercera.

La edad de las pacientes fue en promedio de 28 años siendo además en su mayoría nulíparas, coincidiendo con lo reportado en la bibliografía mundial en pacientes no mexicanas (20).

La mortalidad materna de pacientes con LES actualmente es muy baja, lo reportado recientemente es una muerte materna en una serie de 4 pacientes con LES y alteraciones a nivel de SNC (22). En el presente estudio falleció una paciente que tenía 5 años con diagnóstico de lupus y 1 año con diagnóstico de anticuerpos antifosfolípidos.

La paciente se presentó con un embarazo de 24.3 semanas por fecha de última menstruación, con sólo 2 consultas de control prenatal ingresó al servicio de terapia de ginecoobstetricia con preeclampsia severa en trabajo de parto. En el puerperio desarrolló severas complicaciones como síndrome de HELLP clase I, insuficiencia renal y hemorragia cerebral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lo anterior concuerda con la literatura mundial y nacional, que las complicaciones maternas como lo son preeclampsia severa, síndrome de HELLP y daño renal causan una seria morbilidad en las pacientes. Además si se presenta asociado el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, los resultados obstétricos pueden llegar a ser fatales.

En un 32.2% se obtuvieron productos con peso normal para su edad gestacional, contra un 67.8 de productos con bajo peso al nacer y 25% de prematuros siendo en este último rubro menor a lo reportado en mujeres mexicanas (23).

Respecto a la morbilidad neonatal esta se presentó en el 71.4% de los productos. Hubo 2 casos de productos con malformaciones congénitas, uno de ellos presento al nacimiento ano imperforado, polidactilia y criptorquidea; y el otro atresia esofágica grado III e hipospadias, ambos se enviaron al servicio de cirugía pediátrica del hospital. Cabe señalar que las madres de estos productos no estaban ingiriendo ningún tratamiento medicamentoso previo al diagnóstico del embarazo.

Sin embargo no se presentó ningún caso de patología cardíaca neonatal (bloqueo cardíaco) ni tampoco algún caso de lupus neonatal, básicamente la morbilidad se relaciono con productos de bajo peso al nacer principalmente.

La mortalidad perinatal fue similar a los reportes mundiales, se presentó en 2 pacientes de 28 nacidos vivos, un producto inmaduro de 25 semanas por Ballard y el segundo un producto de 31.5 semanas por Capurro con peso de 910gr. Ambos productos fueron hijos de madres que desarrollaron severas complicaciones al final del embarazo y el puerperio (síndrome de HELLP, insuficiencia renal y hemorragia cerebral).

La mediana para Capurro fue 38.3 similar a lo reportado mundialmente, La media de pesos al nacimiento fue de 2304.3g y para el Apgar la mediana fue de 7/8 al minuto y los 5 minutos, ambos más bajos que lo reportado en la literatura mundial. (20)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La vía de resolución del embarazo fue el parto eutócico con 48.2% y la cesárea con 44.8%. Sólo se presentó en ese periodo de análisis una sola paciente con aborto espontáneo, sin embargo en el historial reproductivo de las pacientes estudiadas había el antecedente de 13 pérdidas gestacionales.

Sólo el 27.5 de las pacientes egresaron del servicio con un método de control prenatal y que en cada uno de los casos fue definitivo, sin haber registro del uso de algún método temporal. A pesar que la mayoría de las pacientes contaba con un nivel de escolaridad básico y una pareja aparentemente estable.

La mayoría de las pacientes (78.5%) se encontraban en tratamiento con prednisona, ácido acetilsalicílico o heparina fraccionada, mismos que continuaron durante el resto del embarazo, las pacientes que recibían cloroquina antes del embarazo la suspendieron una vez que se diagnosticó el mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

Debido al alto índice de complicaciones materno-fetales en los embarazos con LES el ginecobstetra deberá mantener una estrecha vigilancia del binomio.

Cualquier paciente con antecedente de LES deberá tener un control preconcepcional y prenatal muy estrecho, poniendo especial atención en las manifestaciones ya sea signológicas o sintomáticas de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, primera complicación materna en una paciente con LES.

El tratamiento farmacológico que la paciente este recibiendo previo al embarazo deberá continuarse, tratando de evitar los fármacos que puedan causar daño al producto así como utilizar la menor dosis posible de la terapia empleada inicialmente. Los múltiples esquemas y las dosis tan variadas de los mismos nos hacen reflexionar en que cada paciente es única y la terapéutica deberá adecuarse a cada una de ellas.

El estudio ultrasonográfico deberá realizarse antes de las 18 semanas para corroborar la edad gestacional y al menos uno cada mes después de las 20 semanas para vigilancia del crecimiento del producto ya que por el número de embarazos con restricción del crecimiento intrauterino en pacientes con LES es de gran importancia conocer con exactitud la edad gestacional así como la vigilancia de desarrollo fetal.

Los estudios básicos como general de orina, biometría hemática, VDRL, química sanguínea y cultivos vaginales deberán realizarse en toda paciente y actualizarse de acuerdo a evolución, así mismo es importante la cuantificación de proteínas en orina al inicio y después de la gestación especialmente en el puerperio y de acuerdo a evolución de la paciente. Debido a la alta mortalidad asociada cuando existen anticuerpos antifosfolípidos sería de importancia realizar una determinación de los mismos a toda paciente con antecedente de LES y embarazo.

TESIS CON
ESTA FALLA DE ORIGEN
DE LA BIBLIOTECA

La vigilancia externa de la frecuencia cardíaca fetal mediante pruebas no estresantes deberá iniciarse a las 28 semanas de gestación siendo semanalmente hasta la semanas 34 en dónde se recomienda se realice 2 veces por semana, para mejorar el resultado del embarazo.

La decisión de interrumpir el embarazo deberá regirse por la situación materno-fetal, evaluando las mejores condiciones de ambos. La vía de interrupción del embarazo deberá ser de acuerdo a las condiciones obstétricas, favoreciendo la vía vaginal de ser posible.

A pesar de toda la serie de exámenes de laboratorio que existen para la vigilancia de las pacientes con LES, el estado clínico es el que deberá imperar en el control y vigilancia de estas pacientes. La toma de presión arterial, la ganancia correcta de peso en cada uno de los meses de gestación, la medición del fondo uterino y el conocimiento de signos de alarma son elementos clínicos muy importantes para el buen término de la gestación en esta y en cualquier otro tipo de patología asociada al embarazo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA.

1. Gabbe CL. *Obstetrics. Normal and problem pregnancies.* 4th ed. USA. Churchill and Livingstone; 2002. p.1195.
2. Fessel WJ. Systemic lupus erythematosus in the community. Incidence, prevalence, outcome and first symptoms: the high prevalence in black women. *Arch Intern Med* 1974;134:1027-31.
3. Estes D, Christian CL. The natural history of systemic lupus erythematosus by prospective analysis. *Medicine* 1971;50:85-94.
4. Figueroa Giles S. Lupus eritematoso sistémico y embarazo. En Fiorelli Rodríguez. *Complicaciones médicas en el embarazo.* 1^a edición. México. McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 134-149.
5. Tan EM, Cohen AS, Fries J. Criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982;25:1271-1277.
6. Gladman DD, Urowitz MB, Cole E, Ritchie S, Chang CH, Churg J. Kidney biopsy in SLE: Clinical morphologic correlations. *Q J Med* 1989;73:1125-32.
7. Nicklin, J.L. Systemic lupus erythematosus and pregnancy at the Royal Women's Hospital, Brisbane 1979-1989. *Aust. N.Z.J. Obstet Gynecol* 1991;31:128-34.
8. Out, H.J; Derksen, .H.W.M; and Christiaens, G.C.M.L. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1989;44:585-92
9. Ainslie WH, Britt K, Moshipur JA. Maternal death due to lupus pneumonitis in pregnancy. *Mt Sinai J Med* 1979;46:494-98.
10. Leikin JB, Arof HM, Pearlman LM. Acute lupus pneumonitis in the postpartum period: a case history and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1986;68:295-302.
11. Hayslett JP, Lynn RI. Effect of pregnancy in patients with lupus nephropathy. *Kidney Int* 1980;18:207-20.
12. Ramsey-Goldman R. Pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am*, 1988;14:169-85.
13. Repke JT. Hypertensive disorders of pregnancy. Differentiating preeclampsia from active systemic lupus erythematosus. *J Reprod Med* 1998;43:350-61.

TESIS CON
 FALLA DE OREGEN

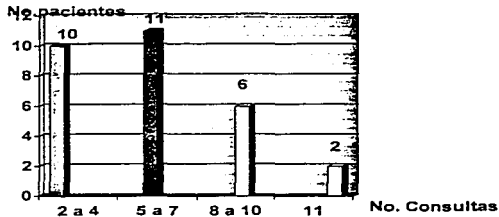
14. Fine LG, Barnett EV, Danovitch GM. Systemic lupus erythematosus in pregnancy. *Ann Intern Med* 1981;94:667-77.
15. Kleinman D, Katz VL, Kuller JA. Perinatal outcomes in women with systemic lupus erythematosus. *J Perinatol* 1998;18:178-88.
16. Kobayashi N, Yamada H, Kishida T. Hypocomplementemia correlates with intrauterine growth retardation in systemic lupus erythematosus. *Am J Reprod Immunol* 1999;42:153-60
17. Johns KR, Morand EF, Littlejohn GO. Pregnancy outcome in systemic lupus erythematosus (SLE): a review of 54 cases. *Aust N Z J Med* 1998;28:18-23.
18. Johnson MJ, Petri M, Witter FR, Repke JT. Evaluation of preterm delivery in a systemic lupus erythematosus pregnancy clinic. *Obstet Gynecol* 1995;86:396-401.
19. Petri M, Albritton J. Fetal outcome of lupus pregnancy: a retrospective case-control study of the Hopkins Lupus Cohort. *J Rheumatol* 1993;20:650-56.
20. Tan LK. Outcome of pregnancy in Asian women with systemic lupus erythematosus: experience of a single perinatal centre in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* - 01-May-2002; 31(3): 290-5.
21. Silver Robert M. Enfermedades autoinmunitarias durante el embarazo. En Silver Richard K. Clínicas de perinatología. Atención perinatal de trastornos maternos crónicos. México. McGraw-Hill Interamericana; 1997;24 (2) p.303-333.
22. El-Sayed YY. Central nervous system lupus and pregnancy: 11-year experience at a single center. *J Matern Fetal Neonatal Med* - 01-Aug-2002; 12(2): 99-103.
23. Arroyo Cabrales LM. Perinatal morbidity and mortality secondary to systemic lupus erythematosus in a tertiary care institution. *Ginecol Obstet Mex* - 01-Feb-2000; 68: 55-9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TABLA I.
VARIABLES A ESTUDIAR.**

INDEPENDIENTE:	
1.	Edad de las pacientes en años.
DEPENDIENTES:	
1.	Número de consultas de control prenatal.
2.	Semanas de gestación en que se resolvió el embarazo.
3.	Complicaciones maternas
	a) durante el embarazo
	b) parto
	c) puerperio
4.	Complicaciones fetales
5.	Edad gestacional por Capurro.
6.	Puntaje Apgar.
7.	Peso al nacer de los productos.
8.	Vía de interrupción del embarazo e indicaciones.

**FIGURA 1.
NUMERO DE CONSULTAS RECIBIDAS**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FIGURA 2
FORMA DE RESOLUCIÓN DE LOS EMBARAZOS

No. pacientes.

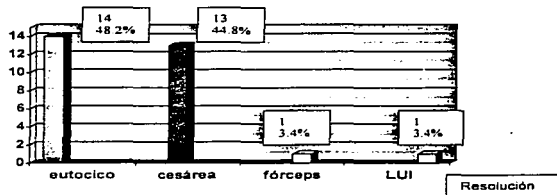


Tabla II
INDICACIONES DE CESÁREA

Cesáreas practicadas	n=13
Producto deflexionado en trabajo de parto	1
Sufrimiento fetal agudo	3
Oligohidramnios severo	4
Retardo en el crecimiento intrauterino	4
Preeclampsia severa de difícil control	2
Baja reserva fetal	2
LES activo a nivel cutáneo	1
Cesárea iterativa	1

El total de las indicaciones no coinciden con el total de cesáreas practicadas porque en varios casos hubo más de una indicación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TABLA III.
COMPLICACIONES MATERNAS**

Complicaciones	Número de pacientes	Porcentaje %
Enfermedad Hipertensiva asociada al embarazo:	8	27.5
Preeclampsia leve	3	10.3
Preeclampsia severa	5	17.2
Síndrome de HELLP	2	6.8
Tipo I	1	3.4
Tipo II	1	
Ruptura prematura de membranas	3	10.3
Amenaza de parto pretérmino	1	3.4
Infecciones (deciduoendometritis)	2	6.8
Insuficiencia renal	1	3.4
Hemorragia cerebral	1	

Dos de las pacientes con preeclampsia severa desarrollaron síndrome de HELLP y una de ellas además insuficiencia renal y hemorragia cerebral.

**TABLA IV.
COMPLICACIONES FETALES.**

Complicaciones	Número de pacientes	Porcentaje %
Bajo peso al nacer	19	67.8
Prematurez	7	25
Oligohidramnios severo	4	14.2
Sufrimiento fetal agudo	3	10.3
Sepsis neonatal	1	3.4
Acidosis metabólica	1	3.4
Otras:	2	6.8
Malformaciones gastrointestinales	1	3.4
Malformaciones genitales	1	3.4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA V.
Medicamento y dosis bajo el cual se mantuvieron durante el embarazo.

Esquema de tratamiento	Número de pacientes
Prednisona 10mg c.24hrs	12
Aspirina 30mg c.24hrs	2
Aspirina 100mg c. 24hrs	1
Pednisona 20mg c. 24hrs	1
Prednisona 50mg c.24hrs+ Aspirina 30mg c. 24hrs	1
Prednisona 20mg c.24hrs+ Enoxaparina 40mg c. 24hrs	1
Enoxaparina 40mg c.24hrs	1
Prednisona 30mg c.24hrs + Aspirina 100mg c.24h	1
Prednisona 10mg c.24h+ Aspirina 10mg c. 24h	1
Prednisona 5mg c. 24h+ Aspirina 80mg c. 24h	1

La administración de prednisona y aspirina fue por vía oral
 La administración de enoxaparina fue por vía subcutánea

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN