

ANEMIA APLÁSICA DURANTE EL EMBARAZO

REPORTE DE CASO

*Dr. Juan Joel Domínguez Rodríguez, ** Dr Guillermo de la Cruz Villalobos, *** Dra. Ana Fabianne Brambila Rodriguez,, ****Dr Gustavo Adolfo Lozoya Rodriguez ***** Dra. Tanya Jazmin Rivas Gomez

*Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, **Residente de Tercer Año de Ginecología y Obstetricia, ***Residente de Segundo Año de Ginecología y Obstetricia, **** Residente de Cuarto Año de Ginecología y Obstetricia *****Residente de primer Año de Materno Fetal

ANTECEDENTES

La anemia aplásica es una patología hematológica caracterizada por pancitopenia, con hipocelularidad de la médula ósea, en ausencia de un filtrado anormal o fibrosis medular. La causa mas frecuente es idiopática 70 % a 80%. Entre las causas adquiridas se encuentra infección, embarazo, medicamentos, quimioterapia. Existen aproximadamente 80 casos reportados en la literatura, donde la causa es el embarazo. El diagnóstico se realiza con al menos dos de los siguientes criterios:

1. Hemoglobina <10 g/dL
2. Conteo plaquetario menor a 50, 000.
3. Conteo de Neutrófilos <1,5 x 10⁹/L

OBJETIVO

Aunque es infrecuente la presencia de una anemia aplasica durante el embarazo, es una complicación grave que aumenta el riesgo de infección y hemorragia, aumentando la morbi-mortalidad materna; por tal motivo, se propone reportar un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años, G2 A1 en 2020. Alergica a la penicilina, Dengue 6 años previos. Antecedentes Ginecológicos: Menarca a los 15 años, ciclos regulares. Inicio de vida Sexual: a los 21 años, con 1 pareja sexual. Además de uso crónico de anticonceptivos de emergencia a base de levonogestrel en 2019 por un periodo de 3 meses aproximadamente con un estimado de 36 tabletas.

Inició dos semanas previas con cefalea, dolor retroauricular y mialgias así como sangrado transvaginal, estudios paraclínicos reportan hemoglobina 5.5 g/dL, hematocrito 15.9%, plaquetas 23 000/ mL y Neutrófilos 35%, se transfunden 3 concentrados plaquetarios y 1 concentrado eritrocitario, sin presentar mejoría.

El USG reporta un producto único pélvico con fcf de 145 lpm, con peso fetal estimado de 1990 gr, edad gestacional de 28.1 semanas. líquido amniótico de 3.5 por columna máxima.

Ingresa a terapia intensiva. Cursa con cifras tensionales de 149/95 mmHg en repetidas ocasiones por lo que se solicita cuantificación de proteínas en orina de 24 horas, la cual resultó de 1937 mg/24 hrs, se agrega diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad, se inicia manejo con nifedipino y se inicia esquema de maduración pulmonar con betametasona.

Como protocolo de pancitopenia se realiza biopsia medular donde reporta **Aplasia medular severa**, celularidad del 1%, ausencia de megacariocitos y mielofibrosis grado 0. (Figura 1)

El manejo 20 concentrados plaquetarios y 10 concentrado eritrocitario durante su estancia. Curso con las siguientes complicaciones: melena y amenaza de parto pretermino ambas remitidas.

A las 30.2 semanas de gestación se llevo su desembrarazo vía abdominal en tercer nivel obteniendo recién nacido masculino de 1950 gramos, apgar 6/8 de 31 semanas de gestación el cual pasa a cuidados intensivos neonatales y posteriormente se inició protocolo para trasplante de médula ósea.

LABORATORIOS DURANTE SU ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

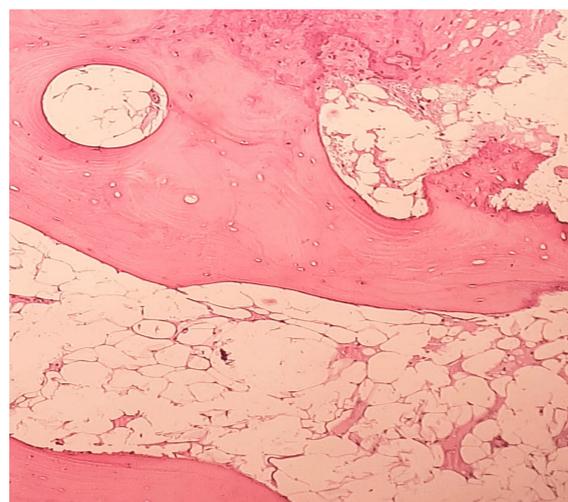
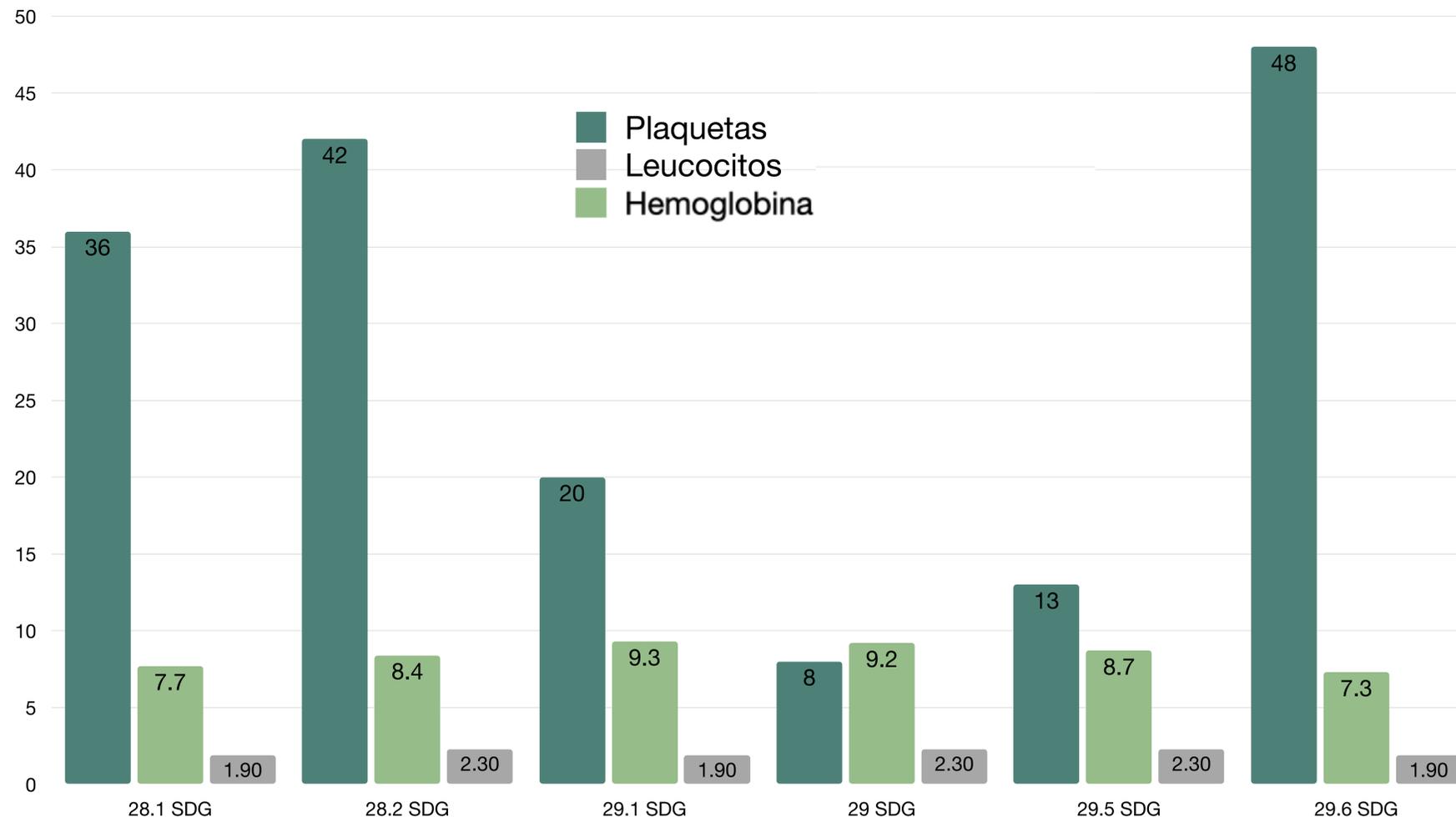


Figura 1. Biopsia de Médula Ósea

DISCUSIÓN

La anemia aplásica tiene 3 formas de presentación: la idiopática que es la más frecuente (70 % de los casos), las hereditarias que incluyen la anemia de Fanconi, la disqueratosis congénita y el síndrome de Schwachman y la forma adquirida que incluyen radiación, fármacos, infecciones, agentes químicos, collagenopatías, embarazo, entre otras. En esta paciente, se descartaron la presencia de alguna de estas formas hereditarias así como la exposición a fármacos como el cloranfenicol, o químicos como los pesticidas domésticos. La AA representa una rara complicación del embarazo, el número de casos referidos en la bibliografía no ha llegado a superar los 100 casos. Como dato importante la paciente tuvo una exposición excesiva de progestagenos previos al embarazo, se ha observado que durante la gestación existen grandes cantidades de estrógenos podrían suprimir la médula ósea, por lo que este desequilibrio hormonal pudiera ser la causa de anemia aplásica. El mayor riesgo en una mujer embarazada con anemia aplásica es representado por la hemorragia y la infección, donde el feto podría sufrir restricción del crecimiento y en algunos casos la muerte. No existe un manejo establecido en el embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez LC, Barros J, Ladrón de Guevara M. Anemia aplásica y embarazo. Salud Uninorte. 2007; 23 (1): 120-126
2. Scheinberg P, Wu CO, Núñez O, Young NS. Long-Term Outcome of Pediatric Patients with Severe Aplastic Anemia Treated with Antithymocyte Globulin and Cyclosporine. J Pediatr. 2008;153 (6):814-9
3. Ruiz HF. Anemia Aplásica. México: Universidad Juárez del Estado de Durango. 2009.
4. Bacigalupo A, Passweg J. Diagnosis and Treatment of Acquired Aplastic Anemia. Hematol Oncol Clin N Am. 2009; 23 (2) 159– 170.
5. Keskin A, Soysal S, Soysal M.E, POLAT a, Bolaman Z. Aplastic anemia and Pregnancy. Haema 2001;4(1):41-44.