## Complicaciones médicas del embarazo, 3a. parte

Colagenopatías-Rubeola-Toxoplasmosis

## Participantes:

Coordinador: Dr. Raúl López García, coordinador de la Sección de Monitorización Fetal, Departamento de Investigación en Medicina Perinatal, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS. Asesor de Ginecoobstetricia, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

**Dr. José Chávez Azuela,** subdidector médico del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS.

**Dr. Angel García Alonso,** médico perinatólogo del Departamento de Fisiología Obstétrica del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2, IMSS.

**Dr. Eduardo Lowenberg Favela,** jefe del Departamento de Perinatología, Centro Hospitalario 20 de Noviembre, ISSSTE.

**Dr. Héctor Paniagua,** internista y endocrinólogo, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS.

**Dr. Edmundo Valdés Macho,** médico ginecoobstetra del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS.

Dr. López García Para cumplir con las metas propuestas, quiero unir el problema de las colagenopatías y las nefropatías en un solo capítulo, por la forma como más frecuentemente afectan el embarazo. Con el fin de ubicar el problema, me permito preguntar a los profesores. ¿Cuál es la colagenopatía que con más frecuencia complica el embarazo?

Dr. Valdés Macho De este grupo de pa-

Las colagenopatías más frecuentes en la embarazada son: lupus eritematoso y artritis reumatoide. La AMR establece 14 parámetros, de los cuales 4 ó más son necesarios para diagnosticar LE; destacan: fotosensibilidad, ulceraciones orales, lupus discoide, fenómeno de Reynaud y anemias, entre otros. El lupus puede dar VDRL positivo, los anticuerpos antitreponema aclaran el diagnóstico. En casos de embarazo y lupus, uno de cada tres o cuatro productos se pierden. En el embarazo se observan tanto remisiones como exacerbaciones, en el puerperio exacerbaciones.

decimientos es indiscutible que el lupus eritematoso sistémico afecta con más frecuencia a la mujer embarazada y, en segundo lugar, la artritis reumatoide; con mucho menor frecuencia la dermatomiositis, la escleroderma y la poliarteritis nodosa.

Dr. López García Ha quedado bien establecido que el lupus eritematoso es de las colagenopatías, la que realmente interesa como complicación del embarazo, tanto por su gravedad como por su frecuencia, de tal manera que quisiera enfocar desde el punto de vista del medio general, cuáles serían los parámetros más útiles para el diagnóstico de lupus eritematoso.

Dr. García Alonso La Asociación Americana de Reumatología establece 14 parámetros para fundamentar el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, cuando 4 o más de estos signos se encuentran presentes en una paciente. Entre ellos destacan la fotosensibilidad, las ulceraciones de la mucosa oral, el lupus discoide, el fenómeno de Reynaud, los problemas articulares, la anemia, la trombocitopenia y el

La segunda parte de esta mesa redonda apareció en el Vol. XXIII Año 23 No. 1, 1980 de la revista Facultad de Medicina de la U.N.A.M.



cloasma facial entre otros.

Dr. López García Es importante que el V.D.R.L. positivo puede sugerir la presencia de lupus en una mujer joven, sin antecedentes y con mucha frecuencia es el médico general o el ginecoobstetra quienes toman contacto por primera vez con una problemática de esta naturaleza. Debe considerarse que esta enfermedad da con cierta frecuencia pruebas de V.D.R.L. falsas positivas. ¿Quisieran los profesores de la mesa comentar algo al respecto?

Dr. Chávez Azuela El V.D.R.L. tiene en la actualidad una gran problemática, debido a la promiscuidad sexual no es difícil que muchas jovencitas lo tengan positivo. Por otro lado, en toda paciente joven, en la cual se puede pensar que no tenga enfermedad venérea y que es V.D.R.L. positiva, hay que ser cauto y catalogarla como portadora de una lúes y se deben investigar otras patologías que dan falsa positividad, como lupus sistémico, etc. Lo que el médico debe ordenar de inmediato es un estudio de anticuerpos antitreponema y, si este estudio es negativo, ordenar los otros estudios.

Dr. López García Debe puntualizarse que la problemática que genera esta colagenopatía para la evolución del embarazo y para la vida de la mujer hace que el médico general que se encuentra ante un V.D.R.L. positivo, recurra al especialista para confirmar el diagnóstico, que cuando se hace oportunamente, mejora el pronóstico. Con estas bases, quiero preguntar, ¿cuál es el concepto de riesgo maternofetal en esta complicación?

Dr. Chávez Azuela Si se toma un grupo de pacientes con lupus y embarazo, uno de cada tres o uno de cada cuatro embarazos se va a perder, bien sea porque ocurre un aborto, un parto prematuro o una muerte perinatal. Estas mujeres tienen una fertilidad reducida y el riesgo para el feto, aún en los mejores casos, es malo. Se podrían considerar dos grupos; pacientes

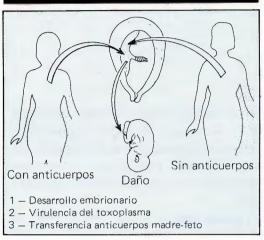
que no tienen patología vascular o renal y las que ya la tienen. En las mujeres con patología vascular, en uno de cada dos embarazos el feto tendrá problemas, y en las que no tienen esta patología, uno de cada cinco embarazos se va a perder.

Dr. López García El Dr. Chávez Azuela ha dejado claro el concepto de riesgo para el feto en aquella paciente con nefropatía lúpica; además, ha destacado que aun en aquellas pacientes en donde la colagenopatía aún no ha lesionado al riñón, el lupus eritematoso per se, representa una problemática para el feto, de tal manera que por lo menos uno de cada cinco fetos hijos de madres con lupus, se pierde.

Dr. Valdés Macho El Dr. Chávez Azuela y el Dr. López García se han referido al capítulo de los efectos que el lupus eritematoso tiene sobre el embarazo, yo quiero destacar los efectos que tiene el embarazo sobre la evolución del lupus. Clásicamente se había sugerido que las enfermedades de la colagena deberían remitir durante el embarazo, argumentando algunas razones, entre las que sobresalen la elevación de los 17 corticosteroides durante la gestación. Sin embargo, en la práctica clínica, se observan tanto remisiones como exacerbaciones, y en algunos casos, la enfermedad no se modifica. Debe considerarse que durante el puerperio, el lupus eritematoso sistémico tiende a exacerbarse. Dr. López García Si se tiene en cuenta que la terapéutica de elección incluye los corticosteroides, quiero preguntar a los profesores de la mesa su opinión acerca del manejo de lupus eritematoso con esteroides, durante el embarazo.

Dr. Paniagua Es indiscutible que se han usado los corticosteroides durante el embarazo y en los últiEl estriol urinario se usa como indicador del estado fetal, por esto se recomienda usar cortisona en casos de embarazo y lupus. Otros factores reducen el estriol: acidi-





ficantes urinarios, antibióticos (ampicilina), defectos de técnica, proteinuria e insuficiencia renal; lo aumentan: diuréticos, soluciones glucosadas, reposo, etc. La rubeola en las primeras ocho semanas da daño fetal en el 75 por ciento de los casos; de la semana doce a la quince en el 25 por ciento de las embarazadas y de la vigésima en adelante sólo en el 5 a 10 por ciento. En un estudio del IET, las mujeres mexicanas tienen 80 por ciento de inmunidad natural.

mos años, se han incluido en el manejo médico, los esteroides sintéticos. Debe tenerse en cuenta que este último grupo de substancias cruzan la placenta y pueden frenar la producción de ACTH fetal, lo que, entre otras cosas puede confundir al médico ginecoobstetra al disminuir las cifras de estriol urinario, que se usa como un indi-

cador del estado fetal; esto, tomado a la ligera, puede determinar una conducta médica equivocada ante la supuesta evidencia de peligro para el producto. En mi opinión deben preferirse los esteriodes naturales del tipo de la cortisona durante el embarazo. Los efectos teratogénicos de estas substancias, han sido descritos en los animales, específicamente ratas y son del tipo del labio y paladar hendido; sin embargo, esta contingencia nunca ha sido descrita en el humano. Dr. Chávez Azuela La prednisona difunde a través de la placenta, pero tiene la particularidad sobre otros glucocorticoides que lo hace en mínima proporción, aproximadamente el 50 por ciento de la prednisona administrada pasa a la circulación fetal, de ésta un 25 por ciento se une a una proteína que la inactiva y el otro 25 por ciento es la que circula en el feto, única

Fig. 1a. Toxoplasmosis congénita.

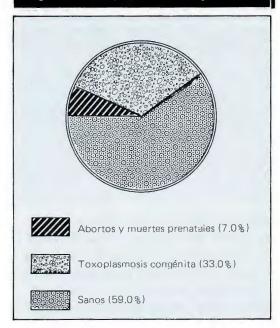
## Influye

- Edad del embarazo
- Grado de actividad
- Virulencia de la cepa
- Grado de parasitemia
- Estado inmonulógico materno
- Estado inmunológico fetal
- Estado inmunológico madre-feto

que puede inhibir su suprarrenal. Por esta razón, en el lupus, a las dosis que habitualmente se administran no es frecuente un descenso importante del estriol atribuible a la administración de la prednisona, y podría caerse en el error de pensar que el estriol está descendiendo por el glucocorticoide.

Dr. López García Ya que se trata el tema del estriol como indicador del estado fetal, quiero puntualizar que debe tenerse presente una serie de factores que lo alteran, y su disminución no está necesariamente en relación a defectos en la función de la unidad feto-placentaria en todos los casos. Entre estos factores, pueden mencionarse: el uso de corticosteroides, acidificantes urinarios, antibióticos del tipo de la ampicilina, defectos en la técnica de extracción, la neomicina, la proteinuria, la insuficiencia renal; y entre los factores que lo aumentan, los diuréticos, las infusiones con soluciones glucosadas, el reposo, etc. De tal manera, que en este grupo de pacientes, sobre todo aquéllas que están siendo manejadas con medicamentos, o tienen defectos en la función renal, con cierta frecuencia se encuentran cantidades de estriol urinario sugestivas de sufrimiento fetal sin realmente serlo, y suelen condicionar una decisión equivocada para interrumpir el embarazo. Por lo tanto, el médico que usa al estriol como un método para conocer la integridad funcional de la unidad fetoplacentaria, está obligado a interpretar adecuadamente sus resultados en base al conocimiento profundo de los factores capaces de alterar este examen de laboratorio.

Fig. 1b. Toxoplasmosis congénita.

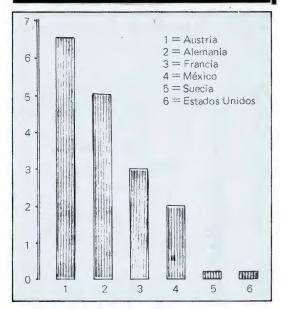


Para continuar con los objetivos de la mesa, quiero conocer la opinión de los profesores acerca del riesgo que representa la rubeola durante el embarazo y cuál es la mejor conducta ante el caso de una mujer embarazada que acude al médico por haber tenido un contacto con rubeola.

**Dr. Lowenberg** Cuando la Rubeola se adquiere en las primeras 8 semanas de la gestación, es capaz de producir daño fetal en el 75 por ciento de los casos. Después de la semana 12 a 15, esta frecuencia baja al 25 por ciento y después de la vigésima semana la posibilidad de daño oscila entre el 5 y el 10 por ciento.

El problema fundamental es que, en nuestro medio, es frecuente que llegue una paciente que ha tenido contacto con un niño que sufre rubeola, en cualquier momento de la gestación y quiere saber el riesgo que corre. Ya que se le ha dicho que no solamente puede haber riesgo por el hecho de tener la rubeola, sino que hay casos de viremia rubeólica sin manifestaciones clínicas en la paciente, pero en cambio puede haber daño en el feto. Afortunadamente, en un estudio hecho en el Instituto de Enfermedades Tropicales, se ha observado que de las mujeres en México en la edad fértil, casi un 80 por ciento están inmunizadas en forma natural a la rubeola. Si hay anticuerpos antirrubeola, un aumento

Fig. 2. Frecuencia x 1,000 nacidos vivos toxoplasmosis congénita.



brusco de los títulos indicará que la mujer tuvo la enfermedad rubeola. El problema es: ¿qué se va a hacer con esta paciente a quien le dio la rubeola o que tuvo la viremia y que está embarazada? Desgraciadamente, las leyes mexicanas no contemplan estos problemas, y en el ISSSTE, no estamos autorizados por el momento para interrumpir el embarazo en estos casos.

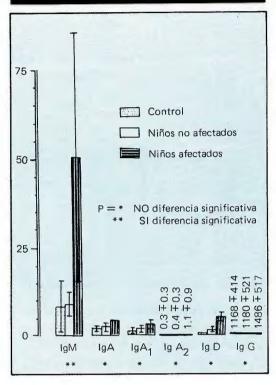
Dr. López García La respuesta del Dr. Lowenberg me ha parecido muy bien; sin embargo, ante la trascendencia y la inquietud que genera este problema, debe quedar muy bien establecida la conducta médica ante la mujer embarazada, en el primer trimestre, que tiene un contacto con rubeola. Dr. Chávez Azuela Debe de partirse de la base que, si se hace un

estudio, es para poder

Un aumento brusco de anticuerpos antirubeola indica que se tuvo la enfermedad. El problema se presenta en la embarazada que sufrió rubeola o tuvo viremia, Los anticuerpos deben subir al doble para considerar positiva la reacción. El riesgo de malformación congénita oscila entre el 25 y el 40 por ciento. Las más frecuentes son: cataratas y cardiopatías que pueden corregirse y permiten conservar el producto. Otras son más graves: microcefalia y retardo mental. El médico debe informar los riesgos para que la pareja tome la decisión.

determinar una conducta, y si no se va a hacer nada, es mejor no hacer el estudio. Si se está

Fig. 2a. Inmunoglobulinas en sangre del cordón umbitical (mg/100 ml).



convencido de que a esta edad de embarazo, 8 semanas, se debe de interrumpir la gestación, se debe contar con el apoyo del laboratorio, que consiste en hacer la cuantificación de anticuerpos antirrubeola de inmediato y 15 días después, si la diferencia en títulos es de 4 tubos o más, debe interrumpirse; si es menor debe permitirse la evolución normal.

Dr. López García Quiero dejar muy clara esta última parte de la respuesta del Dr. Chávez Azuela, porque reviste una importancia capital. El rango de variabilidad de los anticuerpos antirrubeola, para que se consideren positivos, deben ser por lo menos del doble; la paciente que ha tenido rubeola en el curso de su vida da títulos de anticuerpos entre 1 a 8 y 1 a 16, de tal manera que para que el examen repetido sea concluyente deben por lo menos duplicarse los títulos; de otra manera quedan dentro del rango de variabilidad normal por las dificultades técnicas que tiene este tipo de análisis. Nuevamente, se hace hincapié en que la decisión debe ser de la pareja. En base al conocimiento de que la posibilidad de riesgo de una malformación con-

Fig. 3. Títulos de anticuerpos positivos por edades.

Años	*		
0 - 9	5		
10 – 19	8		
20 - 29	19.3		
30 - 39	22.3		
40 — 49	19.0		
50 - 59	18.6		
> - 60	19.0		

génita oscila entre el 25 y el 40 por ciento y de éstas las más frecuentes son las cataratas congénitas y las cardiopatías, ambas probablemente corregibles; en este caso la mujer pudiera optar por la decisión de conservar el embarazo. La problemática es que hay otro grupo de malformaciones congénitas derivadas de la rubeola, que son mucho más graves, como microcefalia, y retardo mental. La pareja es la única capaz de decidir si va a seguir adelante con el embarazo una vez que se le han planteado las posibilidades, debe ser el médico quien informe de la mejor manera posible, los riesgos derivados de esta enfermedad. Para continuar con el programa me gustaría conocer la opinión de los profesores sobre las implicaciones de la toxoplasmosis en el embarazo.

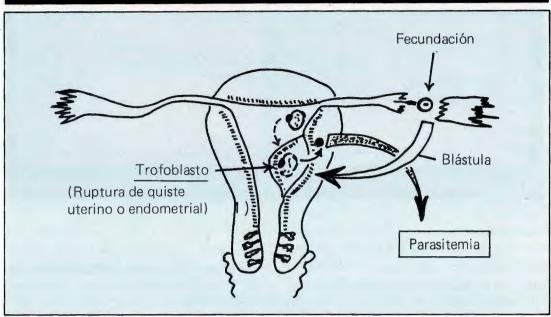
Dr. Chávez Azuela

En mi experiencia el problema de la toxoplasmosis es desde el punto de vista de salud pública más trascendente que la misma lúes, sin embargo, está establecido en las leyes de México que se haga a toda mujer que contrae matrimonio una reacción seroluética, y no está re-

Para la salud pública, el problema de toxoplasmosis puede ser más trascendente que el de la lúes. Los exámenes prenupciales incluyen reacciones seroluéticas pero no estudio de toxoplasmosis. En general, la paciente con problemas de pérdidas fetales o malformaciones congénitas, debería ser estudiada en busca de esta enfermedad. Muchas toxoplamosis siguen dando reacciones positivas, sin ser activas.

gido que se haga un estudio de toxoplasmosis. Muchas microcefalias, retardos mentales y cegueras existen en México debido a esta enfermedad. En términos generales la paciente con un

Fig. 4. Reactivación localizada.



problema de pérdidas fetales, de malformaciones congénitas, etc., debería de hacerse un estudio de toxoplasmosis.

Dr. Lowenberg A propósito de esto, el servicio de medicina preventiva del ISSSTE, está llevando a cabo un proyecto en el cual los estudios prenupciales incluyen toxoplasma, rubeola y citomegalovirus ya que, como ha dicho el Dr. Chávez Azuela, es un problema de salud pública. El problema se hace más grave en el transcurso del embarazo por la posibilidad de usar drogas que puedan dañar al feto. Por otro lado, en el Valle de México, hasta un 27 por ciento de las mujeres tienen reacción Sabin Feldman positiva. En un estudio que nosotros hicimos en el Hospital 20 de Noviembre, para investigación de toxoplasma no se encontró ninguna fetopatía, por toxoplasmosis. Se pensó que la mayor parte de esas toxoplasmosis, siguen dando reacciones positivas sin ser activas.

Dr. Chávez Azuela En los países donde esta enfermedad se estudia a fondo, se hace un muestreo en la mujer soltera, antes del embarazo, entre el primer y segundo trimestre de gestación que es cuando se puede ofrecer una terapéutica, posteriormente se hace un estudio pocas semanas antes de la terminación del embarazo. El toxoplasma se va a localizar preferentemente en el músculo y frecuentemente en el

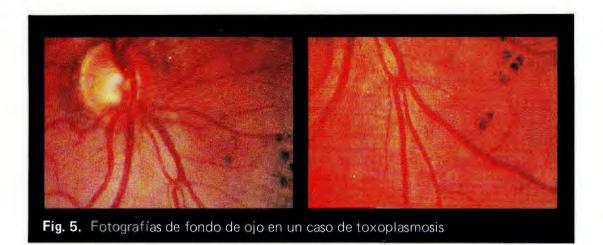
miometrio; cuando existe un quiste en el músculo y la distensión del útero determina una ruptura de este quiste, se provoca la reinfección. Yo creo que en México la epilepsia es uno de los problemas de salud pública más importantes y no sabemos cuantos epilépticos tienen su origen en la toxoplasmosis.

Dr. López García Si debemos entender que el planteamiento ideal para el manejo de toda mujer embarazada debe incluir una prueba Sabin Feldman, antes del embarazo, durante el embarazo y previa al nacimiento. ¿Qué títulos de anticuerpos podríamos considerar como positivos para iniciar el tratamiento?

Dr. Chávez Azuela Si una paciente, antes del embarazo tiene títulos 1 a 16 o más, debe dársele tratamien-

En otros países se hace muestreo para toxoplasmosis en solteras, en embarazadas, entre el primero y el segundo trimestre y pocas semanas antes de su terminación. El toxoplasma se localiza en el miometro, que al distenderse rompe el quiste y provoca reinfección. A la paciente, sin antecedentes obstétricos, se le trata hasta negativizar los títulos, lo que puede tomar de 1 a 6 meses. El esquema de tratamiento consiste en pirimetamina: 25 mg. tres veces al día, durante tres días; después: 25 mg por día, 3 semanas más y sulfadiazina 0.5 g, 3 veces al día, tres semanas.

to; títulos menores no ameritan tratamiento. Si



en el curso del embarazo la paciente incrementa 4 veces el estudio inicial por ejemplo: de 1:8 a 1:64, se considera que tiene una infección en el curso del embarazo y debe dársele tratamiento. Dr. López García Si una paciente no embarazada presenta títulos positivos, ¿se le debe administrar tratamiento hasta que se negativicen completamente ¿o? se puede contemporizar con títulos bajos como un recuerdo inmunológico?

Dr. Chávez Azuela La paciente que no tiene historia obstétrica de problemas, hay que darle tratamiento hasta que se negativicen los títulos; con la negativización de los títulos se le permite el embarazo y se sigue el mismo control. El tiempo que se requiere para negativizar los títulos es impredecible, puede ser un mes, tres meses o seis meses. Hay investigadores que consideran que, después de seis meses, vale la pena esperar un tiempo para poder volver a dar otro tratamiento o bien cambiar de droga; algunos consideran que si con tres ciclos de tratamiento los títulos siguen semejantes, puede interrumpirse la terapéutica.

**Dr. López García** Para terminar con este aspecto de toxoplasmosis me gustaría que se planteara el esquema terapéutico ideal, cuáles son las drogas, a qué dosis y por cuánto tiempo.

Dr. Valdés Macho Antes de esto, yo quisiera hacer una reflexión filosófica de los diversos problemas que se han comentado de la toxoplasmosis y de la rubeola. La medicina preventiva definitivamente es mejor que la medicina curativa, de tal manera que lo ideal sería que se hicieran campañas a nivel nacional a manera de

que prácticamente todas las jovencitas en edad de casarse y embarazadas se hubieran aplicado la vacuna antirrubeola y hecho determinaciones de los títulos de anticuerpos contra el toxoplasma o las pruebas de Sabin Feldman para que se les diera el tratamiento.

Dr. López García Me parece muy interesante lo que ha planteado el Dr. Valdés Macho y da pie para una nueva pregunta que está muy difundida dentro del ambiente médico. Quisiera que dentro del esquema de tratamiento se ubicara el papel de la gamaglobulina en el manejo del contacto con rubeola que se me había pasado por alto.

Dr. Lowenberg Referente a la gamaglobulina. Una mujer que ha tenido contacto con un niño con rubeola no debe de aplicarse la gamaglobulina, porque altera todas las pruebas diagnósticas posteriores. Por otro lado, todo lo que se va a lograr, es disminuir los datos sintomatológicos que pueden servir para el diagnóstico y no evita la enfermedad.

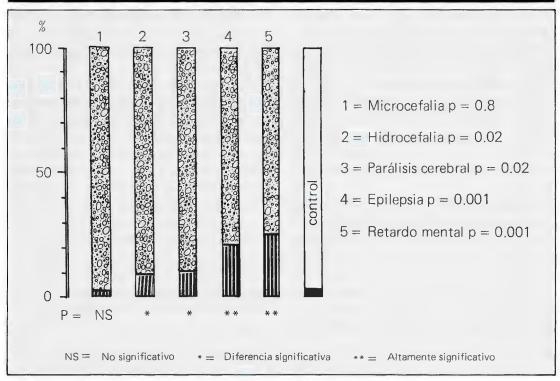
Dr. López García Sí, me gustaría destacar que frecuentemente lo que hace la gamaglobulina es lo que el Dr. Lowenberg había señalado, hace que no se produzcan manifestaciones clínicas de rubeola en la mujer pero no quita el periodo de viremia que afecta al feto.

**Dr. Chávez Azuela** El esquema de tratamiento, para la toxoplasmosis en la mujer no embarazada consiste en pirimetamina a dosis de 25 mg, tres veces al día, durante tres días; después se sigue con 25 mg, cada 24 horas, por tres semanas, agregando a sulfadiazina 0.5 g, tres veces al día durante tres semanas. Se repite

Fig. 5a. Manifestaciones de niños nacidos con toxoplasmosis.

Oçulares			
• Coriorretinitis		66%	
Sistema nervioso			
Líquido cefalo-raquídeo anormal		84%	
Convulsiones		18%	
Calcificaciones cerebrales		4%	
Viscerales			
Esplenomegalia		90%	
Hepatomegalia		77%	
• Linfadenopatía		68%	
• Neumonía		41%	
Otras			
lotericia		80%	
• Fiebre		77%	
Anemia		77%	
• Vómitos	4	48%	
Diarrea		25%	
Dermatitis (Rash)		25%	

Fig. 56. Niños con defectos del S.N.C. (% con toxoplasmosis)



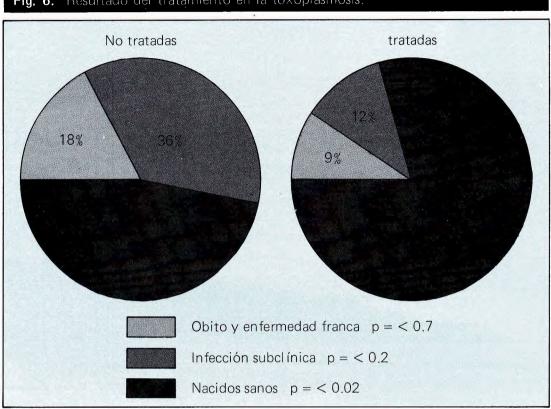


Fig. 6. Resultado del tratamiento en la toxoplasmosis

el estudio, si las reacciones son positivas, se da otro tratamiento y así se puede proseguir seis meses, generalmente al cuarto o quinto mes las reacciones se negativizan. En la mujer embarazada se plantea el problema, si tiene títulos elevados u hay evidencia de infección durante los tres primeros meses del embarazo, no se administra ningún medicamento porque el riesgo de teratogénesis. Pasadas las 14 semanas, se puede utilizar provamicina a dosis de 250 mg cuatro veces al día durante cuatro semanas y se repite el esquema, es conveniente administrarlo junto con ácido fólico, entre 5 y 15 mg, tres veces al día.

Dr. López García A pesar de que resulta imposible analizar todos los detalles de las complicaciones médicas durante el embarazo, debido a la interacción entre la obstetricia y otras ramas de la medicina, se puede decir que el embarazo representa una condición única en el ciclo de la salud humana, ya que da lugar a cambios profundos en la fisiología femenina y la

forma de respuesta ante la agresión de una enfermedad; por otro lado, la presencia del feto como un organismo vulnerable y la trascendencia que tienen las secuelas derivadas de la época perinatal, matizan el enfoque diagnóstico y terapéutico de las enfermedades que se asocian a la gestación.

El propósito de esta mesa no ha sido, desde luego, agotar el tema; sino más bien, despertar la inquietud del médico consciente de su responsabilidad profesional, para que profundice en este campo, ya que de sus acciones y decisiones depende no sólo la salud de la madre, sino la integridad física del feto, el recién nacido y su evolución ulterior, como un concepto integral de la salud maternoinfantil.

Si la discusión de estos temas ha logrado dejar la inquietud de continuar en el camino del estudio y la honestidad profesional como la única manera de ejercer adecuadamente la medicina, se han cubierto los objetivos propuestos.