

Miastenia y embarazo

Se recomienda planificar el embarazo en las mujeres con miastenia gravis. Ello permitirá elegir el mejor momento, siendo recomendable que la miastenia esté controlada (en remisión) y permitirá ajustar la medicación, dado que algunos fármacos inmunosupresores no pueden administrarse en el embarazo por su riesgo para el feto. La mayoría de mujeres con miastenia en fase de remisión pueden tener un embarazo normal. En mujeres con formas graves de miastenia en las que no se consigue un control adecuado de la enfermedad el embarazo es peligroso y está contraindicado.

Antes del embarazo o cuando se notifique el mismo interesa valorar el estado de la paciente, con especial atención a la fuerza muscular y función respiratoria. También se recomienda descartar trastornos tiroideos (mediante una analítica sanguínea) que pueden coexistir con la miastenia gravis.

El manejo de la paciente miasténica embarazada debe ser multidisciplinar, con la colaboración del neurólogo, ginecólogo, obstetra y pediatra.

Curso de la miastenia en el embarazo:

Aproximadamente la mitad de las pacientes no notan cambios en el embarazo. Sin embargo, un 20-30% empeoran durante la gestación y un 20% puede notar mejoría.

En algún caso la miastenia puede debutar en el embarazo.

Exacerbaciones de la miastenia:

La mayoría de exacerbaciones ocurren en el primer y segundo trimestres de gestación y primer mes tras el parto. Algunas se precipitan por infecciones (urinarias, endometriosis o mastitis), por eso se recomienda tratarlas precozmente.

Tratamiento de la miastenia durante el embarazo:

Son seguros los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa, corticoides, recambio plasmático e inmunoglobulinas intravenosas. Puede ser necesario incrementar la dosis de inhibidores de la acetilcolinesterasa en algunas pacientes.

Hay que usar con precaución: azatioprina, ciclosporina y tacrólimus. Se recomienda emplear las dosis más bajas necesarias.

Algunos fármacos inmunosupresores como el metrotexato o el micofenolato de mofetilo tienen riesgo alto de malformaciones (teratogenicidad) y no deberían usarse en el embarazo. Se recomienda un periodo de al menos 3 meses sin tomar estos fármacos antes de quedarse embarazada.

Parto:

En general se recomienda el parto vaginal espontáneo, aunque hay que tener en cuenta que durante el periodo expulsivo del parto, las mujeres con miastenia pueden fatigarse o no tener suficiente fuerza para conseguir la expulsión del bebe y pueden requerir el uso de instrumentos como el fórceps o vacuum. En algunos casos puede ser necesaria una cesárea.

En la mayoría de casos es recomendable la anestesia regional (ej epidural) frente a una anestesia general. Hay que evitar el uso de relajantes no despolarizantes y anestésicos inhalados. Conviene tener precaución con fármacos sedantes, opioides y tranquilizantes por riesgo de depresión respiratoria; pueden usarse racionalmente pero se recomienda monitorizar la función respiratoria. Los antiinflamatorios no esteroideos pueden emplearse para el dolor post-parto.

Si el parto es prolongado se recomienda administrar los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa vía intravenosa para asegurar un correcto aporte.

Si la paciente está en tratamiento con corticoides de forma crónica con dosis equivalentes mayores de 7.5 mg de prednisona al día se recomienda administrar una dosis de hidrocortisona durante el periodo periparto por el estrés y riesgo de insuficiencia suprarrenal.

Las mujeres con miastenia presentan un ligero aumento de sufrir parto prematuro por rotura prematura de membrana. Si ocurre, deben acudir al hospital y ser valoradas por un obstetra.

Riesgos para el bebé:

Puede producirse el paso de anticuerpos a través de la placenta produciendo al recién nacido una forma de miastenia gravis neonatal, que es transitoria y cursa con hipotonía, debilidad muscular y posible depresión respiratoria, con respuesta a los inhibidores de la acetilcolinesterasa. Su frecuencia oscila entre 10-20%. Por ello se recomienda que los niños de madres miasténicas se monitoricen durante las primeras 48-72 h de vida.

Existen otras complicaciones más infrecuentes: la artrogriposis recurrente congénita y el síndrome de inactivación del receptor de acetilcolina fetal.

Estas complicaciones son más improbables si la paciente con miastenia está controlada con tratamiento farmacológico.

Lactancia:

Son seguros los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa, corticoides, recambio plasmático e inmunoglobulinas intravenosas. Hay que tener en cuenta que los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa a dosis altas pueden producir molestias gastrointestinales al bebe.

Deben evitarse otros fármacos inmunosupresores por riesgo de producir inmunodepresión en el neonato.

Otras consideraciones:

El sulfato de magnesio, que se emplea en una complicación del embarazo conocida como preeclampsia/eclampsia puede precipitar una crisis miasténica; en caso que fuera necesario su uso debe administrarse con extrema precaución y consultar con el anestesiista y/o neurólogo, dado que puede requerirse intubación y ventilación de la paciente.

En general hay que seguir las mismas recomendaciones en cuanto a fármacos que pueden precipitar crisis miasténicas, intentando evitar su uso.

Bibliografía:

1. Norwood F, Dhanjal M, Hill M, James N, et al. Myasthenia in pregnancy: best practice guidelines from a U.K. multispecialty working group. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014 May; 85(5):538-43.
2. Massey JM, De Jesus-Acosta C. Pregnancy and myasthenia gravis. *Continuum (Minneapolis)*. 2014 Feb; 20(1 Neurology of Pregnancy):115-27.
3. Ducci RD, Lorenzoni PJ, Kay CS, Werneck LC, Scola RH. Clinical follow-up of pregnancy in myasthenia gravis patients. *Neuromuscul Disord*. 2017 Apr; 27(4):352-357.