

APLASIA MEDULAR ADQUIRIDA EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO

*Garcá Díaz G. **García Salinas D ** Zúñiga Tapla P. *** Moreno Hernández L.****

INTRODUCCIÓN

La anemia aplásica (AA) es la insuficiencia de la médula ósea(MO) caracterizada por la destrucción de células madres hematopoyéticas, y se define como la disminución de al menos dos líneas de sangre periférica junto a hipocelularidad de <25% en la MO (1, 2), en ausencia de un infiltrado anormal o fibrosis medular; para clasificar la severidad se usan los criterios de Camitta; la mayoría de los casos en la gestación son idiopáticos y su asociación es infrecuente, fisiológicamente se postula que los linfocitos T citotóxicos con el interferón y el TNF inhiben la hematopoyesis. El trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas de MO presenta una supervivencia del 56-89% sin embargo, debido al riesgo de toxicidad para el feto está contraindicado (3, 4, 5, 6).

CASO CLÍNICO

Femenina de 24 años, referida de medio particular al HGZN con diagnóstico g2c1 embarazo de 25.6 semanas de gestación (sdg) por FUM más pancitopenia; con antecedente de cesárea hace 9 años de término por oligohidramnios, sin antecedentes personales oncológicos u hematológicos, aparentemente sana; embarazo actual cursó con infección de vías urinarias en el primer trimestre tratada con cefuroxima; a las 24 sdg inicia con malestar general, artralgias, disnea de medianos esfuerzos, pérdida de peso, petequias, gingivorragias, epistaxis; bioquímicos hb 5.2 g/dl, plt 2000/uL, WBC 2360/uL, neutrófilos 500/uL, linfocitos 1690/uL, hierro 221.9, se refiere al Hospital de la Mujer Puebla por no contar con servicio de hematología y medicina Materno fetal con diagnósticos diferenciales síndrome mielodisplásico vs leucemia aguda. Perfil TORCH: rubéola IGG (+) y CMV IGG (+), panel viral hepatitis C y B no reactivos, inmunofenotipo de MO con resultado negativo para células neoplásicas y translocación 15-17 no presente. Biopsia: aplasia medular con celularidad 2% depósitos de hemosiderina grado II (figura 1). Tratamiento con soporte transfusional, eritropoyetina 4000 UI, Filgastin 300 MCG, ácido fólico 5 mg por día.

Se decide interrupción del embarazo vía abdominal a las 35 sdg, por alto riesgo de complicaciones mediatas, así como iniciar tratamiento de anemia aplásica, bioquímicos previos a acto quirúrgico con hb 10.8 g/dl, WBC 1700/uL, plt 32000/uL; se obtiene RN peso 1920 grs Capurro 35.2 sdg, transfusión de 10 concentrados plaquetarios en el transoperatorio. Durante puerperio inmediato, se inicia Ciclosporina y Eltrombopag, con control bioquímico al mes hb 10.5 g/dl, WBC 2100u/L, plt 79000/uL con mejoría de síntomas, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

En nuestra paciente se decidió interrupción del embarazo vía abdominal por riesgo de complicaciones, en la literatura se ha reportado remisión de la anemia aplásica tras la resolución del embarazo, con una tasa de recaída del 20% (2). En pacientes con trombocitopenia inmune el agonista de receptor de trombopoyetina, eltrombopag, aumenta el conteo plaquetario, su riesgo en el embarazo asignado por la FDA es la categoría C. Suminaga y colegas (7) reportaron una respuesta hematológica en el 16% de pacientes con anemia aplásica, pese a iniciarse este medicamento en nuestra paciente tras la resolución del embarazo su cuadro anémico severo resolvió.

CONCLUSIÓN

La AA, es una condición con potencial resultado adverso perinatal y materno, el seguimiento por un equipo multidisciplinario a largo plazo es crucial para detectar complicaciones relacionadas con la enfermedad y su causa subyacente. El eltrombopag y el filgastin podría usarse en embarazadas sólo cuando sus beneficios superan sus riesgos potenciales, y su eficacia se establecerá con más registros que permita mejores estimaciones al tener mayor tamaño de muestra.

1. León, P., Lería, J., Cardemil, D., et al. (2018). Anemia medular adquirida y embarazo. Caso clínico. Revista Médica de Chile, 146(3), 399-402.
2. McEwan, K. E., Malinowski, A. K., et al. (2019). Aplastic anaemia in pregnancy - a single centre, North American Series. British Journal of Haematology, 184(3), 436-439.
3. Jaime-Pérez, J. C., González-Treviño, M., Gómez-Almaguer, D. Pregnancy-associated aplastic anemia: a case-based review. Expert Rev Hematol. 2021 Feb;14(2):175-184.
4. Sepúlveda, C., Vargas, S., et al. (2019). Anemia aplásica durante el embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 65(1), 83-86.
5. Hermans, B. C. M., Zanders, M. M., et al. (2019). Successful treatment of aplastic anaemia with cyclosporine during pregnancy. Netherlands Journal of Medicine, 77(3), 126-127.
6. Tabassum, S., Shah, F. A., O'Hare, R. (2022). Challenges in the management of pregnancy complicated by maternal Diamond Blackfan Anaemia: A case report. J Pak Med Assoc.; 72(2):357-359.
7. Suminaga, Y., Chigusa, Y., Kondo, T., et al. (2022). Aplastic Anemia Treated with Eltrombopag during Pregnancy: Case Reports in Obstetrics and Gynecology, 2022.
8. Idler, Jay & Patek, Kara & Patwardhan, Sanjay. (2018). Maternal and Fetal Outcomes in Pregnancies Affected by Aplastic Anemia: A Systematic Review [310]. Obstetrics & Gynecology. 131. 1715. 10.1097/01.AOG.0000533166.24446.84.
9. Alashkar, F., Safer, F. H., Vance, C., et al. (2020). Pregnancy in Classical Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria and Aplastic Anemia-Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria: A High-Risk Constellation. Frontiers in Medicine.
10. Park, M. (2022). Overview of inherited bone marrow failure syndromes. Blood research, 57(5), 49-54. <https://doi.org/10.5045/br.2022.2022012>

*Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital General Zona Norte
**Médico Residente segundo año, Ginecología y Obstetricia Hospital General Zona Norte
***Médico Residente segundo año, Ginecología y Obstetricia Hospital de la Mujer Puebla
****Médico Residente primer año, Ginecología y Obstetricia Hospital General Zona Norte