

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR POR TROMBOCITOPENIA ALOINMUNE FETAL. REPORTE DE CASO.

AUTORES: Villada - Montoya MA (mauro0392@gmail.com), Sanín-Ramírez, D.; Gutiérrez-Marín, J.H.; Sanín-Blair, J.E.; García-Posada, R.A.; Campo-Campo, M.N

INSTITUCIÓN: Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

La inmunización materna a los antígenos plaquetarios fetales, especialmente contra el HPA1a, es una entidad que afecta aproximadamente a 1 de cada 350 embarazos, sin embargo se hace clínicamente manifiesta tan sólo en 1 de cada 1000 nacidos vivos. Los hallazgos ecográficos a nivel del sistema nervioso central fetal junto a la historia obstétrica de la madre y los niveles de anticuerpos maternos, permiten predecir la severidad del cuadro y así establecer un adecuado protocolo de manejo prenatal, definir la mejor vía de parto y crear una alerta para un adecuado enfoque postnatal.

Descripción Paciente de 33 años, G2P1, O+, antecedente de PTI desde los 7 años de vida que requirió esplenectomía a los 15 años de edad. Remitida a la unidad de Medicina Materno Fetal con embarazo de 22 semanas por visualización ecográfica de ventriculomegalia.

Hallazgos prenatales ecográficos Crecimiento por P21, placenta posterior, ILA normal, anatomía con ventriculomegalia. Neurosonografía con hemorragia intraventricular grado IV, ventriculomegalia severa, hemorragia intraparenquimatosa en región parietoccipital y temporal izquierda.



Cesárea electiva 38 semanas: neonato masculino, peso 2860 g, talla 49 cm, APGAR 9/10, con hiperlaxitud articular, mayor de mano derecha; y hemorragia subconjuntival bilateral.

Manejo Neuropediatría solicita ECO transfontanelar que reporta hidrocefalia supratentorial, sangrado residual intraventricular y área de encefalomalacia parieto-temporo-occipital izquierda. Al segundo día de vida cursa con petequias en tórax y abdomen más hemorragia de tracto digestivo; paraclínicos con trombocitopenia de 8000 y leucocitosis de 22930. Hematología considera terapia con aféresis de plaquetas y esteroides intravenosos. Se administra gammaglobulina hasta lograr plaquetas mayores a 30000. Manejo hospitalario por 18 días con adecuada evolución y posterior seguimiento ambulatorio multidisciplinario.

Discusión: la trombocitopenia aloinmune fetal no es una entidad infrecuente y, aunque su espectro más severo es afortunadamente raro, hasta el momento no hay un tratamiento efectivo, acarrea una mortalidad fetal aproximada del 10%, una morbilidad severa cercana al 30% (epilepsia, retraso mental, ceguera cortical, parálisis cerebral) y una tasa de recurrencia tan alta como del 80% para gestaciones futuras.

Conclusión: se hace necesario implementar métodos de tamizaje para identificar la población en riesgo y promover el desarrollo de inmunoglobulinas profilácticas tal como sucede en los casos susceptibles de isoimmunización por Rh.