



IF-063 - ESTUDIO PROSPECTIVO DE EMBARAZO EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

A. Guillén-del-Castillo¹, M. Casellas³, E. Callejas-Moraga², M. Roca-Herrera¹, I. Sanz¹, V. Fonollosa¹ y C. Simeón-Aznar¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémica, ³Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Obstetricia. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Existe escasa información acerca del impacto del embarazo en la esclerodermia (ES) y del mismo en la propia evolución de la enfermedad. El objetivo principal fue describir el curso clínico de la gestación en pacientes con ES, comparándose la evolución clínica de un grupo de pacientes con ES en edad fértil.

Material y métodos: Se seleccionaron de forma prospectiva 12 enfermas en edad fértil, con cumplimiento de los criterios de ES de LeRoy y Medsger, desde junio 2015 hasta diciembre 2016. Las pacientes firmaron el consentimiento informado y se siguieron durante 21 meses. De forma basal y cada 3 meses se recogieron características clínicas, escalas de calidad de vida (S-HAQ), escalas de actividad (Valentini Disease Activity Index) y gravedad de la enfermedad (Medsger Disease Severity Index). El seguimiento de las gestaciones se realizó por la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Se valoró el curso clínico del lactante hasta el año de edad.

Resultados: Cinco de las 12 pacientes quedaron embarazadas durante el período de seguimiento. La mediana de edad en las gestantes fue de 35 años frente a 32 en grupo control. El subtipo difusa fue el más frecuente tanto en 3/5 de las embarazadas como en 4/7 del otro grupo. En el grupo de gestantes 3/5 presentaban anticuerpos anti-topo I, 2/5 anti-Ro60. En el grupo control 2 pacientes mostraron ACA, 2 anti-PM-Scl, 1 anti-topo I y 1 anti-Ro60. La mediana de tiempo desde el primer síntoma de ES diferente al fenómeno de Raynaud fue de 13 años en el grupo de embarazo frente a 8,3 años en el segundo. La enfermedad pulmonar intersticial estaba presente en 2/5 de las gestantes frente a 4/7 en el otro grupo. La mediana de FVC fue del 83,9% en el primer grupo vs 79,1% en el segundo y la DLCO 79,0% vs 65,6%, respectivamente. Ninguna paciente presentaba hipertensión pulmonar, ni historia de crisis renal esclerodérmica. Una de las 5 gestaciones fue por fecundación in vitro, siendo las 4 restantes concepciones espontáneas. Se objetivó retraso del crecimiento intrauterino en un caso. Todas las gestaciones llegaron a término, 3 fueron cesárea y 2 por vía vaginal, presentándose en una de ellas un desgarro vaginal. Un recién nacido presentó bajo peso al nacer. No hubo complicaciones postnatales, mostrando al año de vida peso y talla normales. Respecto a la afectación orgánica durante el período de seguimiento, no hubo empeoramiento en la Valentini Disease Activity Index ni en la Medsger Disease Severity Index en ninguna de las pacientes gestantes, frente a 2/7 y 1/7 en el otro grupo, respectivamente. En cuanto a la S-HAQ, las gestantes

mostraron un empeoramiento en 0/5 pacientes en el componente HAQ, 2/5 empeoraron en la escala visual analógica (EVA) de síntomas esofágicos, 0/5 en la EVA de dolor, 1/5 en la EVA de síntomas intestinales, 0/5 en la EVA de problemas respiratorios, 0/5 en la EVA de fenómeno de Raynaud, 0/5 en la EVA de úlceras digitales y 0/5 en la EVA de percepción de la gravedad de enfermedad, mientras en el grupo control empeoraron 1/7, 1/7, 3/7, 2/7, 0/7, 1/7, 1/7 y 2/7, respectivamente. En ninguna de las pacientes se identificó un deterioro significativo de la FVC, DLCO, FEVI o PAPs estimada, no desarrolló hipertensión arterial sistémica ni una crisis renal.

Discusión: Estudios previos describen mayor prevalencia de partos prematuros, complicaciones hipertensivas, retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y mayor frecuencia de cesáreas. Durante la gestación se ha descrito el desarrollo de crisis renal y el empeoramiento de síntomas digestivos. En nuestro trabajo describimos la presencia de retraso intrauterino y bajo peso al nacer, con alta frecuencia de cesáreas y una distocia de parto.

Conclusiones: Las gestantes con ES deben ser controladas por unidades de Alto Riesgo Obstétrico y requieren un seguimiento clínico más estrecho para evitar complicaciones.