Trabajos Originales

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO*

Drs. *Ricardo Gutiérrez C., José Caro M., Loreno Pérez** y Javier Ramírez***

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional de Valdivia, Universidad Austral de Chile

**Internos Medicina

RESUMEN

Se presenta una revisión de los casos de embarazos asociados a lupus eritematoso sistémico (LES) atendidos en el Hospital base de Valdivia, en un período de 9 años. Se observó que 13 mujeres portadoras de lupus tuvieron un total de 35 embarazos en los que no hubo abortos o patologías obstétricas asociadas. La frecuencia de exacerbación del lupus fue similar a la observada en la literatura. Hubo un caso de bloqueo aurículo ventricular fetal, con resultado en muerte fetal tardía. Se destaca la importancia de la planificación del embarazo y el manejo multidisciplinario de los casos.

PALABRAS CLAVES: *Lupus eritematoso y embarazo*

SUMMARY

We present our experience with systemic lupus erythematosus and pregnancy. Thirty five pregnancies in thirteen patients. The frequency of aggravation in our patients was not different to that observed in others studies. There was one intrauterine death due to atrioventricular block. Pregnancy should be planned and patients managed by multidisciplinary teams.

KEY WORDS: *Systemic lupus erythematosus, pregnancy*

INTRODUCCION

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune, crónica, multisistémica, de evolución variable, caracterizada por períodos de remisión y reactivación. Las características clínicas de ésta patología varían según los órganos afectados, y a su vez la diversidad clínica se caracteriza serológicamente por un amplio espectro de autoanticuerpos. Constituye esto último, la producción de autoanticuerpos, el evento fisiopatológico central de la enfermedad. Se ha señalado al respecto que la apoptosis celular jugaría un rol, al provocar respuesta inmune (1).

El LES afecta principalmente a mujeres, sobre todo en edad reproductiva. Su prevalencia en la población general es de 3-4/1.000 y en obstetricia tiene una incidencia de 1:1600 a 3.000 partos.

Respecto a la etiología, se citan factores genéticos como la presencia de alelos nulos HLA DR 2,3 y 4; factores medioambientales como la exposición al sol, y fármacos (2). También hormonas, principalmente estrógenos han sido relacionados, lo que explicaría su alta prevalencia en mujeres.

Desde el punto de vista obstétrico la paciente lúpica tiene mayor riesgo de aborto, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, preeclampsia y lupus neonatal (3, 4). Desde el punto de vista

*Trabajo recibido en abril de 2002 y aceptado para publicación por el Comité Editor en mayo de 2002.

reumatológico, se sabe que ocurren más exacerbaciones del lupus durante el embarazo, especialmente en el último trimestre y puerperio (5). Es aceptado por todos que es un buen pronóstico la ausencia de actividad lúpica en los seis meses previos al embarazo (6).

El manejo obstétrico de la paciente lúpica dependerá de la asociación de patologías y de la exacerbación del lupus. Por otro lado, dado que la fertilidad no está afectada (5), es muy importante el uso de métodos anticonceptivos adecuados en estas pacientes, así como también una adecuada evaluación preconcepcional (6).

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de lupus en la población de mujeres que consultan en el Hospital Base de Valdivia. Describir la historia natural de la enfermedad durante el embarazo en nuestra población en control. Evaluar la atención en planificación familiar recibida por estas pacientes, y el grado de seguimiento y consejería.

MATERIAL Y METODO

Se revisó la base de datos existentes en el policlínico de reumatología del Hospital Base de Valdivia. Se identificaron las fichas de las pacientes en control por lupus eritematoso sistémico y se procedió a la recolección de antecedentes, los que fueron introducidos en una base de datos diseñada en EPI INFO 5. Posteriormente se analizan con el mismo programa.

RESULTADOS

Existen 17 pacientes registradas desde 1991 hasta 2000, en control por LES, uno de ellos es de sexo masculino. Las restantes 16 pacientes están en control habitual en el policlínico de reumatología. De éstas, 12 proceden de la ciudad de Valdivia y el resto son de otras comunas de la X región. La edad fluctúa entre los 19 y 55 años, siguiendo una distribución que se muestra en la Tabla I.

Las historias obstétricas de las pacientes se resumen en las Tablas II y III.

En el grupo de estudio se encontró un total de 35 embarazos. El 81% de las pacientes tuvo entre 1 y 3 embarazos y del total de las pacientes sólo 7 tuvieron un parto después del diagnóstico de LES.

Tres pacientes presentaron aborto espontáneo en el primer trimestre del embarazo y una presentó 1 embarazo tubario complicado. Una de las pacien-

Tabla I
DISTRIBUCION POR EDAD

<i>Edad</i>	<i>nº</i>	<i>%</i>
15-20	1	6,2
21-25	3	18,7
26-30	3	18,7
31-35	3	18,7
36-40	2	12,5
41-45	1	6,2
46-50	2	12,5
51 o más	1	6,2
Total	16	100

tes registró una muerte fetal tardía, a las 32 semanas de gestación, cuando cursaba con un lupus inactivo. Este mortinato fue atribuido a un Bloqueo aurículo ventricular fetal, descompensado en el curso de un síndrome febril por un cuadro de Herpes zoster de la madre. También se registró una muerte neonatal precoz en otra paciente.

En el grupo de pacientes que tuvieron embarazos después del diagnóstico de LES, no se registraron abortos, una paciente tuvo una muerte fetal tardía que es la que comentamos. También en este grupo, no se observó recién nacidos menores a 37 semanas, ni menores a 2500 g. La historia obstétrica de éstas pacientes se resume en la Tabla IV.

Ninguna paciente tenía lupus activo al momento del embarazo, y todas tenían más de seis meses de inactividad previa.

Las reactivaciones del lupus ocurrieron en 8 de las 16 pacientes, independiente de su estado de gravidez. De éstas, 2 ocurrieron durante el embarazo, una a las 20 semanas de su primer embarazo y otra a las 26 semanas de su tercer embarazo. El tipo de manifestación del brote, fue artritis y C3-C4 bajos. Se manejaron con medidas generales y

Tabla II
FRECUENCIA DE PACIENTES POR
NUMERO DE EMBARAZOS

<i>Nº de embarazos</i>	<i>nº pacientes</i>	<i>Frecuencia %</i>
0	2	12,5
1	5	31,3
2	1	6,3
3	5	31,3
4	2	12,5
5	1	6,3
Total	16	100

Tabla III
FRECUENCIA DE EVENTOS OBSTETRICOS

<i>Evento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Aborto espontáneo	3	18,8
Embarazo ectópico	1	6,3
Muerte fetal	1	6,3
Muerte neonatal	1	6,3
Total	16	6,3

corticoides, y tuvieron sus partos vaginales con edades gestacionales de 37 y 38 semanas respectivamente.

La patología asociada a los embarazos fue escasa, de hecho una paciente presentó preeclampsia moderada a las 37 semanas. No se registraron partos prematuros, ni retardos de crecimiento intrauterino.

Una paciente presentó trombocitosis durante el embarazo, sin activación del lupus.

No se registró morbilidad neonatal. Sin embargo, sí se registró mortalidad fetal tardía, en un caso de un feto con bloqueo cardíaco congénito e hidrops, cuya madre era anti Ro y anti La (+). El óbito ocurrió a las 30 semanas de gestación. Tres años después esta madre tuvo un parto exitoso, a las 40 semanas, con un RN sano de 3.800 g.

Con respecto a la planificación familiar de estas pacientes, 7 usaron algún método anticonceptivo después de su último embarazo y 9 no usaron. Cuatro de éstas pacientes usaban dispositivos intrauterinos, 2 anticonceptivos orales y 1 progestágeno de depósito.

Del total de estas pacientes que usaron anticoncepción, 3 se controlaban en el policlínico de planificación familiar dependiente del consultorio de especialidades.

CONCLUSIONES

Está dicho que el LES afecta principalmente a mujeres en edad fértil. En nuestra casuística 13 mujeres afectadas por lupus estaban en edad fértil. No observamos mayor frecuencia de abortos del primer trimestre ni de complicaciones maternas durante los embarazos. Por otra parte se registraron 2 casos de exacerbación del lupus durante el segundo trimestre de gestación. Lo que concuerda con la frecuencia descrita en otras series (3, 4, 5, 6).

Observamos un caso de bloqueo atrioventricular congénito, en relación a paciente con anticuerpos anti RO y Anti La (+), lo que también está ampliamente descrito en la literatura (7). No se

Tabla IV
HISTORIA OBSTETRICA DESPUES DEL DIAGNOSTICO DE LES

<i>Nº</i>	<i>Edad</i>	<i>Aborto</i>	<i>Obito</i>	<i>Año Dg.</i>	<i>Año UP</i>	<i>EG</i>	<i>Peso RN</i>
1	30	0	0	91	97	37	2500
2	19	0	0	96	89	40	2900
3	30	0	0	91	97	37	2560
4	40	0	0	86	95	38	2550
5	33	0	0	97	98	40	3700
6	21	0	0	97	98	41	3400
7	22	0	1	97	00	40	3800

Dg: Diagnóstico; UP: Ultimo parto; EG: Edad gestacional; RN: Recién nacido.

pudo manejar con corticoides ya que el diagnóstico fue tardío. La muerte fetal tuvo relación con un síndrome febril intercurrente de la madre, lo que pudo generar una descompensación cardíaca fetal. En realidad la escasa casuística presentada tiene un perfil bastante benévolo, lo que probablemente se deba a que la mayoría de las pacientes lúpicas no tenía las características de mayor riesgo obstétrico como: LES con compromiso renal, Síndrome de antifosfolípidos 2º, Anticuerpos anti Ro/La, LES activo al inicio del embarazo y mala historia obstétrica (3, 4).

Las pacientes estaban con inactividad lúpica de más de 6 meses al inicio de sus embarazos. Ninguna recibió aspirina profiláctica y las que presentaron exacerbación sólo fueron tratadas con corticoides a bajas dosis.

En nuestro medio es posible el manejo multidisciplinario y la coordinación con reumatología, en cuyo policlínico se controlan las pacientes potencialmente gestantes. A la luz de los antecedentes expuestos en la literatura internacional y de lo evidenciado en nuestro centro, concordamos en que el ideal es que los embarazos sean planificados y gestados en condiciones de inactividad lúpica. El control del embarazo puede y debe ser iniciado precozmente, al igual que la pesquisa de actividad lúpica, que de presentarse debe ser tratada oportuna y adecuadamente a fin de evitar fenómenos como el conocido que puede producirse sobre el tejido óxido conductor cardíaco fetal en su etapa de desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- Burrow G: Medical complications during pregnancy. Chapter 20: Rheumatic disease and pregnancy. Gladman, D, 4th ed, 1995.

2. Hay E: ABC of reumatology: Systemic lupus erythematosus and lupus-like syndromes. *Br Med J* 1995; 310: 1257-61.
 3. D Le Thi Huong B: Outcome of planned pregnancies in systemic lupus erythematosus: A prospective study on 62 pregnancies. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 772-77.
 4. Carmona F: Obstetrical outcome of pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus. A study of 60 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 83: 137-42.
 5. Ruiz-Irastorza G: Increased rate of lupus flare during pregnancy and the puerperium: A prospective study of 78 pregnancies. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 133-38.
 6. Urowitz M: Lupus and pregnancy studies. *Arthritis Rheumat* 1993; 36: 1392-97.
 7. Shinohara K: Neonatal lupus erythematosus: results maternal corticosteroid therapy. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 952-57.
-