



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



CUESTIONES SOBRE EMBARAZO EN LA E.I.I.

Un alto porcentaje de pacientes que padecen una Enfermedad Inflamatoria Intestinal, tanto Crohn como Colitis Ulcerosa, se diagnostican en su edad fértil. Esto lleva a plantearse muchas dudas o preguntas en relación a la propia enfermedad y a sus tratamientos en relación con la concepción y el embarazo. A continuación, intentaremos responder a cuestiones que con frecuencia se plantean en la consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal:

- ¿Puedo transmitir la enfermedad a mi descendencia?
- ¿Estas enfermedades afectan a mi fertilidad?
- ¿Cómo evolucionará la enfermedad durante el embarazo?
- ¿Mi embarazo tendrá un curso más difícil?
- ¿Qué medicamentos puedo tomar durante el embarazo?
- ¿Qué medicamentos puedo tomar durante la lactancia?
- ¿Cómo será el parto, vaginal o necesitaré una cesárea?

- ¿Puedo transmitir la enfermedad a mi descendencia?

Lo primero es apuntar que la patogenia o causas que conducen al desarrollo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal no está totalmente conocida. La hipótesis actual más aceptada, es que la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, se desarrolla en una persona genéticamente predispuesta, en la que factores ambientales interaccionan con la microbiota intestinal y el sistema inmune. En concreto el factor genético, es muy complejo, con implicación poligénica o de múltiples genes. No conocemos todos los genes implicados ni las relaciones entre los mismos.

El riesgo de padecer una de estas Enfermedades Inflamatorias Intestinales es superior en aquellas personas con antecedentes familiares de las mismas. En el caso de la Enfermedad de Crohn, si uno de los padres sufre esta entidad, el riesgo de sus descendientes de desarrollarla es de 5%. Si uno de los padres padece Colitis Ulcerosa, el riesgo de transmisión a la descendencia es del 2%. Si ambos progenitores padecen una de estas patologías, la posibilidad de transmisión sube al 30%.

- ¿Estas enfermedades afectan a mi fertilidad?

Las personas que padecen una Enfermedad Inflamatoria Intestinal, no están en un periodo de actividad de la misma y no se han sometido a tratamientos

quirúrgicos, tienen las mismas tasas de fertilidad que aquellos que no padecen estos problemas de salud.

En mujeres en las que se han realizado resecciones intestinales previas, como resecciones ileocecales, o reservorios ileoanales pueden causar adherencias con las trompas dificultando la concepción. En hombres que se sometieron a colectomía con realización de un reservorio ileoanal, pueden presentar de forma secundaria problemas de disfunción eréctil y de eyaculación retrograda.

Si estamos en un periodo de brote inflamatorio, se produce una disminución de la libido, y los posibles déficits de nutrientes y micronutrientes, influyen sobre la calidad del espermatozoides en los hombres y en trastornos del ciclo menstrual en las mujeres.

La mayoría de los fármacos empleados en el tratamiento no reducen la fertilidad. Mención especial requiere la Sulfasalacina en varones, ya que reduce la calidad del espermatozoides, alterando la cantidad y movilidad de los espermatozoides.

- ¿Cómo evolucionará la enfermedad durante el embarazo?

El embarazo no es un factor que cause progresión o protección de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, per se.

Para intentar predecir como será el curso de estas patologías durante el embarazo, el punto clave es si existe actividad y su grado (leve, moderada o grave) en el momento de la concepción:

+Si la mujer está en remisión (sin actividad) la probabilidad de mantenerse en esta situación durante el embarazo es del 75%.

+Si la mujer está en un periodo de actividad o brote, la probabilidad de mantenerse en esta situación es del 75%.

Esto es fundamental, por lo que lo deseable es planificar el embarazo en un momento de remisión clínica.

- ¿Mi embarazo tendrá un curso más difícil?

Si el embarazo transcurre en un periodo de remisión clínica, no existe un aumento significativo del riesgo de aborto espontáneo, bajo peso neonatal, muerte neonatal o complicaciones gestacionales como la pre-eclampsia o la eclampsia. Por el contrario, si existe actividad inflamatoria, está aumentado el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso del neonato, muerte neonatal y complicaciones gestacionales.

- ¿Qué medicamentos puedo tomar durante el embarazo?

Es esencial planear el momento del embarazo, para hacerlo coincidir con un periodo de remisión clínica y poder adaptar la medicación que se precisa a esta nueva circunstancia de la mujer. Mantendremos la medicación que se considera segura para mantener la remisión de la enfermedad, evitando complicaciones de la misma y las derivadas de los fármacos.

Los médicos que realizan el seguimiento de la paciente irán adaptando la medicación a las circunstancias y distintas necesidades terapéuticas que se presenten.

-Antibióticos:

- +Amoxicilina clavulánico. Riesgo bajo. Es el antibiótico de elección durante el embarazo.
- +Ciprofloxacino y metronidazol: evitar en el primer trimestre. Si es necesario en periodos cortos en enfermedad perianal.
- +Rifaximina. Contraindicada. Teratogénica (causa malformaciones)

-Aminosalicilatos

- + Mesalacina y sulfasalacina. Son seguros durante el embarazo. En el caso de sulfasalacina esta dificulta la absorción de folato, por lo que hay que dar suplementos de ácido fólico 2mg/día. Mantener el tratamiento.

-Corticoides

- +Budesonida. Seguros, riesgo bajo. Usar en pulsos cortos.
- +Prednisona/Prednisolona/Metilprednisolona. En la madre pueden causar diabetes gestacional, insuficiencia suprarrenal o rotura prematura de membranas. En el niño, si se administran en el primer trimestre se ha descrito asociación no confirmada en estudios con labio leporino/paladar hendido. Usar en pulsos cortos en brotes.

-Inmunosupresores

- +Metotrexato. Teratogénico (causa malformaciones) tanto si lo toma el hombre como la mujer. Suspender 3-6 meses antes de la concepción.
- +Tiopurinas (Azatioprina/Mercaptopurina). Seguros. Mantener dosis previa a la concepción.
- +Ciclosporina. No recomendada. Puede causar problemas en la madre como son la hipertensión arterial y convulsiones.

-Tofacitinib (Pequeñas moléculas)

- +Los datos son limitados actualmente. No se recomiendan actualmente hasta disponer de más datos.

-Anti-TNF: Infliximab, Adalimumab, Golimumab.

- +Seguros, bajo riesgo. Continuar con dosis previa al embarazo. Si se está en remisión se intenta distanciar la última dosis del parto, intentando no administrar en el tercer trimestre. Si hay actividad o datos de evolución desfavorable continuar su administración en dicho trimestre.

-Vedolizumab (Antiintegrinas)

- +Datos limitados, bajo riesgo. Dosis similar a la previa al embarazo. Si es posible no se administrará en el tercer trimestre.

-Ustekinumab (Anti-Interleukinas)

+Datos limitados, bajo riesgo. Dosis similar a la previa al embarazo. Si es posible no se administrará en el tercer trimestre.

- ¿Qué medicamentos puedo tomar durante la lactancia?

Siempre que sea posible, se recomienda la lactancia materna, por los beneficios que reporta al recién nacido.

Los profesionales sanitarios que le atienden le irán dando indicaciones sobre este aspecto adaptadas a su situación concreta. A continuación, damos unas pinceladas generales:

-Antibióticos:

+Amoxicilina clavulánico. Seguro.

+Ciprofloxacino. Es compatible, pero separar la toma de lactancia 3-4 horas de su administración.

+Metronidazol. Evitar.

+Rifaximina. Datos limitados. Evitar.

-Aminosalicilatos

+ Mesalacina y sulfasalacina. Seguros. Mantener la misma dosis.

-Corticoides

+Budesonida/Prednisona/Prednisolona/Metilprednisolona. Son compatibles con la lactancia, seguros, pero separar la toma de lactancia 3-4 horas de su administración.

-Inmunosupresores

+Metotrexato. Contraindicado.

+Tiopurinas (Azatioprina/Mercaptopurina). Son compatibles con la lactancia, seguros, pero separar la toma de lactancia 4 horas de su administración.

+Ciclosporina. Contraindicada.

-Tofacitinib (Pequeñas moléculas)

+Los datos son limitados actualmente. No se recomiendan actualmente hasta disponer de más datos.

-Anti-TNF: Infliximab, Adalimumab, Golimumab.

+Seguros. Son compatibles con la lactancia materna.

-Vedolizumab (Antiintegrinas)

+Datos limitados, precisan de más estudios. Los resultados actuales apuntan a su seguridad.

-Ustekinumab (Anti-Interleukinas)

+Datos limitados, precisan de más estudios. Los resultados actuales apuntan a su seguridad.

- ¿Cómo será el parto, vaginal o necesitaré una cesárea?

Como en cualquier otro parto, se deben atender las condiciones obstétricas específicas para decidir la modalidad de parto vaginal o cesárea.

Por regla general, se debe intentar el parto vaginal, salvo en situaciones de:
+Enfermedad perianal en la Enfermedad de Crohn por el riesgo de desarrollar nuevos trayectos fistulosos.
+Situaciones de cirugía previa con colectomía subtotal y creación de un reservorio ileoanal o en aquellos casos en los que exista una incontinencia fecal por lesión previa de los esfínteres.

La modalidad de elección en las mujeres portadoras de una ileostomía o colostomía es el parto vaginal. Así como es aconsejable no llevar a cabo una episiotomía, en lo posible, por el riesgo de afectación perianal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Restellini S, Biedermann L, Hruz P, Mottet C, Moens A, Ferrante M, Schoepfer AM; on behalf of Swiss IBDnet, an official working group of the Swiss Society of Gastroenterology. Update on the Management of Inflammatory Bowel Disease during Pregnancy and Breastfeeding. *Digestion*. 2020;101 Suppl 1:27-42. doi: 10.1159/000502886.

- Van der Woude CJ, Ardizzone S, Bengtson MB, Fiorino G, Fraser G, Katsanos K, Kolacek S, Juillerat P, Mulders AG, Pedersen N, Selinger C, Sebastian S, Sturm A, Zelinkova Z, Magro F; European Crohn's and Colitis Organization. The second European evidenced-based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2015 Feb;9(2):107-24. doi: 10.1093/ecco-jcc/jju006.

-Chaparro M. y Gisbert J.P. 2020. Enfermedad inflamatoria y embarazo. En GETECCU, Hinojosa del Val J. E. (Coordinador), Nos Mateu P. (Coordinadora), Conductas de actuación en la Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal. (pp. 211-225) Editorial Ergon.

-Moreno A. M. y Fernández F.J. 2013.Enfermedad Inflamatoria. En García de Lucas, Manual de Patología Médica y Embarazo. (pp. 44-51) Editorial Panamericana.

AUTORIA

Antonio M Moreno García
Facultativo Especialista Apto. Digestivo
Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz.