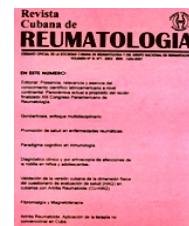


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XV Número 2, 2013 ISSN: 1817-5996

www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE OPINIÓN Y ANÁLISIS

Espondilitis anquilosante y embarazo

Ankylosing spondylitis and pregnancy

Suárez Martín Ricardo*, **Molinero Rodríguez Claudino***, **Prada Hernández Dinorah**** **Hernández Cuellar Isabel María*****, **López Mantecón Ana Marta*****, **López Cabrejas Gilberto*****.

*MSc, Especialista en 1er Grado en Medicina Interna y 2do Grado en Reumatología

**MSc, Especialista en 1er Grado Medicina General Integral y Reumatología

***Especialista en 1er Grado en Reumatología

Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico “10 de Octubre”. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El embarazo es una importante condición que puede afectar y puede estar afectado por la espondilitis anquilosante. En general, la espondilitis anquilosante no parece interferir negativamente con la fertilidad, el embarazo, el feto o la lactancia materna. Se estima que alrededor 85-90 % de las pacientes con espondilitis anquilosante tienen un embarazo a término. En otro orden un incremento en las sesiones de cesáreas ha sido reportado en la espondilitis anquilosante. Con cambios observados en la actividad de la enfermedad durante el embarazo. Ha sido reportado que 30-55 % de las pacientes con espondilitis anquilosante no experimentan cambios significativos alrededor del 24-33 % empeoran, más frecuentemente en el segundo trimestre.

Palabras clave: embarazo, espondilitis anquilosante

ABSTRACT

Pregnancy is an important condition that can affect and can be affected by ankylosing spondylitis. In general, ankylosing spondylitis does not appear to interfere negatively with fertility, pregnancy, the fetus or breastfeeding. It is estimated that about 85-90 % of ankylosing spondylitis patients have a term pregnancy. On the other hand, an increase in Cesarean sections has been

reported in ankylosing spondylitis. With regard to changes in disease activity during pregnancy, it has been reported that 30-55 % of ankylosing spondylitis patients experience no significant changes while about 24-33 % worsen, most often in the second trimester.

Keywords: pregnancy, ankylosing spondylitis

INTRODUCCIÓN

Hay muy pocos estudios en los que se relacionan la espondilitis anquilosante (EA) y el resto de las espondiloartritis (EspA) con el embarazo. Este número insuficiente de publicaciones sobre el embarazo y la EA, nos pueden hacer pensar que los efectos del embarazo sobre esta entidad no han sido suficientemente documentados.

De manera general en la gran mayoría de los estudios realizados que hacen referencia a que la EA no parece interferir negativamente con el curso del embarazo, el feto o la lactancia materna.¹⁻⁴ Sin embargo a la hora de aplicar los distintos tratamientos en pacientes con EA embarazadas es donde se presentan las mayores problemas, por la posible toxicidad de los medicamentos sobre el embarazo, el feto y la lactancia materna.

DESARROLLO

La EA tiene una mayor incidencia en edad fértil de la mujer, el comienzo de la enfermedad es lento, con una evolución más benigna en la mujer que en el hombre, y es posible que exista la coincidencia que en muchas mujeres que la enfermedad pudiera comenzar durante el embarazo. En estudio realizado por Ostensen M. en 1998,⁴ relaciona el comienzo de la EA con el embarazo en el 21 % de las pacientes, en este mismo estudio reporto que en las pacientes con EA embarazadas, las formas clínicas de presentación más frecuente fueron: la participación de articulaciones periférica, que fue el predominó en el cuadro clínico de estas pacientes en el 45 %; además, uveítis anterior aguda 48%, psoriasis 18 % y las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) 16 %.

La observación de cambios en la evolución de la enfermedad durante el embarazo ha sido reportada entre 30-35 % de pacientes con EA.^{1,5-8} Sin embargo, otros estudios tanto prospectivos como retrospectivos han encontrado que la actividad de la EA se mantiene inalterable durante este periodo de tiempo, sin experimentar cambios evolutivos de la enfermedad entre el 30-55 % de las pacientes embarazadas con EA.^{4,9,10}

Para las remisiones el porcentaje reportado varía entre 9-31% de las pacientes; según diferentes estudios la enfermedad mejoró con respecto a la intensidad del dolor y la rigidez,^{4,6,9,10} la mejoría se observó principalmente en aquellas pacientes que presentaban predominio de las manifestaciones articulares periféricas, psoriasis, EII, elevación de la eritrosedimentación globular (ESG) y los niveles de inmunoglobulina-A (IgA) y el feto era del sexo femenino.^{1,4,6,9} La mejoría ocurre entre la 8ª y 12ª semana de gestación.⁹ Sin embargo otros autores refieren

una mejoría en el 25 % de las pacientes después de las 13 semanas,⁶ esta mejoría está asociada con disminución de la rigidez matinal, el marcado alivio del dolor durante la actividad y el descanso. En la mayoría de ellas está remisión duro todo el embarazo. A las 32 semanas y sobre todo al final del embarazo también se ha reportado una disminución del dolor y rigidez matinal en otras pacientes con EA.^{6,11}

En otros reportes se ha observado exacerbación de los síntomas entre y el 24-33 % de las embarazadas con EA, sobre todo a partir del segundo trimestre, incrementándose al final de la gestación, observándose un incremento de la rigidez matinal de la columna vertebral, disminución de la movilidad de la misma, deba capacidad funcional, mayor duración de la rigidez matinal y del dolor de espalda nocturno con el reposo.^{1,4,6,8,9}

En otro estudio se reportan un incremento en los índices que miden actividad como el reportado con el Bath Ankylosing Spondylitis Index Activity (BASDAI) durante el 2º trimestre y una disminución de los síntomas en tercer trimestre.^{6,12} de manera similar, se ha detectado una alta actividad evaluada por el BASDAI en las pacientes con EA encontrándose que en la pregunta referida al dolor se encontró que la pacientes con EA embarazadas presenta mayor intensidad del mismo y un mayor consumo de drogas como AINES y analgésicos para el alivio del dolor que las pacientes con AR embarazadas.^{6,11}

En estudio realizado postparto reporta que el 45 % de las pacientes presentan exacerbación de la enfermedad 6 semanas después del parto, lo cual no fue correlacionado con la lactación, pero si asociado a actividad en el momento de la concepción; el 4.5% noto mejoría y no presentaron cambios el 50%.¹⁴ Otros estudios reportan empeoramiento de los síntomas entre 60-90 % de las pacientes explicados por dolor nocturno, rigidez de la columna vertebral y fatiga, a los 6 meses después del parto.^{1,6,9}

Durante el embarazo por lo general no hay alivio del dolor en las pacientes con EA según reportan otros estudios.^{11,13,14}

La presencia de actividad en el momento de la concepción fue predictor de actividad durante la gestación.⁸

Es difícil de determinar de forma clara si el incremento de la intensidad del dolor, particularmente en 1º y 2º trimestre, experimentado por las pacientes embarazadas con EA, es de causa inflamatoria o debido a alteraciones mecánicas de la columna vertebral y pelvis. Si la medición de la Proteína C reactiva (PCR) es normal no se podría hablar de inflamación, aunque sabemos que los reactantes de la fase aguda no se

elevan tanto como en la AR, y se pueden observar pacientes con EA en fase de actividad con reactantes de fase aguda dentro de valores normales.

Cambios en la postura y de la movilidad espinal se presentan durante el embarazo,¹⁵ particularmente como resultado de la relajación de los ligamentos de la columna vertebral y pelvis.¹⁶

Los cambios hormonales que se observan durante el embarazo pueden jugar un papel importante con el marcado incremento de progesterona y el estrógenos, entre sus propiedades se encuentran modificaciones mecánicas en los ligamentos pélvicos como respuesta a estas hormonas sexuales.¹⁷ En adición los niveles de cortisol observados durante el embarazo pueden disminuir la inflamación.

El alivio del dolor en pacientes con EA en el tercer trimestre está en contraste con el curso de dolor lumbar no inflamatorio presente en el 50 % de las mujeres embarazadas saludables, que empeoran en los estadios avanzados del embarazo,¹² sin embargo marcadores de actividad inflamatoria como la rigidez matinal, disminuyeron en el tercer trimestre.

El embarazo incluye profundos cambios en el cuerpo de la madre que se manifiesta de manera diferente en los diferentes estadios del embarazo, resultando difícil la evaluación de la paciente con EA porque el embarazo puede inducir dolor bajo de espalda o dolor pélvico. Un estudio realizado por Ostensen M y col en el 2004,⁶ determinó que los índices de capacidad funcional no son útiles para el monitoreo de las pacientes embarazadas, debido a que las medidas de evaluación clínica de la EA están en dependencia de manifestaciones de la columna vertebral.

El efecto clínico del embarazo sobre las enfermedades reumáticas es usualmente evaluado por instrumentos específicos utilizados en la evaluación de la propia enfermedad. Sin embargo esos instrumentos en ocasiones pueden no reflejar los aspectos que son de mayor importancia para la paciente en su calidad de vida, sobre todo en las aspectos de la vida diaria.^{9,10}

En un estudio de Förger F. y col en el 2005,⁵ realizado con pacientes embarazadas portadoras de AR y EA comparadas con un grupo control de embarazadas saludables, a las cuales se les aplicó el sistema de evaluación de calidad de vida SF-36 en cada trimestre del embarazo a las 6, 12 y 24 semanas, y a las 6 semanas del postparto, que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, determinó que el embarazo reduce la función física y produce dolor lumbar principalmente en el 3er trimestre, tanto en las embarazadas normales como en las pacientes, pero no provoca impacto en la salud mental ni emocional; al mismo tiempo demostraron que la enfermedad reumática se agrava durante el embarazo.

El mismo Förger con otro grupo de colaboradores en el año 2009,²⁵ demuestra que tanto las mujeres con EA como con AR,

experimentan un incremento en células Tregs durante el embarazo. Sin embargo las células Tregs de las mujeres con EA secretan menos cantidad de Interleuquina 10 (IL-10) y tienen una menor supresión de la secreción de Interferón alfa (ITF α) y Factor de Necrosis Tisular alfa (TNF α) por células efectoras T, explicando por qué las embarazadas con EA mantienen actividad durante el embarazo a diferencia de la AR.

La mayoría de los estudios que evaluaron el embarazo no reportan un incremento de los partos prematuros o preeclampsia (en relación con la mujer embarazada saludable). Se ha estimado que alrededor del 85-92 % de las pacientes con EA llegan a término en su primer embarazo con recién nacidos saludables y con buen peso al nacer, similar a lo que ocurre en las embarazadas con buen estado de salud.^{1-4, 8, 9} En la EA el feto y neonato no están afectados en la mayoría de los casos;¹⁴ sin embargo, un incremento del riesgo de desarrollar EA ha sido descrito en hijos con madres portadoras de esta enfermedad.⁸

Por otra parte, un incremento en el número de cesáreas ha sido reportado en las pacientes con EA, en su gran mayoría debidas a la enfermedad por la participación de las articulaciones sacroilíacas y sínfisis del pubis provocando una limitación de la movilidad de la pelvis, así como la afectación de las articulaciones de las caderas, que impide a la mujer embarazada con EA poder adoptar la posición ginecológica a la hora de la realización del parto.^{1,7} Un estudio realizado por Ostensen M. y col. en el año 1998,⁴ reporto que necesitaron cesárea el 58 % de las pacientes embarazadas con EA, pero no se reporta un incremento del aborto con respecto a la población normal.

Con respecto a manifestaciones extraarticulares de la enfermedad presentadas en el curso del embarazo, se reporta que la uveítis fue la manifestación extraarticular que se observó, no registrándose otras manifestaciones extraarticulares durante el embarazo o postparto.¹⁰

En la base de datos del Centro Nacional de Reumatología, La Habana, Cuba²⁶ hay registradas un total de 88 pacientes con EA, 76 de ellas se han embarazado por lo menos una vez, presentando un total de 145 embarazos; el 95 % de estos embarazos fueron a término y 4 % prematuros. Los recién nacidos normo peso 85 % y bajo peso 14 %. Se registró un número de cesáreas elevado en estas pacientes debidas en su gran mayoría a las limitantes óseas que produce la EA en sacroilíacas y coxofemorales, registrándose este proceder en el 48 % del total de partos.

La forma de presentación más frecuente fue la artritis periférica 40 %, uveítis 36 %, entesitis 14 % el resto de las pacientes presentaron como forma de debut el dolor lumbar inflamatorio u otras manifestaciones de la enfermedad.

La enfermedad mejoró con respecto al dolor lumbar, y a la duración e intensidad de la rigidez matinal, menor dolor e

inflamación de articulaciones periféricas, así como las manifestaciones extraarticulares en 15 % de los embarazos. No se presentaron cambios en la evolución de la enfermedad en el 35 %, y empeoraron en la evolución de la enfermedad con respecto al dolor, rigidez matinal, manifestaciones periféricas articulares y extraarticulares el 49 %.

CONCLUSIONES

- El embarazo puede influir en la evolución de la EA, generalmente a diferencia de la AR, la enfermedad o se mantiene inalterable o se exacerba, un menor número de pacientes tiene mejoría durante este periodo.
- En una gran mayoría de las pacientes la exacerbación de la enfermedad se observa en 2^{do} trimestre del embarazo.
- La presencia de actividad de la EA en el momento de la concepción se considera un factor de mal pronóstico durante el embarazo.
- La gran mayoría de los embarazos llegan a término, con recién nacidos saludables y con un peso normal al nacer.
- Se reporta un incremento en el número de cesáreas en embarazadas con EA con respecto a las embarazadas normales, se plantea que esto es debido a la dificultad de dilatación de la pelvis cuando hay participación de articulaciones sacroiliacas y la sínfisis del pubis. Otra causa que pudiera dificultar un parto normal es la limitación de la movilidad de las articulaciones de las caderas lo cual impediría a la paciente adoptar la posición adecuada a la hora de efectuarse el parto.
- Hay que tener muy presente durante las diferentes etapas del embarazo los distintos tratamientos aplicados a estas pacientes, los cuales generalmente pueden presentar efecto secundarios tanto para la madre como para el feto y también en el momento de la lactancia materna.

RECOMENDACIONES

- Seguimiento periódico que pudiera ser cada vez que sea necesario al menos mensual sobre todo en aquellas que se mantienen en actividad.
- Orientación médica adecuada al personal médico que sigue el embarazo, a la paciente y sus familiares.
- El uso de medicamentos debe ser estrictamente controlado por el reumatólogo, se deben utilizar el menos tóxico y durante el menor tiempo posible para

la madre y el feto, así como durante el tiempo que dure la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ostensen M, Husby G. A prospective clinical study of the effect of pregnancy on rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 1983; 26(9): 1155-9.
2. Ostensen M. Pregnancy in psoriatic arthritis. *Scand J Rheumatol.* 1988; 17(1): 67-70.
3. Ostensen H, Husby G. Seronegative spondyloarthritis and ankylosing spondylitis: biological effects and management. In: Scott JS, HA nb, eds. *Pregnancy, Autoimmunity and Connective Tissue Disorders.* Oxford: Oxford University Press 1990:163-84.
4. Ostensen M, Ostensen H. Ankylosing spondylitis--the female aspect. *J Rheumatol.* 1998; 25(1): 120-4.
5. Förger F, Ostensen M, Schumacher A, Villiger P, M. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey *Ann Rheum Dis* 2005;64:1494-99.
6. Ostensen M, Fuhrer L, Mathieu R, Seitz M, Villiger PM. A prospective study of pregnant patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis using validated clinical instruments. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 1212-17.
7. Ostensen M, Husby G. Ankylosing spondylitis and pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15: 241-54.
8. Gran JT, Ostensen M. Spondylarthritides in females. *Ballieres Clin Rheumatol* 1998; 12: 695-715.
9. Ostensen M, Husby G. Pregnancy and rheumatic disease. A review of recent studies in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Klin Wochenschr.* 1984; 62(19): 891-95.
10. Ostensen M, Ostensen H, Husby G. Ankylosing Spondylitis and Motherhood. *Arthritis and Rheumatism.* 1982; 25, (2): 140-43.
11. Incel NA, Erdem HR, Ozgocmen S, Catal SA, Yorgancioglu ZR. Pain pressure threshold values in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2002; 22: 148-50.
12. Hainline B. Low-Back pain in pregnancy. In: Devinsky O, Feldmann E, Hainline B, eds. *Neurological complications of pregnancy.* New York: Raven Press, 1994: 65-76.
13. Ostensen M. The effect of pregnancy on ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, and juvenile rheumatoid arthritis. *Am J Reprod Immunol.* 1992; 28(3-4): 235-7.
14. Gerecz-Simon EM, Tunks ER, Heale JA, Kean WF, Buchanan WW. Measurement of pain threshold in patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, ankylosing spondylitis, and healthy controls. *Clin Rheumatol* 1989; 8: 467-74.

15. Gilleard W, Crosbie J, Smith R. Effect of pregnancy on trunk range of motion when sitting and standing. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 1011–20.
16. Goldsmith LT, Weiss G, Steinetz BG. Relaxin and its role in pregnancy. *Endocrinol Metabol Clin North Am* 1995; 24: 171–86.
17. Reay Jones NH, Healy JC, King LJ, Saini S, Shousha S, Allen-Mersh TG. Pelvic connective tissue resilience decreases with vaginal delivery, menopause and uterine prolapse. *Br J Surg* 2003; 90: 466–72.
18. McKee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 988–93.
19. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473–83.
20. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998; 47: 209–12.
21. Kvien TK, Kaasa S, Smedstad LM. Performance of the Norwegian SF-36 health survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. *J Clin Epidemiology* 1998; 51: 1077–86.
22. Talamo J, Frater A, Gallivan S, Xoung A. Use of the short form 36 (SF36) for health status measurement in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 463–9.
23. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994; 21: 2286–91.
24. Van Tubergen A, Coenen J, Landewe R, Spoorenberg A, Chorus A, Boonen A, et al. Assessment of fatigue in patients with ankylosing spondylitis: a psychometric analysis. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 8–16.
25. Förger F, Villiger P M, Østensen M. Pregnancy in patients with ankylosing spondylitis: Do regulatory T cells play a role? *Arthritis Care & Research* 2009; 61, (2): 279–83.
26. Base de Datos del Grupo para el estudio de las Espondiloartritis. [documento ubicado en el Centro de Reumatología]. La Habana. Hospital Clínico Quirúrgico Docente 10 de Octubre. 2013 [citado el 3 de junio de 2013]. Disponible en: Archivos médicos del Centro de Reumatología. .

Los autores refieren no presentar conflictos de intereses

Recibido: 12 de junio 2013

Aprobado: 22 de julio de 2013

Contacto para correspondencia: Dr. Ricardo Suárez Martín E-mail: rsuarez@infomed.sld.cu

Cervantes No 97 % Goicuría y D´Strampe. Sevillano. 10 de Octubre, La Habana, Cuba