



21 de mayo del 2000

Dra. Raquel Gerson  
Editora de la revista *Anales Médicos*  
Presente.

Muy estimada Sra. Editora:

He leído con explicable interés el trabajo tan completo a propósito de un problema felizmente infrecuente, aparecido en la Revista *Anales Médicos* (1999; 4: 183-191), escrito por la Dra. Mary Carmen Amigo Castañeda e intitulado: "Lupus y embarazo. Mitos y realidades". Haré un comentario breve, pues no hay mucho que agregar a una comunicación tan bien documentada.

Hace 47 años escuché y escribí la glosa que formuló el Dr. Nicholson Eastman, al referirse a un ejemplo de embarazo asociado con lupus eritematoso generalizado (LEG).

Al hacer uso de la palabra, hubo de decir:

*Cuando se trata de enfermedades de observación excepcional, es imposible dar opiniones concluyentes. Las experiencias son muy variables: ignoramos por qué unas pacientes empeoran y otras no. Hemos aprendido que el pronóstico materno-infantil es habitualmente mejor cuando el embarazo se inicia en una etapa de remisión —y agregó—:*

*Me preguntan ¿si el lupus puede empeorar por el embarazo? Miren ustedes —contestó con esa prudencia y responsabilidad característica de los hombres de ciencia—, para este problema de origen*

*desconocido, de índole autoinmune, cuya evolución, cursa con remisiones y recaídas, con respuestas totalmente inanticipables en el embarazo y con tratamientos inespecíficos disponibles, la interrogante merece esta réplica insatisfactoria:*

*Les puedo contestar de manera afirmativa, pero no de manera categórica: unas personas mejoran y otras permanecen igual, sin mejoría notable. Pero una cosa es clara: No podemos ver con optimismo ilimitado que la mujer lúpica se embarace, solamente desearte que lo comience en fase de remisión, que acuda además a consulta prenatal regular y siga las recomendaciones y el tratamiento indicado por los médicos encargados de compartir su vigilancia.*

La individualización terapéutica es indispensable y no disponemos de fórmulas mágicas que aseguren resultados terapéuticos exitosos en porcentajes mayoritarios. Hay mejorías, como lo indica la autora del magnífico trabajo que estoy comentando, pero todavía hay muchas ignorancias que necesitamos superar. Necesitamos seguir estudiando tan interesante problema y aguardar a que el tiempo y la investigación bien orientada enriquezca nuestros conocimientos.

Atentamente

Dr. Raúl Fernández Doblado  
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar  
Monte Blanco 225  
11000 México, D.F.

México, D.F., a 15 de julio del 2000

Dra. Raquel Gerson  
Editora de la revista *Anales Médicos*  
Presente.

Estimada doctora Gerson:

Le envío mi respuesta para el comentario del Dr. Fernández Doblado, agradiéndole sus atenciones.

Agradezco sinceramente al Dr. Fernández Doblado su valioso comentario sobre el artículo titulado "Lupus y embarazo. Mitos y realidades". Quizá como lo comentó el gran clínico Nicholson Eastman, el lupus eritematoso generalizado (LEG) era en aquella época una enfermedad de observación ocasional. Esto seguramente debido a una baja prevalencia de la enfermedad, pero también a un pobre diagnóstico debido a la baja sensibilidad de las pruebas diagnósticas de entonces. Sin embargo, estudios recientes han mostrado que el LEG ha aumentado su incidencia y prevalencia desde los años 70.<sup>1</sup> Esto, aunado a la gran sensibilidad de las técnicas actuales para detectar anticuerpos antinucleares, hace que hoy en día, el LEG no sea una enfermedad ocasional. Por ejemplo, en Rochester, Minnesota, la incidencia se ha triplicado en la población con una prevalencia aproximada de 1 por cada 800 personas.<sup>2</sup> En México, la prevalencia ha mostrado ser de 8.78 por 10,000 mujeres (15-65 años de edad), esto es 1 por cada 1,137 mujeres.<sup>3</sup>

Por otra parte, es cierto que el embarazo en la mujer con LEG es de alto riesgo. Sin embargo, la historia natural del LEG ha cambiado dramáticamente no sólo por mejores tratamientos, sino por un diagnóstico más temprano, conocimiento de factores de riesgo, prevención de la cardiopatía

isquémica, avances en los programas de diálisis, así como el trasplante renal. Además, hemos aprendido que el daño irreversible en diversos órganos o sistemas no sólo es secundario al lupus, sino también al tratamiento con glucocorticoides o con citotóxicos, o con ambos. Desde luego, en múltiples estudios se ha comprobado que el embarazo que inicia cuando el LEG está inactivo tendrá una mejor evolución. Por lo tanto, el consejo ideal para la mujer joven con LEG y que desea embarazarse es que lo planeé cuando se encuentre por lo menos con seis meses de inactividad. La realidad es que no siempre ocurre en la práctica diaria.

Estoy totalmente de acuerdo en que se requieren aún muchos estudios para llegar a entender al LEG, incluyendo cohortes de pacientes que nos ayuden a identificar predictores de morbilidad y mortalidad para poder sentar las bases de mejores tratamientos.

Atentamente,

Dra. Mary Carmen Amigo  
Reumatóloga  
Hospital ABC  
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez  
Profesora Asociada de Reumatología, UNAM.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Petri Michelle. Hopkins Lupus Cohort-1999 Update. *Rheum Dis Clin North Am* 2000; 26: 199-213.
2. Uramoto KM, Michet CJ, Thumboo J et al. Trends in the incidence and mortality of systemic lupus erythematosus, 1950-1992. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 46-50.
3. Sauza del Pozo J, Martínez E, García D, Salas R. Prevalencia del lupus eritematoso generalizado en la población mexicana. *Rev Mex Reumatol* 1991; 6: 54.