

Algunas características fenotípicas en pacientes preeclámpticas

Drs. José A Carugno M, Maricarmen Álvarez, María B Castelli, Ana C Morales

Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Valencia, Edo. Carabobo

RESUMEN

Objetivo: Determinar la posible relación entre características del lóbulo del pabellón auricular y la biotipología del pie con la posibilidad de desarrollar preeclampsia.

Ambiente: Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Valencia, Edo. Carabobo.

Método: Muestra elegida al azar de 263 pacientes dividida en 2 grupos: 58 primigestas en puerperio inmediato de embarazos complicados con preeclampsia y un grupo control de 205 primigestas en puerperio inmediato de embarazos no complicados con esta patología. Los resultados fueron sometidos a la prueba de Chi cuadrado (X^2).

Resultados: Del grupo toxémico el 41,37% tenía lóbulo adherido y 58,63% lóbulo péndulo, en el grupo control 43,90% lóbulo adherido y 56,63% péndulo ($p=0,73 > 0,001 X^2 = 0,11$). Se encontraron 102 primigrávidas con pie griego; 30,39% desarrolló preeclampsia y 60,61% no tuvo esa complicación, de las 161 con otro tipo de pie, se encontró un 16,77% de preeclámpticas y 83,22% sin dicha complicación ($p=0,0094 < 0,01 X^2 = 6,674$).

Conclusión: No existe relación entre las características del lóbulo del pabellón auricular y el desarrollo de preeclampsia. Las pacientes con pie de tipo griego tienen una incidencia mayor de preeclampsia.

Palabras clave: Características fenotípicas. Preeclampsia. Primigestas.

SUMMARY

Objective: To determine the relationship between the phenotypic characteristic of the feet and ear lobe and the incidence of preeclampsia.

Setting: Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Valencia, Edo. Carabobo.

Method: A group of 263 nulliparous patients randomly chosen during their immediate puerperium were divided in two groups. 58 complicated with preeclampsia were compared to 205 without that complication. Data was analyzed using the X^2 test.

Results: In the preeclamptic group 41.37% had adherent ear lobes, 58.63% hanging lobes ($p=0.73 > 0.01 X^2 = 0.11$). We found 102 patients with Greek feet, 30.39% have had preeclampsia 60.61% did not have it. Of the 161 patients with Squared or Egyptian feet, 16.77% had preeclampsia, 83.22% did not have any complication ($p=0.0094 < 0.01 X^2 = 6.674$).

Conclusion: There is not relationship between the ear lobe characteristics and preeclampsia nulliparous women with Greek feet have a higher incidence of preeclampsia.

Key words: Phenotypic characteristics. Preeclampsia. Nulliparous.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia, trastorno hipertensivo multi-sistémico exclusivo del ser humano (1) complica aproximadamente el 10% de todos los embarazos con una incidencia ligeramente mayor en los países en desarrollo (2-6), constituye una de las principales causas de muerte materna de causa obstétrica y es responsable de una alta morbimortalidad fetal (7).

El éxito en su tratamiento depende de su detección precoz, por lo que se realizan grandes esfuerzos con el fin de identificar a la paciente con riesgo de padecerla.

De etiología incierta, existen tantas teorías que intentan explicar su etiopatogenia como investigadores se han abocado al tema (8). La herencia y la genética parecen cumplir un papel fundamental en esta patología (9).

Diversos investigadores proponen una tendencia familiar de padecer la enfermedad (10,11). Su patrón hereditario permanece incierto, algunos trabajos apuntan hacia la influencia de un gen recesivo (12),

Presentado en el XVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. I Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología 28 al 3 marzo 2000. Caracas.

Recibido: 11-10-00

Aceptado para publicación: 16-07-01

otros sugieren un gen dominante de penetración incompleta o un patrón hereditario multifactorial (10,13). Es posible presumir que la carga genética que se encuentra posiblemente relacionada con el desarrollo de la enfermedad debe tener una expresión fenotípica característica, clínicamente evidente, que podría facilitar la identificación de las pacientes con riesgo aumentado de desarrollar la enfermedad.

Motivados por estas comunicaciones, y debido a que tanto las características del pabellón auricular como biotipología del pie son rasgos fenotípicos bien definidos y objetivamente evaluables, nos vimos estimulados a realizar este estudio con la finalidad de determinar la relación entre estas características fenotípicas y el riesgo de desarrollar preeclampsia.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se presenta un estudio de tipo exploratorio descriptivo con una muestra elegida de manera probabilística incidental constituida por 263 primigestas en puerperio inmediato, las cuales se encontraban en las salas de hospitalización del Servicio de Obstetricia de la “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera” Valencia, durante el período enero 98 y diciembre 98. Se obtuvo un grupo de 58 cuyo embarazo fue complicado por preeclampsia y un grupo control de 205 no complicados por esta patología. Se determinó mediante inspección las características del lóbulo del pabellón auricular y la biotipología del pie tanto en el grupo en estudio como en el grupo control. Los datos fueron sometidos a la prueba del Chi cuadrado.

Definimos preeclampsia según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (2), como elevación de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg que se presentó en embarazos mayores de 20 semanas con la concomitante presencia de proteinuria y edema. El lóbulo del pabellón auricular se clasificó en adherido, cuando se encontraba unido a la cara y péndulo si colgaba libremente. Los tipos de pie se definieron de acuerdo a la semiología médica de Surós y Surós (14) quien según la longitud de los dedos los clasifican en tipo egipcio, si el primer dedo es el más largo, griego cuando el dedo más largo es el segundo y cuadrado cuando todos los dedos tienen aproximadamente la misma longitud.

RESULTADOS

Entre el grupo de pacientes con antecedente de preeclampsia el 41,37% (n = 24) tenía el lóbulo

adherido y el 58,63% (n= 34) lóbulo péndulo. El grupo control presentó 43,90% (n = 90) y 56,09% (n = 115) de pacientes con lóbulo adherido y péndulo respectivamente (p = 0,73 > 0,01 X² = 0,11) (Cuadro 1).

Con respecto a la biotipología del pie, hallamos un total de 102 pacientes con pie tipo griego, de las cuales el 30,39% (n = 31) desarrolló preeclampsia y 71 (69,61%) no tuvo esta complicación, en el grupo control de 161 pacientes con otro tipo de pie (cuadrado o egipcio) se encontró 16,77% (n = 27) que desarrollaron preeclampsia y 83,22% (n = 134) sin patología (p= 0,0094 < 0,01 X² = 6,674) (Cuadro 2).

Cuadro 1
Características del lóbulo del pabellón auricular y preeclampsia*

	Lóbulo adherido	%	Lóbulo separado	%	Total
Preeclampsia	24	21,05	34	22,81	58
No preeclampsia	90	78,94	115	77,18	205
Total	114		149		263

* Números absolutos.
(p = 0,73 > 0,01 X² = 0,11)

Cuadro 2.
Biotipología del pie y preeclampsia*

	Pie griego	%	Otro pie	%	Total
Preeclampsia	31	30,39	27	16,77	58
No preeclampsia	71	69,60	134	83,22	205
Total	102		161		263

* Número absolutos.
(p = 0,0094 < 0,01 X² = 6,674)

DISCUSIÓN

Todo obstetra conoce los devastadores efectos de la preeclampsia en binomio madre-feto, lo que justifica el máximo empeño en identificar precozmente a la paciente con riesgo elevado de padecerla, para de esta manera intentar prevenirla o en el peor de los casos iniciar su tratamiento precoz.

La clara tendencia familiar de desarrollar esta patología ha sido descrita desde finales del siglo pasado, cuando Elliot mencionado por Chesley y col. (10), en 1873 reportó un caso fatal de eclampsia en una paciente cuya madre también había muerto por esta enfermedad. Desde entonces múltiples investigadores han reportado esta tendencia familiar de la preeclampsia. Los mismos autores (10) reportaron una incidencia de 26% en hijas de pacientes que padecieron preeclampsia, la cual es muy superior a la de la población general (10%).

Desafortunadamente, el fenotipo de la paciente preeclámpica aún no está definido (11). Devey y Gilivray (15) proponen, como una posible expresión fenotípica de esta carga genética con riesgo aumentado de preeclampsia, la presencia de ciertas modificaciones en la placenta, que ocasionan un menor flujo placentario o cambios a nivel renal con la formación de endoteliosis glomerular.

En nuestro estudio no se encontró relación alguna entre las características del lóbulo del pabellón auricular y el desarrollo de preeclampsia, sin embargo, hallamos diferencia estadísticamente significativa al comparar la biotipología del pie y encontrar una incidencia mayor de preeclampsia en aquellos pacientes con pie tipo griego. Este raro hallazgo, soportado por validez estadística, donde las pacientes con pie tipo griego tienen mayor incidencia de preeclampsia, podría ser utilizado para estimular futuros estudios con un mayor número de pacientes, y quizás estudiar otras características, con el objetivo de identificar a la paciente con riesgo elevado de desarrollar preeclampsia, lo que alertaría al tocólogo en la consulta prenatal y permitiría así brindar una mayor vigilancia y mejores opciones terapéuticas.

REFERENCIAS

1. Podjarny E, Baylis C, Losonoz G. Animals models of preeclampsia. *Semin Perinatol* 1992;23:2-13.
2. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1691-1712.
3. Brown M, Robinson A, Jones M. The white coat effect in hypertensive pregnancy: Much do about nothing? *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:474-480.
4. Barron WM. Hipertension. En: Lindheimer M, editor. *Medical disorders during pregnancy*. 2ª edición. St. Louis Missouri: Mosby; 1995.p.1-36.
5. Sukerman E, Guardia M, Rivera A, Sánchez M, Linares Y, Lugo F, et al. Posición ideal de la embarazada para la medición de su tensión arterial. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55(1)21-26.
6. Ulloa G, Di Rocco A, Figueira R, Hernández C, Uzcátegui O. Síndrome HELLP. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991;51(3):183-186.
7. Sukerman E, Guardia M. Sexo fetal masculino y riesgo de hipertensión arterial durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1996;56(1):13-15.
8. Sukerman E, Guardia M. La hipertensión arterial en el servicio de medicina interna de la maternidad. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50(2):67-76.
9. Sukerman E, Guardia M, Leone C, Mendoza S, Martín M, De Freitas A, et al. Relación de la presión arterial del padre y la presión arterial de la madre durante la gestación. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55(1):31-33.
10. Chesley LC, Annito JE, Cosgrove RA. The familial factor in toxemia of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1968;32(3):303-311.
11. Morgan T, Ward K. New insights into genetics of preeclampsia. *Semin Perinatol* 1999;23:14-23.
12. Chesley LC, Cooper DW. Genetics of hypertension in pregnancy: Posible single gene control of preeclampsia and eclampsia in the descendants of eclamptic women. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:898-908.
13. Dekker G, Sibai B. The immunology of preeclampsia. *Semin Perinatol* 1999;23:24-33.
14. Surós BJ, Surós BA. *Semiología médica y técnica exploratoria*. 7ª edición. Barcelona (España): Salvat Editores, S.A.; 1987.
15. Davey Da, Mac Gillivray I. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:892-898.