

# La seguridad de un embarazo con miastenia gravis para la madre y el recién nacido

Autor: Fernández Guijarro, Genoveva

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La miastenia gravis es un trastorno autoinmune de la transmisión neuromuscular que involucra la producción de anticuerpos dirigidos contra receptores músculo-esqueléticos, en la gran mayoría de los casos de acetilcolina. En embarazadas con MG, se puede presentar miastenia neonatal transitoria en 12 a 20% de los recién nacidos. Recientemente se ha comunicado que la MG está asociada con un incremento de las complicaciones durante el nacimiento, existiendo mayor riesgo de parto prematuro, rotura prematura de membranas, mayor posibilidad de intervenciones y de morbimortalidad perinatal.

El objetivo de este trabajo es exponer el impacto de esta enfermedad tanto sobre el embarazo y parto, como sobre el recién nacido, basándonos en la evidencia disponible.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica de las bases de datos Pubmed y Cochrane, con las palabras clave “miastenia gravis”, “embarazo” “neonato” e “impacto”. Fueron excluidos aquellos artículos que no se encontraban directamente relacionados con el objetivo del trabajo. La revisión se ha llevado a cabo sobre los estudios realizados en los últimos 10 años.



## CONCLUSIONES

Aunque la gestación no acelere la progresión de la miastenia, estas pacientes refieren más debilidad y fatiga debido al aumento de peso y al esfuerzo que provoca el embarazo. Las exacerbaciones ocurren en cualquier trimestre.

El inmunosupresor de elección es la prednisona. El uso de otros inmunosupresores es discutido, por poseer alto poder mutagénico. Algunos autores afirman que la plasmaféresis y la inmunoglobulina se han usado con éxito en el embarazo.

El parto prematuro es una de las complicaciones más frecuentes de la gestación en la paciente miasténica. El estrés que implica el trabajo de parto aumenta las probabilidades de una crisis miasténica. La expulsión del bebé puede ser más difícil en mujeres con MG. Si bien la MG no afecta al trabajo de parto en sí, es posible que afecte a los músculos estriados para pujar. Esto aumenta la probabilidad de partos asistidos con fórceps y dispositivos de ventosa. La cesárea es por indicación obstétrica precisa y no por la miastenia en sí.

La miastenia no repercute en el normal desarrollo y crecimiento del feto, pero puede afectar del 10 al 20 % de los recién nacidos por el paso de anticuerpos de la madre al feto a través de la placenta; pudiendo ser estos bebés débiles, con instinto de succión pobre y dificultad para respirar; los síntomas se producen desde pocas horas hasta varios días después del nacimiento, pudiendo persistir hasta tres meses. Por lo general el cuadro es autolimitado. No todos los hijos de una misma madre desarrollarán miastenia graves neonatal: uno de cada siete hijos la padecen. La lactancia no debe ser interrumpida, aunque no es recomendada en aquellas madres con altos títulos de anticuerpos o en aquellas que requieran altas dosis de anticolinesterásicos.

El manejo del embarazo, parto y puerperio en estas pacientes debe hacerse de forma multidisciplinaria, para lograr una mejor evaluación y definir en cada momento la terapia más apropiada; con lo cual se garantizará un adecuado resultado materno fetal.

1. Tormoehlen LM, Pascuzzi RM. Thymoma, Myasthenia Gravis and Other Paraneoplastic Syndromes. HematolOncolClin N Am 2008;22:509-526.
2. Merggioli M, Sanders D. Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. LancetNeurol 2009;8:475-490.
3. Skeie G, Apostolski S, Evoli A, Gilhus N, Hart L. Guidelines for the treatment of autoimmune neuromuscular transmission disorders. European Journal of Neurology 2006;13:691-699