

# TROMBOCITOPENIA NEONATAL ALOINMUNE

Madrid Gómez de Mercado, MD; Martínez-Espejo Cerezo, A; Martínez Gómez, A; Martínez Real, MC; Moreno Sánchez, C; Orozco Carratalá, B; Pastor Conesa, M; Peña Vázquez, I.  
**Servicio de Ginecología y Obstetricia HULAMM. San Javier.**

## INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia neonatal aloinmune (TFNA) es la causa más frecuente de trombocitopenia grave en el recién nacido. Es un proceso agudo donde las plaquetas fetales son destruidas durante la gestación por un anticuerpo de tipo Ig G presente en la madre aloinmunizada. En la raza caucásica, tiene especificidad frente al antígeno específico plaquetar HPA-1a en más del 80% de los casos. La hemorragia intracraneal, que ocurre hasta en un 30%, es la complicación más grave, con un 10% de mortalidad y un 20% de secuelas neurológicas irreversibles.

## CASO CLÍNICO

•Paciente de 34 años, gestante de 36+3 semanas. G1. Gestación gemelar bicorial-biamniótica . GS A+. Test de Coombs indirecto negativo. Portadora del gen de FQ.

•En tratamiento con Natalben twin durante la gestación y Tromalyt 150 mg al día hasta semana 36. Controles analíticos y ecográficos normales.

La paciente acude a consulta para realizar ecografía de control en semana 36+3. Anterior control ecográfico normal en semana 35.

No se evidencia actividad cardíaca en el primer feto (XY), PFE 2448 g. 2º feto (XX): AC+, PFE 2850 g.

Se explica a la paciente y acompañante que lo indicado según protocolo es finalizar gestación entre la semana 37 y 38 de gestación.

Se comentan los riesgos de una cesárea prétermino (distrés respiratorio, ictericia...). Ambos desean cesárea urgente en el momento.

Tras la cesárea, la recién nacida presenta distrés respiratorio, precisando oxígeno en incubadora durante 2 horas, con buena evolución. Sangre de cordón umbilical: Ph arterial 7.22, ph venoso 7.31. Presenta micropetequias a nivel lumbar y zona inguinal izquierda, y aisladas en el resto del cuerpo. Se realiza analítica y se evidencia Hb 10.4 y 12.000 plaquetas. GS A+. Test de Coombs directo positivo fuerte (+++). No elevación de bilirrubina ni de LDH. CMV negativo en orina. Frotis sangre periférica: Anisopoiquilocitosis moderada. No esquistocitos. No agregados plaquetarios.

Se realizó transfusión de plaquetas y se administró dosis de Inmunoglobulina iv.

Ecografía transfontanelar: posible foco hemorrágico cerebeloso.

Se realizan controles analíticos en los que se evidencia mejoría neonatal con los días. Analítica a los 24 días de vida: Hb 11.1, Plaquetas 251000.

Se realiza nueva ecografía transfontanelar ese mismo día: no se evidencia hemorragia intraventricular ni parenquimatosa.

La madre se encuentra estable clínica y hemodinámicamente en todo el proceso. Se le realiza tipado de anticuerpos plaquetarios. Se demuestra discordancia en HLA-15, que podría explicar aloinmunización materna frente a antígenos plaquetares fetales.



## CONCLUSIÓN

•Como sucede en el caso clínico presentado, el caso más típico es el de un recién nacido de una madre sana, sin trombocitopenia. Al nacer, o pocas horas después, aparece en el neonato una púrpura cutánea en forma de petequias y/o equimosis que puede acompañarse en los casos más graves de HIC, siendo esta última, la causa más frecuente de mortalidad y morbilidad a largo plazo, que hasta un 80% ocurren durante la vida intrauterina y un 42% antes de la semana 30. En estos casos más graves, la cifra de plaquetas suele ser < 20 x 10<sup>9</sup>/L.

•Existe más de un 50% de posibilidades de presentar el mismo problema en futuros embarazos.

•En caso de embarazo, la literatura recomienda realizar estudio intraútero de tipaje HPA para valorar el uso de IG iv semanal en la madre a partir de la 16-18 semana de gestación. La importancia de esta patología radica en que cerca del 50% de los casos son letales (23% mortinato, 32% mortalidad neonatal precoz).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dreyfus M, Kaplan C, Verdy E, Schlegel N, Durand-Zalesky I, Tchernia G. Frequency of immune thrombocytopenia in newborns: a prospective study. Blood 1997; 89: 4402-4406.
2. Burrows RF, Kelton JG. Fetal thrombocytopenia and its relation to maternal thrombocytopenia. N Eng J Med 1993; 329: 1463-1466
3. Roberts IAG, Murria NA. Management of thrombocytopenia in neonates. Br J Haematol 1999; 105: 864-870.