



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO DE LA VASCULITIS EN LA GESTANTE

MEJIA MANZANARES JAIME ADRIAN
MÉDICO

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO DE LA VASCULITIS EN LA GESTANTE

MEJIA MANZANARES JAIME ADRIAN
MÉDICO

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

MANEJO DE LA VASCULITIS EN LA GESTANTE

MEJIA MANZANARES JAIME ADRIAN
MÉDICO

AGUDO GONZABAY BRIGIDA MARITZA

MACHALA, 20 DE OCTUBRE DE 2023

MACHALA
20 de octubre de 2023

Manejo de la vasculitis en la gestante

por Jaime Adrian Mejia Manzanares

Fecha de entrega: 11-oct-2023 11:04a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2192497148

Nombre del archivo: Manejo_de_la_vasculitis_en_la_gestante.docx (61.48K)

Total de palabras: 4305

Total de caracteres: 23386

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, MEJIA MANZANARES JAIME ADRIAN, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Manejo de la vasculitis en la gestante, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

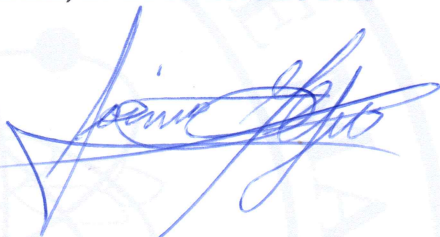
El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 20 de octubre de 2023



MEJIA MANZANARES JAIME ADRIAN
0706748910

RESUMEN

Introducción: Las vasculitis son enfermedades que en las mujeres se presenta más allá de su edad fértil, lo que hace que los desafíos del manejo del embarazo sean difíciles de estudiar, así como las complicaciones maternas o fetales que pudieran desarrollarse, predominantemente la arteritis de Takayasu y la enfermedad de Behçet son las vasculitis relacionadas al embarazo por la edad de presentación. **Objetivo:** Establecer el manejo de las vasculitis en la gestante **Materiales y métodos:** Se realizó una exhaustiva búsqueda de artículos científicos utilizando bases de datos como PubMed y Scopus, se restringió la búsqueda a estudios y artículos publicados en los últimos 5 años para asegurar la inclusión de información actualizada. **Conclusiones:** La arteritis de Takayasu el manejo es entorno al control de la enfermedad con glucocorticoides en dosis bajas, asociado o no a inmunosupresores compatibles con el embarazo y ácido acetilsalicílico, pero en casos de enfermedad activa o grave el uso de glucocorticoides debe ser en dosis máximas asociado si o si al uso de inmunosupresores y ácido acetilsalicílico, además, un manejo expectante del embarazo, mediante control signos y síntomas que indiquen una complicación de la enfermedad, control estricto de la tensión arterial, controles ecográficos, controles bioquímicos. En la enfermedad de Behçet, el manejo se basa en el uso del tratamiento habitual, es decir, uso de glucocorticoides, inmunosupresores anti-TNF y de colchicina y manejo expectante del embarazo, es decir, que las pacientes deberán ser ingresadas si presentasen complicaciones obstétricas.

Palabras clave: vasculitis, embarazo, arteritis de Takayasu, enfermedad de Behçet

ABSTRACT

Introduction: Vasculitis is a disease that occurs in women beyond their fertile age, which makes the challenges of pregnancy management difficult to study, as well as the maternal or fetal complications that could develop, predominantly Takayasu arteritis and Behçet's disease are vasculitis related to pregnancy due to the age of presentation. **Objective:** To establish the management of vasculitis in pregnant women **Materials and methods:** An exhaustive search of scientific articles was carried out using databases such as PubMed and Scopus, the search was restricted to studies and articles published in the last 5 years to ensure inclusion of updated information. **Conclusions:** Takayasu's arteritis management is around the control of the disease with glucocorticoids in low doses, associated or not with immunosuppressants compatible with pregnancy and acetylsalicylic acid, but in cases of active or severe disease the use of glucocorticoids should be in maximum doses associated if or if to the use of immunosuppressants and acetylsalicylic acid, In addition, an expectant management of pregnancy, by controlling signs and symptoms that indicate a complication of the disease, strict control of blood pressure, ultrasound controls, biochemical controls. In Behçet's disease, management is based on the use of usual treatment, i.e., use of glucocorticoids, anti-TNF immunosuppressants and colchicine, and expectant management of pregnancy, i.e., patients should be admitted if they present obstetric complications.

Keywords: vasculitis, pregnancy, Takayasu arteritis, Behçet's disease

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION	4
DESARROLLO	6
ARTERITIS DE TAKAYASU	8
ENFERMEDAD DE BEHÇET	12
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFIA	16

INTRODUCCION

Las vasculitis son más a menudo, enfermedades que en las mujeres se presenta más allá de su edad reproductiva (1), lo que hace que los desafíos del manejo del embarazo sean difíciles de estudiar, así como las complicaciones que se presentan, incluida la pérdida del embarazo y el parto prematuro. Parece que controlar la enfermedad antes de la concepción puede mejorar las posibilidades de éxito del embarazo.

Son un grupo de enfermedades sistémicas, heterogéneas y raras, caracterizadas por daño de vasos sanguíneos, ya sean arteriales, venosos o capilares, esto da lugar a alteraciones en las paredes vasculares afectando la constitución en cualquier capa del endotelio, en la capa media o a la adventicia, causando oclusión y estenosis de la luz del vaso por proliferación del endotelio vascular o por procesos de trombosis (1,2). Son clasificadas característicamente por el calibre del vaso afectado, siendo así que se agrupan en las vasculitis que afligen a vasos de gran tamaño siendo dos patologías en este grupo, la arteritis de células gigantes y la segunda patología, la arteritis de Takayasu, en un segundo grupo las arteritis que afectan a vasos con un mediano calibre, teniendo la poliarteritis nudosa y a la enfermedad de Kawasaki, finalmente las que afectan a vasos de pequeño tamaño como las granulomatosis con poliangeítis, poliangeítis microscópica, granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, subclasificadas dentro de las vasculitis que se relacionan a anticuerpos anticitoplasma de los neutrófilos (3,4,5).

Entre toda esta gama de patologías, estas enfermedades mayoritariamente afectan a mujeres que se encuentran en la cuarta y quinta década de la vida, siendo así que las que afectan principalmente a jóvenes que se encuentran en edad reproductiva son la arteritis de Takayasu, la vasculitis asociada a ANCA (AAV), la poliarteritis nodosa, la vasculitis que afecta pequeños vasos por complejos inmunes (vasculitis IgA), y la enfermedad de Behçet (4,5,6).

Por cuanto a la prevalencia e incidencia de estas patologías, los datos son escasos a causa de la rareza de estas condiciones, siendo así que aún no se tienen datos de algunos subcontinentes como China, India, África y América del Sur, a causa de este hecho la literatura en referencia a vasculitis y embarazo, se refieren a la arteritis de Takayasu, patología que fue descrita por primera vez por el Dr. Takayasu, oftalmólogo japonés, en 1908, afecta más a mujeres que a hombres, es más frecuente en Asia y Oriente medio,

inciendiando en aproximadamente 40 personas por cada millón, 80 al 90% son mujeres en edad fértil, por los avances médicos, esta patología en la actualidad, en relacion al embarazo, es diagnosticada y tratada antes de la concepción, por otra parte, la enfermedad de Behçet, descrita por primera vez en 1937 por Hulusi Behçet, patología que tiene mayor relevancia en Estados Unidos con una prevalencia de 1.4 madres por cada 100.000 (2,4,7–11).

En las pacientes que presentan algún tipo de vasculitis es fundamental discutir sobre la concepción, puesto que las complicaciones maternas y fetales van a estar justamente influenciadas por la actividad de la enfermedad, el daño sistémico previo e idealmente es necesario tener en cuenta que la enfermedad deberá tener una actividad mínima al menos por 6 meses antes de la concepción y además de usar los medicamentos adecuadamente y compatibles con el embarazo. Por otra parte, en cuanto al seguimiento y controles, es preciso que no sean suspendidos puesto que es necesario diagnosticar patologías que puedan sumarse, ya que se ha identificado que en promedio, la edad materna de las pacientes con vasculitis y embarazo parece ser mayor que las mujeres sanas, por lo que podría tener un impacto adicional en el embarazo (4,5,6).

El objetivo de este trabajo científico, consiste en establecer el manejo de las vasculitis en la gestante, no obstante, actualmente las literaturas sobre estas patologías durante el embarazo se refieren a la arteritis de Takayasu y a la enfermedad de Behçet, porque en predominancia son las que afectan a mujeres entre los 30 y 40 años de vida, comprendiendo la etapa fértil, lo que genera un límite en la investigación actualizada. (4).

DESARROLLO

En términos generales, la gestación no es un desencadenante para el desarrollo de vasculitis, no obstante, existen casos en donde las vasculitis han sido diagnosticadas durante el embarazo, postparto o puerperio, por ello la paciente con vasculitis puede desarrollar un embarazo con resultados favorables, sobre todo si la enfermedad se encuentra en remisión y la concepción ha sido planificada con antelación, puesto que este sería el mejor panorama en el que un embarazo puede desarrollarse con normalidad en las mujeres que sufren algún tipo de vasculitis (4,5,12).

En cuanto a complicaciones, en un 20% de pacientes se ha identificado el desarrollo de hipertensión gestacional, a pesar de que, en el embarazo, se genera un aumento de la volemia en las pacientes, de manera fisiológica, es decir, es un proceso adaptativo durante la gestación, este cambio favorece a las pacientes con vasculitis, logrando una disminución de la tensión arterial, favoreciendo, en algunos casos, a no desarrollar esta complicación, aun así, la tasa más alta de hipertensión se da en la arteritis de Takayasu, incluso cuadros de preeclampsia en donde el manejo se fundamenta en base a las guías y normas propuestas para el control de preeclampsia e hipertensión, por otra parte, hay reportes de casos de pacientes que desarrollan diabetes gestacional, sin embargo, no con mayor prevalencia que la población general, afectado sobre todo a las pacientes que toman glucocorticoides (5,7,12).

En las gestantes con vasculitis la pérdida del embarazo, se da en mayor porcentaje que en la población general, según la revisión de Carolyn Ross y colaboradores, en un estudio realizado a 74 pacientes con vasculitis, el 34% de las pacientes perdieron el embarazo, mientras que, en términos generales, en Estados Unidos, país donde se desarrolló el estudio, la tasa de abortos espontáneos es del 15 al 20%, instancia en la cual la paciente deberá ser valorada para identificar el tipo de aborto según el caso y con ello identificar si amerita manejo ambulatorio medicado o si deberá ser ingresada para realización de legrado uterino. (4,12).

En cuanto al parto prematuro, se ha observado mayor incidencia en las mujeres con vasculitis en comparación a la población general, siendo respectivamente, entre el 20 al 53%, en tanto que en la población general un 13%, por otra parte, en relación al bajo peso al nacer, se ha reportado una incidencia de 10%, ligeramente mayor en comparación a la población general, siendo atribuible y estando en relación al parto prematuro (4,12).

Otra complicación, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), es más frecuente en las pacientes con vasculitis de pequeños vasos, teniendo una incidencia del 30%. Como consecuencia, ha desembocado en mayor número de cesáreas, siendo así, que se realiza hasta en la mitad de los embarazos, fundamentalmente por causas obstétricas como, un trabajo de parto prolongado, anormalidades en cuanto a la frecuencia cardíaca fetal, RCIU, entre otras (4,12).

Por fortuna, varios medicamentos que son usados para el control de las vasculitis, son compatibles con la gestación, es decir no son teratogénicos no perjudiciales con el embarazo, entre los cuales se cita la azatioprina, colchicina, inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF), las ciclosporinas y tacrolimus, por otra parte en cuanto se habla sobre los glucocorticoides, son considerados como seguros pero estos deberán tener un mínimo uso para así poder mitigar los efectos adversos de los mismos, porque es mayor el riesgo que causa una vasculitis activa en una mujer embarazada que el uso de estos fármacos sin embargo se deberán de usar con precaución (5).

Una recomendación por parte de The American College of Rheumatology (ACR), en cuanto al uso de los glucocorticoides, es que se debe reducir la dosis a 10mg por día, en lo posible, dependiendo de la actividad de la enfermedad, así mismo, en cuanto a la dosis de mantenimiento, recomiendan que se de entre 10 a 20mg por día, además, mencionan que es preferible la terapia con glucocorticoides asociados a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) como los anti TNF, que al uso de glucocorticoides en dosis altas en los casos en que la enfermedad se encuentre activa. (5).

En la revisión realizada por Catherine Sims y Megan E. B. Clowse, se establecen recomendaciones en relacion a los fármacos que se usan para tratar las vasculitis, en referencia a lo que dice The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), The European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR), The American College of Rheumatology (ACR), The European Board & College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) and The Drugs and Lactation database (LactMed), se menciona que la azatioprina puede ser usada durante el embazaro pero siempre y cuando se las pacientes se compruebe los niveles de tiopurina S-metiltransferasa, puesto que en algunos estudios el uso de azatioprina presenta un riesgo elevado de parto prematuro y RCIU, la colchicina es otro

fármaco que recomienda ser usado durante el embarazo, ya que su uso no se ha relacionado al desarrollo de complicaciones, los anti-TNF pueden ser usados durante el primer y segundo trimestre de embarazo, excepto durante el tercer trimestre, en el cual se recomienda evaluar si la enfermedad está bajo control, recomendando su uso en el tercer trimestre si la enfermedad se mantiene activa, en cuanto a la ciclosporina y tacrolimus, se recomiendan bajo constante control de la tensión arterial, estos medicamentos se asocian a mayor RCIU y parto prematuro, los glucocorticoides, recomendados solo en bajas dosis y en los casos de vasculitis activa o grave, asociar glucocorticoides en dosis <20mg por día, con agentes ahorradores de glucocorticoides compatibles con el embarazo, como la azatioprina, los AINEs están contraindicados a partir de las 32 semanas de gestación, por su asociación a oligohidramnios y al cierre del conducto arterioso, el rituximab se debe suspender cuando se confirme el embarazo, sin embargo, si existe riesgo vital, puede ser usado, la ciclofosfamida, el metotrexato y el micofenolato de mofetilo, deberán ser suspendidos, se recomienda hacerlo, al menos, 3 meses antes de la concepción, puede ser considerado únicamente en la enfermedad que amenace la vida, además, si la paciente queda embarazada mientras usaba estos fármacos, se suplementara con ácido fólico, 5mg diarios, esto por su asociación a defectos congénitos en los neonatos, en cuanto a fármacos inhibidores de enzima convertidora de angiotensina y también a los bloqueadores de receptores de angiotensina II, no son recomendados por su asociación a causar lesión renal fetal irreversible y grave (5).

ARTERITIS DE TAKAYASU

Patología más bien rara de entre las formas de vasculitis, afecta primordialmente a mujeres en las edades de la etapa fértil, se caracteriza por afectar a grandes vasos siendo la aorta y sus ramas principalmente, es un proceso inflamatorio que genera engrosamiento de las paredes vasculares, causando oclusión, estenosis y aneurismas, en estos pacientes se puede encontrar síntomas como artralgias, pulsos periféricos ausentes, soplos arteriales, hipertensión y síntomas neurológicos. Además, en cuanto a exámenes de laboratorio puede encontrarse PCR y VSG en niveles elevados, sin embargo, esto como predictor objetivamente podría no ser por actividad de la enfermedad (7,13,14).

Esta patología se clasifica con la ayuda de imágenes por tomografía y angiografía, el sistema de clasificación por angiografía y el más usado es el sistema Numano, en el que se definen 6

tipos de lesiones según la topografía, teniendo entonces el tipo I con afección de ramas del arco aórtico, en el tipo IIa aflige a la aorta en su parte ascendente, al arco aórtico y sus ramas, en el tipo IIb afectando a la aorta en su parte ascendente, la aorta torácica descendente y al arco aórtico y ramas, el tipo III se encuentra afectando la aorta abdominal y/o arterias renales y también la aorta torácica descendente, en el tipo IV afectando la aorta abdominal y/o arterias renales y finalmente la tipo V, la cual presenta características combinadas de los tipos IIb y IV, es decir de la aorta en su parte ascendente y descendente, el arco aórtico y ramas, aorta y a la parte abdominal de la aorta y/o arterias renales. (15).

Según la literatura, en la mayor parte de los embarazos se obtiene excelentes resultados maternos y obstétricos con el manejo convencional de la enfermedad, por supuesto que esto se logra en las gestas planificadas con antelación en cuanto la enfermedad no se encuentra activa, estando contraindicado el embarazo en las pacientes que presenten insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial severa o no controlada o algún tipo de lesión vascular progresiva, puesto que la misma puede cursar con periodos de elevación de la tensión arterial y mal control de la misma, siendo un factor primordial en el desarrollo de complicaciones, incluso actualmente el tratamiento y diagnóstico de las vasculitis es más certero y eficaz, pudiendo encontrar esta patología a tempranas edades y con ello poder planificar la gestación con antelación (7,13,14).

En todos los estudios realizados se considera que las complicaciones más recurrentes son la hipertensión gestacional y preeclampsia generando bajo peso al nacer como complicación en el neonato y también restricción de crecimiento intrauterino, pérdida del embarazo y parto prematuro, por ello en cuanto sean identificadas estas complicaciones en las pacientes, se deberá ingresar a una instancia hospitalaria e instaurar el debido manejo de la complicación, en dependencia del cuadro obstétrico, en las recomendaciones que da la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sobre la hipertensión y preeclampsia, recomienda el uso del labetalol, nifedipino e hidralazina para control óptimo de la tensión arterial, además del uso del sulfato de magnesio como tratamiento en la prevención de posibles convulsiones y betametasona o dexametasona en el manejo del parto prematuro (5,7,13,14,16).

Para un óptimo manejo y mejor pronóstico, es fundamental el control de la enfermedad y manejo expectante del embarazo, para ello la enfermedad debe mantenerse inactiva, es decir que no deberá existir a nivel clínico, signos de preeclampsia como proteinuria positiva y tensión arterial elevada, signos de progresión de la enfermedad como carotidodinia, signos de insuficiencia cardiaca, claudicación de una extremidad y manifestaciones neurológicas, simultáneamente en la química sanguínea se deberá constatar niveles bajos de PCR, creatinina, transaminasa glutámico oxalacéticas (TGO) y transaminasa glutámico pirúvica (TGP) (17,18).

Por otra parte, en cuanto a los controles y al seguimiento del embarazo, en cuanto al uso de la ultrasonografía, las ecografías obligatorias serán las de un embarazo normal, es decir, la ecografía de las 12 semanas, de las 22 semanas y de las 32 semanas, pero además se recomienda solicitar en cada control y con mayor frecuencia esta prueba imagen para valoración de la vitalidad fetal, sobre todo en las pacientes con tensiones arteriales altas o en pacientes con un mal historial obstétrico, se deberá complementar con vigilancia por Dopplers uterinos y umbilicales a partir de las 22 semanas de gestación (17,18).

Sobre la culminación del embarazo, se ha determinado que entre un 35 a 50% de este grupo de pacientes con arteritis de Takayasu, han tenido que ser ingresadas a una instancia hospitalaria para tratamiento y realización cesárea de emergencia, a causa de complicaciones obstétricas como hipertensión grave, preeclampsia y oligohidramnios, por otra parte, para el manejo de la restricción de crecimiento intrauterino, dependerá de la valoración de bienestar fetal, se deberá pesquisar el mejor momento para la culminación del embarazo, en donde el riesgo de hipoxia intrauterina continua supera al riesgo del parto prematuro, siendo de elección en estos casos el realizar una cesárea pero, en las gestas con RCIU que cumplan con más de 37 y 38 semanas de gestación, el parto vaginal será de elección. En cuanto al trabajo de parto, se recomienda el uso de anestesia regional para una mejor estabilidad hemodinámica, puesto que en los casos en los que se ha usado anestesia espinal, se ha observado disminución de la precarga, traducido en mayor riesgo de complicaciones isquémicas como la isquemia cerebral (4,14,19).

Así mismo, en cuanto al trabajo de parto, se sugiere que la fase activa durante la segunda etapa, sea en lo posible acortada, ya que significa un posible aumento de la presión arterial

conduciendo a mayor riesgo de hemorragia cerebral, por ello también se sugiere el control constante de la presión arterial y de antemano las diferencias entre la tensión arterial de cada extremidad. En el postparto las pacientes deben ser monitorizadas durante las primeras 24 a 48h (4,14).

En relación a la terapia farmacológica, según David Saadoun y colaboradores, se debe suspender los inhibidores de enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de receptores de angiotensina II durante el segundo y tercer trimestre para el control óptimo de la tensión arterial durante el embarazo con otros agentes farmacológicos, además, es fundamental el monitoreo seriado de la tensión arterial, la función renal y exámenes para determinar si las pacientes presentan preeclampsia (17,20).

Los glucocorticoides, la azatioprina, agentes antifactor de necrosis tumoral, son agentes farmacológicos que normalmente son usados en el tratamiento de esta patología durante el embarazo porque no son teratogénicos, sin embargo, el metotrexato y el micofenolato de mofetilo no son recomendados bajo ninguna circunstancia en el embarazo puesto que son fármacos potencialmente teratogénicos en cuyo caso el manejo primordialmente va dirigido en la suspensión de los inmunosupresores teratogénicos por los no teratogénicos, un ejemplo claro es el uso de la azatioprina a dosis de 2mg por kg, no obstante puede usarse infliximab durante el embarazo hasta las 16 semanas de gestación y con etanercept y adalimumab hasta culminar el segundo trimestre, fármacos pertenecientes a la familia de agentes anti factor de necrosis tumoral (5,7,13,14,17)

En cuanto al uso de los glucocorticoides, el fármaco más habitual es la prednisona, mismo que no debe de exceder la dosis de entre 10mg a 15mg por día, pero ello en conjunto con la valoración paraclínica y clínica, valoración cardiovascular, valoración biológica, función tiroidea, déficit de vitaminas, en casos graves el manejo se fundamenta en el uso de glucocorticoides con inmunosupresores que no sean teratogénicos como la azatioprina (17).

El tratamiento con glucocorticoides está relacionado con menor desarrollo de preeclampsia en estas pacientes, además, el uso del ácido acetilsalicílico parece ser fundamental durante el embarazo, en dependencia del deterioro vascular presentado, puesto que no ha sido considerada contraindicada, pero se recomienda ser suspendida a las 35 semanas de gestación y su uso deberá ser en dosis mínimas, quiere decir 75mg una vez por día (17,18,20).

ENFERMEDAD DE BEHÇET

Corresponde a un trastorno inflamatorio multisistémico, proceso crónico caracterizado por úlceras en la región oral y genital, además, recurrentes cuadros de uveítis, artritis y lesiones cutáneas como un eritema nudoso, afecta tanto a arterias como a venas, pero más frecuentemente al sistema venoso, su diagnóstico es común en la edad fértil, en términos generales, se presenta en la mujer y hombre en igual magnitud, no obstante en poblaciones árabes, se observa su predominio en el sexo masculino, pero en Corea, China, Estados Unidos y Europa, predomina en la mujer, la edad media de diagnóstico es entre 26.4 años +/- 5.9, básicamente entre los 20 y 40 años de edad (4,11,21,22).

Esta patología conlleva varios tipos de signos patológicos, como la presencia de úlceras orales, las cuales suelen ser dolorosas y múltiples y sanan sin dejar cicatrices, además pueden aparecer en la zona genital, en donde si deja cicatriz, también presenta manifestaciones cutáneas similares al eritema nudoso en extremidades inferiores, las lesiones nodulares pueden asociarse a trombosis venosa profunda, las manifestaciones oculares presentes en el 50% de pacientes, más común en hombres, es la uveítis recurrente, bilateral, recurrente, en cuanto a manifestaciones musculoesqueléticas, se presenta artritis inflamatoria no erosiva y no deformante, en el 50% de pacientes, las manifestaciones vasculares descritas son la afección de tractos arteriales o venosos de todos los tamaños, presente en un 25% de pacientes, comúnmente se presenta como tromboflebitis en extremidades inferiores, las manifestaciones neurológicas se observan de entre el 5 y 10% de pacientes, 80% de ellos con afección parenquimatosa del tronco encefálico, conduciendo a síntomas y signos cerebelosos, sensoriales y piramidales, en cuanto a manifestaciones gastrointestinales, puede observarse úlceras mucosas que se asemejan a las úlceras orales, frecuentes en íleon terminal, ciego, colon y esófago, además de estas manifestaciones, existen informes sobre casos en donde se ha encontrado afección cardíaca como pericarditis, endocarditis, vasculitis en arterias coronarias, afección renal como Glomerulonefritis y Amiloidosis, por último otra manifestación que puede encontrarse es la epididimitis (11,22–24).

En cuanto a su presentación en el embarazo, Carolyn Ross y colaboradores, refieren que los hallazgos descritos de un metaanálisis, son primordialmente la presencia de úlceras en un 58% de casos, eritema nudoso, artritis y en algunos casos afecciones oculares, esta última

manifestación generalmente durante el postparto, en la mayoría de casos se da durante el primer trimestre, no obstante, en otros estudios predominaba en el tercer trimestre de embarazo, esto por la discrepancias encontrados entre los estudios realizados, por otra parte, la enfermedad parece permanecer inactiva en el 10% de pacientes, mientras que en un 60% los síntomas mejoran en el embarazo (4,11,25).

Las complicaciones obstétricas encontradas, mayormente abortos espontáneos en 9% de casos, en un estudio más reciente, con reporte del 7% al 30%, complicación que se incrementa 7 veces la probabilidad de presentación, en pacientes que han sufrido eventos tromboembólicos previos, además, se advierte sobre las complicaciones obstétricas y su aumento en estos últimos años, complicaciones como hipertensión y preeclampsia en 1 al 6% de casos, diabetes gestacional que no tiene una prevalencia mayor que en el resto de pacientes, eventos vasculares, restricción de crecimiento intrauterino, trabajo de parto prematuro en el 1%, sin embargo, en otros estudios reportan de 12 al 25%, en cuanto al bajo peso al nacer, se ha observado hasta en 25% de embarazos en estudios recientes, en contraposición a la incidencia en Estados Unidos donde se reporta en un 8% (4,22–24).

La enfermedad aparentemente es muy variable, algunos estudios informan frecuentemente sobre remisión durante el embarazo, por otro lado, distintos estudios manifiestan que los brotes son comunes durante el embarazo, esto parece responder en cuanto a la incidencia de esta patología en las diferentes regiones del mundo y en algunos casos, podría deberse en respuestas a cambios hormonales, por acción de la progesterona, quien actúa inhibiendo la función de macrófagos y linfocitos, y además por acción del estrógeno, suprimiendo la producción de interleucina 12 y promoviendo la síntesis de citocinas antiinflamatorias (22–24).

En cuanto al manejo de la enfermedad, la terapia habitual usada para esta patología ha generado buenos resultados, es decir, en cuanto al uso de los ciclos cortos de glucocorticoides, de los anti factor de necrosis tumoral para casos más graves y del uso de la colchicina, usado en dosis de 1 – 2mg por día, fármaco que aparenta ser inocuo en el embarazo puesto que no existe informes sobre mal formaciones o pérdidas fetales cuando es usado en mujeres embarazadas con la enfermedad de Behçet, sin embargo, se asoció su uso

a bajo peso al nacer y a la prematuridad, pero es el fármaco que ha demostrado su efectividad en prevenir brotes de la enfermedad (22–24).

Acerca de los anti-TNF, la ciclosporina no representa un agente perjudicial para la gestación, no obstante, en las pacientes se debe de llevar un control de la tensión arterial, otro fármaco usado para tratar de reducir las úlceras orales es el Apremilast, un inhibidor de fosfodiesterasa-4, sin embargo, no está recomendado puesto que no existe evidencia aun sobre la seguridad durante el embarazo (4,22–24).

Por cuanto a la culminación del embarazo, similar a los datos sobre la enfermedad de Takayasu, la tasa de cesáreas realizadas es de un 42% en comparación con la población general, Tania Barros y colaboradores, en un estudio retrospectivo de casos, incluyeron 49 en 27 pacientes con esta patología, determinando una tasa del 43.2% de cesáreas vs 20.4% de los casos controles, justificándose por causas obstétricas como la presencia de hipertensión, preeclampsia, restricción de crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal a causa de anomalías de la placenta, mas no por complicaciones de la vasculitis. (4,11,23,24)

CONCLUSIONES

En las mujeres embarazadas con diagnóstico previo de vasculitis, lo primordial es el control prenatal puesto que se ha demostrado que el embarazo planificado con anterioridad tiene un mejor pronóstico y baja probabilidad de que puedan suceder complicaciones que atenten contra la vida materna y fetal. El embarazo en la mayoría de casos no representa un factor de empeoramiento de la enfermedad, el manejo habitual arroja excelentes resultados.

La arteritis de Takayasu, vasculitis representativa en el embarazo, el manejo actual se fundamenta en el control de la enfermedad en base a glucocorticoides en dosis bajas como la prednisona a dosis de entre 10 y 15mg por día, pudiendo asociarse o no a inmunosupresores que sean compatibles con el embarazo como la azatioprina a dosis de 2mg por kg por día y ácido acetilsalicílico en dosis de 75mg por día, considerado como dosis baja, además, un manejo expectante del embarazo, mediante control signos y síntomas que indiquen una complicación de la enfermedad, control estricto de la tensión arterial, controles ecográficos, controles bioquímicos, para determinar complicaciones obstétricas como hipertensión gestacional y preeclampsia, las cuales son indicaciones para ingresar a estas pacientes a una instancia hospitalaria. En una cantidad mínima de casos la enfermedad se encuentra activa o es de reciente diagnóstico, en estos casos el uso de glucocorticoides debe ser en dosis máximas permitidas (<20mg por día) asociado al uso de inmunosupresores y ácido acetilsalicílico.

En la enfermedad de Behçet, el manejo se basa en el uso del tratamiento habitual de la enfermedad en cuanto al uso de glucocorticoides, inmunosupresores anti-TNF y de la colchicina a dosis de entre 1 a 2mg por día, además, manejo expectante del embarazo, es decir, que las pacientes deberán ser ingresadas si presentasen complicaciones obstétricas como parto prematuro, abortos, hipertensión, preeclampsia, además, se fundamenta, con ello lograr que la enfermedad se mantenga controlada e inactiva para que el desarrollo del embarazo sea el mejor esperado.

BIBLIOGRAFIA

1. Machen L, Clowse MEB. Vasculitis and Pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2017;43(2):239–47. Available from: <https://scihub.se/10.1016/j.rdc.2016.12.005>
2. Watts RA, Hatemi G, Burns JC, Mohammad AJ. Global epidemiology of vasculitis. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 Sep 25];18(1):22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8633913/>
3. Guillevin L. Clasificación de las vasculitis sistémicas. *EMC - Tratado Med* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2023 Oct 1];26(2):1–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541022464543>
4. Ross C, D’Souza R, Pagnoux C. Pregnancy Outcomes in Systemic Vasculitides. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Sep 25];22(10):1–14. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11926-020-00940-5>
5. Sims C, Clowse MEB. A comprehensive guide for managing the reproductive health of patients with vasculitis. *Nat Rev Rheumatol* 2022 1812 [Internet]. 2022 Oct 3 [cited 2023 Sep 25];18(12):711–23. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41584-022-00842-z>
6. Nguyen V, Wuebbolt D, Pagnoux C, D’Souza R. Pregnancy outcomes in women with primary systemic vasculitis: a retrospective study. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2021;34(17):2771–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1671329>
7. Tanacan A, Unal C, Yucesoy HM, Duru SA, Beksac MS. Management and evaluation of pregnant women with Takayasu arteritis. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 Jan 14 [cited 2023 Oct 2];299(1):79–88. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-018-4927-x>
8. Bhandari S, Butt SRR, Ishfaq A, Attaallah MH, Ekhatior C, Nagaraj RH, et al. Pathophysiology, Diagnosis, and Management of Takayasu Arter. Bhandari, S., Butt, S. R. R., Ishfaq, A., Attaallah, M. H., Ekhatior, C., Nagaraj, R. H., Mulmi, A., Kamran,

- M., Karski, A., Vargas, K. I., Lazarevic, S., Zaman, M. U., Vetrivendan, G. L., Shahzed. *Cureus* [Internet]. 2023 Jul 29 [cited 2023 Oct 4];15(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10386905/>
9. Trinidad B, Surmachevska N, Lala V. Takayasu Arteritis. *StatPearls* [Internet]. 2023 Aug 8 [cited 2023 Oct 4]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459127/>
 10. Adil A, Goyal A, Quint JM. Behcet Disease. *StatPearls* [Internet]. 2023 Feb 22 [cited 2023 Oct 4]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470257/>
 11. Barros T, Braga A, Marinho A, Braga J. Focus: Rare Disease: Behçet’s Disease and Pregnancy: A Retrospective Case-control Study. *Yale J Biol Med* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Oct 4];94(4):585. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8686781/>
 12. Clowse MEB, Richeson RL, Pieper C, Merkel PA. Pregnancy outcomes among patients with vasculitis. *Arthritis Care Res* [Internet]. 2013 Aug [cited 2023 Oct 1];65(8):1370–4. Available from: <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/acr.21983>
 13. He S, Li Z, Zhang G, Song Y, Li J, Yang Y, et al. Pregnancy outcomes in Takayasu arteritis patients. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Oct 2]; 55:152016. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017222000671?via%3Dihub>
 14. Dasari P, Gummadi HS. Pregnancy outcome in Takayasu arteritis. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2021 May 26 [cited 2023 Oct 2];14(5):238014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8160158/>
 15. Joseph G, Goel R, Thomson VS, Joseph E, Danda D. Takayasu Arteritis: JACC Focus Seminar 3/4. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2023 Jan 17 [cited 2023 Oct 9];81(2):172–86. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109722073053?via%3Dihub>

16. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Oct 5];135(6): E237–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443079/>
17. Saadoun D, Bura-Riviere A, Comarmond C, Lambert M, Redheuil A, Mirault T, et al. French recommendations for the management of Takayasu’s arteritis. *Orphanet J Rare Dis* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Oct 4];16(Suppl 3):311. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8293493/>
18. Chandhu AS, Danda D. Current Diagnosis and Management of Takayasu Arteritis. *Int Heart J* [Internet]. 2023;64(4):519–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37518335/>
19. Bruin C, Damhuis S, Gordijn S, Ganzevoort W. Evaluation and Management of Suspected Fetal Growth Restriction. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 Oct 9];48(2):371–85. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088985452100019X?via%3Dihub>
20. Raka M, Singh A. Takayasu’s Arteritis in Pregnancy: A Rare Case Report. *Cureus* [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 2];14(9):B1081–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9536396/>
21. Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, Talarico R, Hamuryudan V. One year in review 2020: Behçet’s syndrome. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2020;38(5):3–10. Available from: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=16573>
22. Nguyen A, Upadhyay S, Javaid MA, Qureshi AM, Haseeb S, Javed N, et al. Behçet’s Disease: An In-Depth Review about Pathogenesis, Gastrointestinal Manifestations, and Management. *Inflamm Intest Dis* [Internet]. 2021 Dec 4 [cited 2023 Oct 5];6(4):175. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8740277/>

23. Alibaz-Oner F, Direskeneli H. Advances in the Treatment of Behçet's Disease. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 Oct 5];23(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8136102/>
24. Kone-Paut I, Barete S, Bodaghi B, Deiva K, Desbois AC, Galeotti C, et al. French recommendations for the management of Behçet's disease. *Orphanet J Rare Dis* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2023 Oct 5];16(Suppl 1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7903591/>
25. Nishii S, Yamaguchi K, Amita M, Saito T, Saito H, Sekizawa A. Successful Pregnancy in a Case of Behçet's Disease after Treatment with Prednisolone. *Case Rep Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 5];2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7584932/>