

CASOS CLÍNICOS

Embarazo en una paciente con lupus eritematoso sistémico en hemodiálisis

M. Palomares, M.D. Martínez-Esteban, J. Fernández-Parra, R.M. Alarcón,
A. Pérez-Marfil y C. Asensio

Servicios de Nefrología y de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

ABSTRACT

We report a case of successful pregnancy in a 29-year-old woman who had been undergoing renal replacement treatment for 7 years due to systemic lupus erythematosus (SLE). We describe the course of the pregnancy from diagnosis and its management. We conclude that pregnancy in patients with SLE on renal replacement with hemodialysis is a risk factor for the mother and fetus; nevertheless the number of successful pregnancies in patients on hemodialysis is increasing.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en pacientes con afección renal supone un riesgo para la madre y para el feto. Este riesgo es aún mayor en pacientes en hemodiálisis, por lo que clásicamente se ha postulado que el embarazo de mujeres en diálisis está contraindicado por la baja viabilidad fetal (23-36%) y ante la alta morbilidad materna. En los últimos años ha mejorado el pronóstico, con un porcentaje de éxitos de casi el 50%^{1,2}. El caso que presentamos forma parte de este porcentaje.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es además una enfermedad con alta tasa de abortos espontáneos. Es bien conocido que el embarazo reactiva la enfermedad, y, de hecho, hay casos en los que el LES se diagnostica a partir de un embarazo, aunque generalmente la actividad de la enfermedad tiende a desaparecer una vez que el paciente con nefropatía lúpica entra en diálisis.

Aceptado para su publicación el 14 de abril de 2005.

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años con insuficiencia renal crónica terminal secundaria a nefropatía lúpica, en programa de hemodiálisis periódica desde 1997. La enfermedad se diagnosticó en 1992 y requirió tratamiento con plasmaféresis y bolos de ciclofosfamida en los años 1992, 1995 y 1996. En mayo de 1999 recibió trasplante renal de cadáver, pero desarrolló un rechazo agudo vascular con microangiopatía trombótica que requirió trasplantectomía en julio de 1999, volviendo a la hemodiálisis. Además de lo referido, la paciente presentaba hipertensión arterial que precisaba de 3 fármacos para su control (atenolol, doxazosina y telmisartán), anemia secundaria a proceso crónico e hiperparatiroidismo secundario grave con paratiroidectomía subtotal en febrero de 2003. Recibía tratamiento con 3 sesiones semanales de 4 h de duración y ambulatoriamente con resincalcio, acetato cálcico, sevelamer, omeprazol, ácido acetilsalicílico, ácido fólico, atorvastatina, dolquine y prednisona, 5 mg/24 h. Se mantenía sin ninguna manifestación clínica de LES. En julio de 2004 refiere amenorrea de varios meses de evolución, sensación de distensión y aumento del perímetro abdominal, presentando masa abdominal palpable. En la ecografía se detecta un feto de 20 semanas de gestación. No se apreciaron anomalías en la ecografía para diagnóstico de malformaciones, con una biometría fetal acorde con la edad gestacional.

Procedimos a diseñar el tratamiento según las recomendaciones establecidas para gestantes en diálisis^{3,4}, aumentando el número de sesiones de diálisis a 6 semanales de 4 h de duración cada una. Como dializador se empleaba una polisulfona de alto flujo, y la heparinización se realizaba con 40 mg de enoxiparina. Sustituimos la medicación ambulatoria antihipertensiva por α-metildopa, 1 comprimido/12 h, y labetalol,

100/12 h. Retiramos el omeprazol y el sevelamer ante la ausencia de datos de seguridad de su uso en pacientes embarazadas. La paciente no presenta ninguna incidencia en hemodiálisis y los controles ecográficos del feto son normales.

A las 31 semanas de gestación se remite al servicio de obstetricia por la presencia de contracciones, detectando una crisis hipertensiva (presión arterial de 200/120 mmHg), que se trata con labetalol en bolos intravenosos, y se realiza un test no estresante. El registro cardiotocográfico presenta hiporreactividad, con escasa variabilidad y deceleraciones profundas, por lo que se realiza una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Nace una mujer de 1.000 g con Apgar 5/7 y pH en arteria de 7,25 (el pH en vena no se pudo determinar).

El recién nacido precisa de reanimación tipo III con intubación endotraqueal y ventilación asistida en las primeras 48 h de vida. Durante su ingreso de 59 días en la unidad neonatal presenta hiperbilirrubinemia, anemia multifactorial, distrés respiratorio tipo II por inmadurez pulmonar, sepsis por *Klebsiella* y retinopatía del prematuro. Tanto la ecografía transfontanelar seriada como la ecocardiografía son normales. Actualmente está en seguimiento por el servicio de pediatría.

Al quinto día de la cesárea la paciente presenta un cuadro de fiebre paralítico y dolor abdominal, y se le diagnostica un hemoperitoneo que requiere laparotomía exploradora, en la que no se evidencia punto sanguíneo, y transfusión de 2 concentrados de hematíes. La tensión se controló bien en el puerperio inmediato. Se procedió al alta con hierro oral diario durante un mes y la recomendación de seguir con su tratamiento habitual. Actualmente vuelve a recibir 3 sesiones semanales de hemodiálisis de 4 h de duración, presentando cifras más altas de presión arterial que requieren ajuste de la medicación antihipertensiva y buen control de la anemia.

DISCUSIÓN

El embarazo en pacientes en hemodiálisis constituye un acontecimiento raro^{5,6}, sobre todo si ocurre en una paciente con LES. Su manejo se basa en controlar los riesgos derivados del LES y los derivados de la enfermedad renal y del tratamiento con hemodiálisis. El embarazo en un paciente con LES se relaciona con riesgo de brote lúpico y de la tasa de abortos⁷. Hay estudios que han investigado la relación que puede existir entre la actividad de la enfermedad y el embarazo. El mayor riesgo de pérdida fetal se observa en mujeres en las que la detección de la enfermedad se produce durante la gestación. El diagnóstico del LES puede ser difícil y

retrasar el manejo terapéutico. Las mujeres con enfermedad activa embarazadas tienen una alta tasa de pérdida fetal, y, de forma inversa, se espera una buena supervivencia fetal en embarazos que ocurren en pacientes con remisión de la enfermedad. La asociación de una aumentada pérdida fetal con anticoagulante lúpico circulante está ampliamente reconocida^{8,9}. Cifras significativas de anticuerpos antifosfolípidos y anticardiolipina se asocian con trombosis arteriales, alteraciones neurológicas y trombocitopenia¹⁰, y el 91% de las pacientes embarazadas con anticuerpos anticardiolipina (ACA) presentan aborto espontáneo o muerte fetal¹¹. En estas gestantes son más frecuentes las complicaciones hipertensivas, parto prematuro, finalización en cesárea y hemorragia posparto¹². En nuestra paciente ya se conocía la enfermedad de LES previamente al embarazo, con lo cual ya se venía realizando el tratamiento para la enfermedad, sin que constituyera en ese sentido un riesgo para la morbilidad materna y la mortalidad fetal. Por otra parte, en el momento de diagnóstico del embarazo los ACA eran negativos, obviándose así las complicaciones que se hubieran derivado de su presencia. Sin embargo, el riesgo fundamental lo constituía el tratamiento sustitutivo renal con hemodiálisis. La frecuencia de embarazo en diálisis es baja (0,3-0,75% de mujeres en edad fértil) y la supervivencia infantil se sitúa entre el 42 y el 50%¹³, habiendo mejorado en los últimos años con un tratamiento dialítico más intensivo y por el buen control de la anemia con el uso de eritropoyetina. A pesar de ello, estas pacientes presentan complicaciones como prematuridad (57%), crecimiento intrauterino retardado (27%) y una mayor tasa de cesáreas¹⁴. La morbilidad neonatal es mayor que en embarazadas normales.

El manejo de una paciente gestante en hemodiálisis se basa en 6 puntos fundamentales:

1. Intensificar las diálisis, aumentando su frecuencia entre 5 y 7 sesiones semanales, usando una membrana biocompatible con la mínima heparinización posible.

2. Adequado control de la presión arterial, que se consigue con el aumento de la cantidad de diálisis, la alfametildopa y el labetalol. Es asimismo necesario evitar hipotensiones en diálisis y el descanso en decúbito supino durante el tercer trimestre por dificultad de retorno venoso.

3. Correcto manejo de la anemia, que en nuestro caso no fue complicado, manteniendo el hematocrito por encima de 30% durante toda la gestación con eritropoyetina.

4. Control del metabolismo calcio-fósforo, que conseguimos usando acetato cálcico como quelante de fósforo.

5. Adecuada nutrición, con aporte de vitaminas hidrosolubles y ácido folínico.

6. Estricto control del embarazo desde su inicio, sobre todo de la repercusión de la hipertensión arterial sobre el crecimiento fetal.

Basándose en este y en otros casos, podemos concluir que la intensificación de la diálisis y el buen manejo de la anemia, y sobre todo de la presión arterial, hacen que el pronóstico de supervivencia fetal mejore sustancialmente.

RESUMEN

Presentamos un caso de gestación en una paciente de 29 años de edad en tratamiento sustitutivo renal durante 7 años en hemodiálisis por nefropatía lúpica, y que finalizó el embarazo con éxito. Describimos la evolución de la gestación desde su diagnóstico y el tratamiento seguido. Concluimos que el embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis supone un riesgo para la madre y para el feto, aunque se observa un aumento del éxito en las gestaciones en pacientes en diálisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bagon JA, Vernaeve H, De Muylder S, Lafontaine JJ, Martens J, Van Roost G. Pregnancy and dialysis. Am J Kidney Dis. 1998;31:756-65.
2. Toma H, Tanabe K, Tokumoto T, Kobayashi C, Yagisawa T. Pregnancy in women receiving renal dialysis or transplantation in Japan: a nationwide survey. Nephrol Dial Transplant. 1999;14:1511-5.
3. Jungers P, Chauveau D. Pregnancy in renal disease. Kidney Int. 1997;52:871-85.
4. Hou S. Pregnancy in chronic renal insufficiency and end stage renal disease. Am J Kidney Dis. 1999;33:235-52.
5. Nageote MP, Grundy HO. Pregnancy outcome in women requiring chronic hemodialysis. Obstet Gynecol. 1998;72: 456-9.
6. Souqiye MZ, Huraib SO, Saleh AGM, Aswad S. Pregnancy in chronic hemodialysis patients in the kingdom of Saudi Arabia. Am J Kidney Dis. 1992;19: 235-8.
7. Díaz Corte C, Marin R, Sánchez Núñez M, González Portal C, Alvarez Grande J. La preeclampsia como primera manifestación de un LES. Nefrologia. 1996;16:174-6.
8. Nilsson IM, Astedt B, Hedner U, Berezin D. Intrauterine death and circulating anticoagulant («antithromboplastin»). Acta Med Scand. 1975;197:153-9.
9. Carreras LO, Defreyen G, Machin SJ, Vermylen J, Deman R, Spitz B, et al. Arterial thrombosis, intrauterine death and «lupus» anticoagulant: Detection of immunoglobulin interfering with prostacyclin formation. Lancet. 1981;1:244-6.
10. Love PE, Santoro SA. Antiphospholipid antibodies: Anti-cardiolipin and the lupus anticoagulant in systemic lupus erythematosus (SLE) and in no-SLE disorders. Ann Intern Med. 1990;112:682-98.
11. Branch WD. Immunologic disease and fetal death. Clin Obstet Gynecol. 1987;30:295-311.
12. Yasmeen S, Wilkins EE, Field NT, Sheikh RA, Gilbert WM. Pregnancy outcomes in women with systemic lupus erythematosus. J Matern Fetal Med. 2001;10:91-6.
13. Okundaye I, Abrinko P, Hou S. Registry of pregnancy in dialysis patients. Am J Kidney Dis. 1998;31:766-73.
14. Byrd P, Donnai R, Gokal L. Outcome of pregnancy following renal transplantation. J Obstet Gynaecol. 2000;20:15-8.

INFORMACIÓN

I CURSO DE LAPAROSCOPIA

**Quirúrgica Ginecológica en Cadáveres
24 y 25 de febrero de 2006**

Secretaría:

Silvia Cordomí.

Fundació Fores (Vic-Osona)

Web:www.Foresosona.org

Tel.: 937027710

Fax: 937027709

Correo electrónico: fores@hgv.es