



TROMBOCITOPENIA ALOINMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO

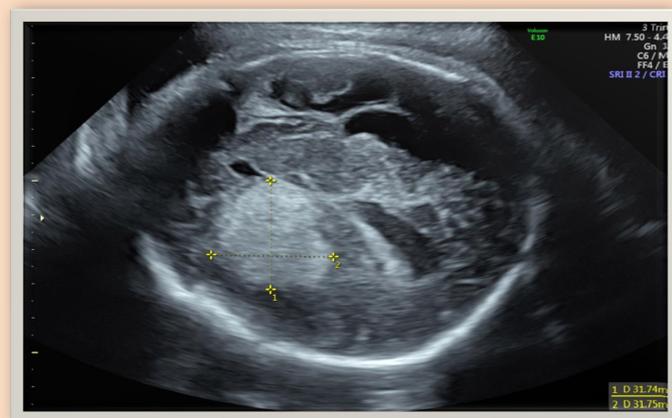
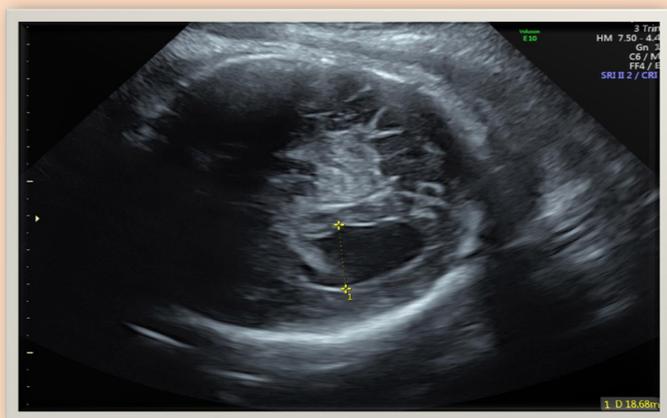
Gazabat Barbado, E ; Madrid Gómez de Mercado, MD ; Peñalver Parres, C;
Arteaga Moreno, A; Macizo Soria, MI; Pertegal Ruiz, M; Delgado Marín, JL
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia aloinmune fetal/neonatal (FNAIT) es una afección rara (1/1000-2000), causada por aloanticuerpos maternos contra antígenos plaquetarios fetales siendo la causa más común de trombocitopenia grave en el recién nacido. El anticuerpo más común es el anti-HPA-1a (75-80%) seguido por el Anti-HPA-5b (10% -15%). La clínica suele ser leve, con presencia de petequias o equimosis, pero puede producirse una hemorragia cerebral (10-30% de los neonatos) con resultado de muerte o secuelas neurológicas irreversibles. Las técnicas actuales permiten la detección del aloanticuerpo plaquetario (anti-HPA-1a), lo cual, unido al diagnóstico clínico y a la exclusión de otras causas de trombocitopenia neonatal constituyen la base para el diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Gestante de 28 años con dos 2 abortos previos de 6 y 12 semanas y un parto inmaduro de 23 semanas. En seguimiento en consulta de embarazo de alto riesgo y portadora de cerclaje profiláctico desde semana 14 . Controles ecográficos normales (previo en semana 33) y en semana 35+4 se objetiva en ecografía de seguimiento una ventrículomegalia bilateral severa y una imagen hiperrefringente homogénea de 3x3cm en región frontal derecha y áreas eonegativas intraparenquimatosas izquierdas que podrían corresponder a una hemorragia intracraneal aguda.



Ante los hallazgos se solicitó un genotipado plaquetar urgente que confirmó el diagnóstico de Trombocitopenia aloinmune, realizando al día siguiente de urgencia una cesárea, naciendo un varón de 2590g Apgar 8/9. A las pocas horas de vida presentó lesiones petequiales, equimóticas y hematomas de forma generalizada presentando al nacimiento 5000 plaquetas, por lo que se decide el ingreso en la UCI neonatal para monitorización e inicio del tratamiento. Se administró 3 dosis de inmunoglobulinas y 2 transfusiones de plaquetas, normalizándose los valores analíticos. Actualmente no ha desarrollado hidrocefalia ni otras complicaciones, y no presenta déficits neurológicos importantes, con un desarrollo prácticamente normal.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, no existen programas de cribado adecuados y el historial de un hermano afectado es actualmente el mejor indicador de riesgo para un embarazo actual. El diagnóstico precoz de este proceso, permite administrar un tratamiento eficaz y evitar la aparición de complicaciones graves. Esta patología puede aparecer durante los primeros embarazos, con una alta tasa de recidiva y con manifestaciones progresivamente más severas en embarazos siguientes. La profilaxis en futuras gestaciones puede evitar la recurrencia de la trombocitopenia y la aparición de un nuevo episodio de hemorragia cerebral.

BIBLIOGRAFÍA

- Brojer E, Husebekk A, Debska M, Uhrynowska M, Guz K, Orzinska A, et al. **Fetal/Neonatal alloimmune thrombocytopenia: pathogenesis, diagnostics and prevention.** Arch Immunol Ther Exp (Warsz) (2016) 64(4):279–90.10.1007/s00005-015-0371-9
- Espinoza JP, Caradeux J, Norwitz ER, Illanes SE. **Fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia.** Rev Obstet Gynecol. 2013
- Kaplan C. **Fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia.** Orphanet J Rare Dis. 2006;1:39.