

Recibido: 17-7-15

Aceptado: 12-8-15

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y EMBARAZO MULTIPLE SCLEROSIS AND PREGNANCY

Autor:

Rodríguez Villar, V.⁽¹⁾; Bonilla García, A.M.⁽²⁾; Miranda Moreno, M.D.⁽¹⁾

Institución:

⁽¹⁾ Servicio Andaluz de Salud. virgi_rv@hotmail.com

⁽²⁾ Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

Resumen:

La esclerosis múltiple se define como una enfermedad crónica autoinmune que afecta a la mielina o materia blanca que recubre el cerebro y la médula espinal. Es una de las principales razones de invalidación de adultos jóvenes de ambos sexos, aunque esta enfermedad es mucho más común en mujeres entre los 20 y 40 años, lo que coincide con el período más fértil de la mujer. Se ha comprobado que el embarazo puede ser considerado una medida de protección para la aparición de brotes, lo que podría tener una explicación inmunológica. En los 3 primeros meses tras el parto aumenta el riesgo de recaída, para regresar a su estado previo a la gestación a los 4-6 meses.

Palabras Clave:

Embarazo, gestación, esclerosis múltiple.

Abstract:

Multiple sclerosis is defined as a chronic autoimmune disease that affects the white matter or myelin covering the brain and spinal cord. It is one of the main reasons for invalidation of young adults of both sexes, although the disease is much more common in women between 20 and 40 years, which coincides with the most fertile period of the woman. It has been shown that pregnancy can be considered a measure of protection to outbreaks, which could have an immunological explanation. In the first 3 months after birth increases the risk of relapse, returning to its pre-pregnancy state 4-6 months.

Key Words:

Pregnancy, gestation, multiple sclerosis.

1. CONOCIENDO LA ENFERMEDAD.

Según la Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM), la esclerosis múltiple se define como una enfermedad crónica autoinmune que afecta a la mielina o materia blanca que recubre el cerebro y la médula espinal. La mielina es una sustancia compuesta por proteínas y grasas que envuelve y protege a las fibras nerviosas del Sistema Nervioso Central, y que facilita la conducción de los impulsos eléctricos que se producen entre dichas fibras.

Es una de las principales razones de invalidación de adultos jóvenes de ambos sexos, aunque esta enfermedad es mucho más común en mujeres que en hombres. Comienza con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años, lo que coincide con el período más fértil de la mujer.

Existen varias formas de evolución de la enfermedad:

- Remitente-recurrente. Es el tipo más frecuente, afectando a aproximadamente un 80% de las personas que padecen esclerosis múltiple. Puede que no presenten síntomas en años, aunque las lesiones inflamatorias sí que se produzcan, por lo que da la impresión que entre recidivas no haya evolución de la enfermedad.

- Progresiva secundaria. De los clasificados anteriormente, entre un 30 y un 50% pueden finalmente desarrollar esta forma. Se caracteriza porque el grado de discapacidad persiste y/o empeora entre los brotes, dando lugar a una progresión continua de la enfermedad.

- Progresiva primaria. Afecta sólo a un 10% de los enfermos de esclerosis múltiple. Esta forma no manifiesta brotes claramente definidos, pero sí que se produce un empeoramiento lento y constante de los síntomas.

- Progresiva recidivante. Es la más rara de todas y se diferencia de la anterior en que los brotes sí son agudos.

El origen de esta enfermedad es desconocido, aunque parece estar relacionado con factores genéticos y/o ambientales.

La aparición de los síntomas depende de las áreas del Sistema Nervioso Central que se encuentren afectadas. Por otro lado, un mismo enfermo puede padecer diferentes síntomas a lo largo de la enfermedad, durando varios días o meses y después disminuyendo o incluso desapareciendo, aunque posteriormente manifestándose de nuevo. Algunos pueden verse empeoradas con la exposición al sol. Entre los síntomas que pueden aparecer encontramos los que se indican a continuación:

- Trastornos cognitivos y emocionales: pérdida de memoria, dificultad de concentración, trastornos del habla.

- Trastornos de equilibrio y coordinación: vértigos, mareos, falta de coordinación, temblores, dificultad al caminar.

- Espasticidad.

- Alteraciones de la sensibilidad: parestesias, hormigueos, dolores musculares.

- Fatiga.

- Trastornos visuales: visión doble y borrosa, pérdida de visión.

- Trastornos urinarios e intestinales: micciones frecuentes, retención urinaria, urgencia urinaria, estreñimiento.

- Alteraciones de la sexualidad: impotencia, disminución de la libido.

Para diagnosticar de Esclerosis Múltiple es importante la confección de una historia clínica, una exploración neurológica, la realización de una RMN, así como el estudio del líquido cefalorraquídeo.

2. ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y EMBARAZO.

En las últimas décadas las cuestiones relacionadas con el embarazo y la esclerosis múltiple han recibido un interés creciente. La incidencia de esta enfermedad es cada vez mayor, sobre todo en mujeres jóvenes entre 20 y 40 años, que coincide con la edad más fértil.

En las investigaciones realizadas acerca de este tema se ha podido obtener como conclusiones que la fertilidad en general no se ve afectada por la presencia de esta enfermedad. En los casos en los que se requieren técnicas de reproducción asistida, cuando se han obtenido procedimientos fallidos se han asociado con un mayor riesgo de recaída, sobre todo en los primeros meses después de la realización de la técnica.

Hasta hace poco tiempo se mantenía la idea de que el embarazo tenía un efecto adverso sobre la EM y se recomendaba evitarlo e inclusive su interrupción. Estudios controlados más recientes han modificado este concepto. La gestación puede aumentar algunos de los síntomas ya existentes como por ejemplo la fatiga, el aumento de frecuencia miccional o el estreñimiento, entre otros, de los que el embarazo de por sí puede producir. Se ha demostrado que el curso del embarazo es similar al de las mujeres que no padecen esclerosis

múltiple, incluso, la gestación se asocia en la mayoría de las ocasiones a mayor estabilidad de la clínica de la enfermedad, dando lugar en algunos casos a la mejoría de la misma. El riesgo de recaídas va disminuyendo a medida que avanza la gestación, especialmente durante el tercer trimestre.

Por otro lado, tampoco se han evidenciado mayores tasas de abortos espontáneos o malformaciones fetales en las mujeres que padecen la enfermedad comparado con mujeres sanas. Lo que sí parece que se da en mayor medida es un peso menor del recién nacido, aunque no se han demostrado efectos adversos a largo plazo en estos bebés.

3. ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARTO Y PUERPERIO.

El parto de una mujer con esclerosis múltiple se afronta igual que el de una mujer no afectada. Por regla general, sería preferible un parto natural a uno con cesárea, ya que es un evento “menos estresante”. En cualquier caso, si es necesario, se puede realizar el parto con cesárea sin ningún problema. La cesárea puede resultar lo más conveniente en el caso de que exista una notable espasticidad en las extremidades inferiores o alteraciones graves de la sensibilidad que puedan obstaculizar un parto natural.

Con respecto a la anestesia, se puede efectuar tanto la anestesia general como la epidural.

El riesgo de recaída aumenta dentro de las 3 primeros meses tras el parto, volviendo a niveles previos al embarazo a los 4-6 meses. La enfermedad no parece afectar al éxito de la lactancia, incluso si esta es exclusiva puede tener

efectos beneficiosos sobre la esclerosis múltiple, excepto en los casos de que la enfermedad esté altamente activa y deba ser aconsejada la instauración de medicación que pueda ser perjudicial para el bebé.

4. CONCLUSIÓN.

Los estudios analizados y revisados no han demostrado ningún tipo de relación entre el embarazo o número de embarazos y la evolución a largo plazo de la esclerosis múltiple. Así que por tanto podemos afirmar que la gestación no empeora el curso de la enfermedad.

Además se ha comprobado que el embarazo puede ser considerado una medida de protección para la aparición de brotes, lo que podría tener una explicación inmunológica. Esto puede ser gracias a la producción de estrógenos y progesterona (que inhiben la encefalitis alérgica experimental, enfermedad similar a la esclerosis múltiple inducida en animales); alfa-fetoproteína y alfa-glucoproteína (que inhiben los linfocitos T); proteína plasmática asociada al embarazo, hormonas corticosuprarrenales, gonadotropina coriónica y lactógeno placentario (que tienen una acción antiinflamatoria e inmunosupresora).

En el posparto podría existir un aumento de riesgo de aparición de brotes que es cuando el neonato precisará una serie de estímulos y cuidados, además de los cambios hormonales que se producen hasta que regresan progresivamente a su estado precedente, lo que ocasiona también cambios de humor imprevistos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple; 2015. Disponible en: <http://www.esclerosismultiple.com/felem/>
2. Macías Seda J, Gómez Salgado J. Atención al embarazo de riesgo. Madrid. Enfo 2007. Pp 46-47.
3. Usandizaga Beriguistáin JA, de la Fuente Pérez P. Obstetricia. Madrid. Marbán 2011. Pp 510-513.
4. Bove R, Alwan S, Friedman JM y cols. Management of multiple sclerosis during pregnancy and the reproductive years: a systematic review. Obstet Gynecol 2014; 124(6): 1157-1168.
5. Coyle PK. Multiple sclerosis and pregnancy prescriptions. Expert Opin Drug Saf 2014; 13(12): 1565-1568.
6. Hellwig K. Pregnancy in multiple sclerosis. Eur Neurol 2014; 71(1): 39-42.
7. Karp I, Manganas A, Sylvestre MP y cols. Does pregnancy alter the long-term course of multiple sclerosis? Ann Epidemiol 2014; 24(7): 504-508.
8. Popescu CD. Multiple sclerosis and pregnancy. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 2014; 118(1): 28-32.
9. Bodiguel E, Bensa C, Brassat D y cols. Multiple sclerosis and pregnancy. Rev Neurol 2014; 170(4): 247-265.

10. Coyle PK. Multiple sclerosis in pregnancy. *Continuum (Minneapolis, Minn)* 2014; 20(1): 42-59.
11. Popova EV, Kukel TM, Muravin AI y cols. Pregnancy and delivery in women with multiple sclerosis: a retrospective analysis. *Zh Nevrol Psikhiatr Im* 2013; 113(10): 52-56.
12. Timóteo MJ, Sá AT, Carvalho A y cols. Esclerosis múltiple y decisión de la maternidad: estudio observacional en pacientes portuguesas. *Rev Neurol* 2014; 59(12): 537-542.
13. Amato MP, Portaccio E. Fertility, pregnancy and childbirth in patients with multiple sclerosis: impact of disease-modifying drugs. *CNS Drugs* 2015; 29(3): 207-220.