

Retraso en el crecimiento intrauterino en mujeres con trasplante renal

Mireia Soriano Calvo, Azahara, Sánchez Gómez, Nerea Martínez Castellón, Daniel Lerma García, Raquel del Águila Ruiz, José Miguel Carayol Sola

Hospital Can Misses, Hospital General Universitario Santa Lucía y Hospital Francisc de Borja. Baleares

Introducción:

El embarazo en la paciente trasplantada renal constituye el máximo exponente de la normalización, con la recuperación de la función renal y el restablecimiento del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. Durante el embarazo, existen cambios anatómicos y funcionales. Debido a la alteración de la función renal y del efecto que sobre la gestación y sobre el mismo riñón trasplantado pueden tener las drogas inmunosupresoras, siempre se debe considerar embarazos de alto riesgo y por ello requieren una atención especial por parte de un equipo multidisciplinar.

Crecimiento intrauterino restringido (CIR) es una patología de los fetos que presentan una función placentaria alterada. Se identifica por Doppler, apreciando una anomalía de la arteria umbilical o en la arteria media cerebral. El feto con CIR es aquel que tiene una limitación del crecimiento intrínseco.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Medline, Cuidatge.

Palabras clave:

Embarazo, trasplante renal, retraso en el crecimiento intrauterino

Resultados:

El embarazo en la paciente trasplantada deberá presentar antes de la concepción una función renal con-

servada, con una creatinina sérica inferior a 1,5 mg/dl, la proteinuria deberá estar ausente o ser inferior a 0,5 gramos al día la presencia de hipertensión arterial leve (TA < 15 mg/día, azatioprina < 2mg/kg/día, ciclosporina < 4 mg/kg/día, tacrolimus a dosis terapéuticas), y deberá retirarse el mofetil-micofenolato y sirolimus. Aun siguiendo estas recomendaciones hay factores de riesgo que pueden llevar a desarrollar un CIR, son los siguientes: tabaquismo, drogas, historia previa de fetos con CIR, índice de masa corporal 40 años), enfermedades maternas (sobre todo renales y vasculares) y complicaciones de la gestación como los trastornos hipertensivos. Según la bibliografía consultada el retraso del crecimiento intrauterino es hasta de un 20% de los embarazos.

Una vez diagnosticado el CIR, la conducta que deberemos tomar será intentar maximizar la edad gestacional, minimizando la morbi-mortalidad neonatal. No está resuelto el tiempo óptimo para finalizar la gestación en caso de feto CIR. No existe un tratamiento intraútero adecuado para el control de estos fetos, por lo que las opciones en el manejo incluyen un control más frecuente y la extracción fetal cuando las pruebas indiquen el riesgo neonatal. La frecuencia de estos controles dependerá de las condiciones fetales.

Conclusiones:

El buen control de la HTA, de la dosis de inmunosupresores y un seguimiento exhaustivo aquellas mujeres que presenten alteraciones hará que el éxito de la gestación en mujeres trasplantadas de riñón sea similar a la población de mujeres no trasplantadas.