

Trombocitemia esencial y embarazo

A. Román de la Peña, A. Rodríguez-Bújez, A. Martínez-Martín, I. González-Blanco, JA. Mínguez e I. Tarancón

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

SUMMARY

Essential thrombocythaemia is an uncommon myeloproliferative disorder with an elevated platelet count.

ET occurring in pregnancy has been reported to be complicated mainly by first trimester abortion, pre-term delivery, intrauterine growth retardation, placental abruption, and preeclampsia.

We present a clinical case of a woman with ET and placental abruption during her pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La trombocitemia esencial (TE) es un síndrome mieloproliferativo poco frecuente cuya característica principal es el recuento elevado de plaquetas.

Es un síndrome propio de la edad adulta pero que en los últimos años se diagnostica cada vez más en mujeres menores de 35 años. En estos casos, si coincide con la gestación, puede hacer que se complique gravemente. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de trombocitemia esencial que sufrió un desprendimiento prematuro de placenta en el curso de sus dos embarazos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años de edad diagnosticada de TE, siguiendo los criterios del Polycythemia Study Group¹ (tabla I), de 4 años de evolución. Permanece asintomática y no precisa tratamiento, salvo controles periódicos.

TABLA I. Criterios diagnósticos del Polycythemia Study Group para la trombocitemia esencial

- I. Recuento plaquetario > 600.000/ μ l
- II. Hematócrito < 40, o masa eritrocitaria normal
- III. Depósito de hierro en médula ósea o ferritina sérica o volumen corpuscular medio normales
- IV. Cromosoma Filadelfia negativo
- V. Ausencia de fibrosis colágena en MO
- VI. Ausencia de evidencia de signos mielodisplásicos
- VII. Descartar causas de trombocitemia reactiva

Entre los antecedentes obstétricos, tiene un embarazo anterior con el resultado de muerte fetal intraútero en la semana 28, debido a un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI).

Durante la gestación actual los controles habituales del embarazo son normales. Se realizó tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) y enoxaparina y la cifra de plaquetas desciende a medida que transcurren las semanas de gestación. Ingresó en la semana 33 por abdominalgia e hipertensión uterina. En la ecografía que se realiza al ingreso se observa que la biometría fetal es menor en 2 semanas que lo esperado por amenorrea y un oligoamnios moderado. La placenta se inserta en la cara posterior, maduración grado II de Grannum y se aprecia una imagen retroplacentaria sugestiva de desprendimiento. Se realizó una cesárea por sospecha de desprendimiento de la placenta y se obtuvo un feto varón de 1.400 g; el test de Apgar tuvo una puntuación de 6-8. Se constató un hematoma retroplacentario.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes diagnosticados de TE presentan síntomas vasomotores (eritromelalgia, cefalea, trastornos visuales). Menos frecuentemente, tienen trastornos hemorrágicos y trombóticos y, de forma excepcional, se produce la transformación hacia

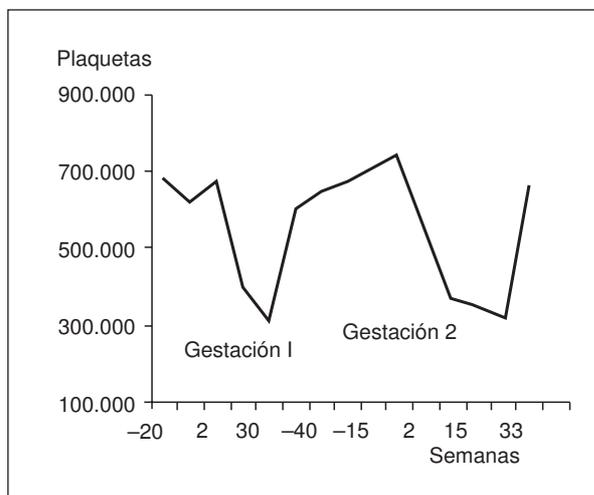


Fig. 1. Evolución de la cifra de plaquetas. Podemos comprobar en nuestra paciente cómo disminuye la cifra de plaquetas a medida que transcurren las semanas de embarazo para alcanzar las cifras iniciales inmediatamente después del parto.

otros síndromes mieloproliferativos. El 33% de los pacientes con trombocitemia esencial permanece completamente asintomático².

A pesar de que el 55% de las gestantes con TE lleguen a término, esta enfermedad puede afectar gravemente al curso del embarazo. La posibilidad de hemorragia o tromboembolia materna no constituye un riesgo real, aunque hay casos descritos en la bibliografía³.

La complicación obstétrica más frecuente es el aborto en el primer trimestre, que según algunas series alcanza el 35%. Debido a infartos placentarios, puede causar crecimiento intrauterino retardado (CIR), preeclampsia y DPPNI², como el caso que nos ocupa.

En cuanto a la evolución de la enfermedad durante la gestación, es característica la disminución de la cifra de plaquetas. Incluso existen casos descritos de remisión espontánea^{4,5} (fig. 1).

El mecanismo fisiopatológico de este fenómeno se desconoce. El aumento del volumen plasmático sólo justifica el descenso del 15-20% de los valores pregestacionales. Hay que buscar otras causas, que podemos encontrar en los cambios hormonales e inmunológicos que se producen durante el embarazo. Los estrógenos disminuyen la trombopoyesis y parece ser que hay un aumento de la producción de interferón, si bien no es significativo el incremento de éste en sangre materna^{4,5}.

En cuanto al tratamiento que podemos realizar, no existen series suficientemente amplias para establecer

una pauta de acción concreta. En mujeres asintomáticas, podemos realizar simplemente controles periódicos de la cifra de plaquetas.

Se pueden administrar antiagregantes plaquetarios (p. ej., heparina de bajo peso molecular) que disminuyen los fenómenos tromboembólicos placentarios⁶.

Existen casos publicados de pacientes a las que se trató con interferón alfa⁷ sin que hubiera malformaciones congénitas asociadas, puesto que éste no atraviesa la barrera placentaria. Por último, hay que evitar la hidroxiurea por su efecto teratogénico.

La TE puede complicar gravemente el curso del embarazo cuando coincide con éste. La hemorragia y la tromboembolia maternas son excepcionales, aunque hay casos descritos en la bibliografía.

Es característico el descenso del recuento plaquetario durante el embarazo, pudiendo llegar en algunos casos hasta la remisión completa.

Se precisan series lo suficientemente amplias como para establecer una pauta de tratamiento concreto.

RESUMEN

La trombocitemia esencial (TE) es un síndrome mieloproliferativo poco frecuente, que cursa con recuento elevado de la cifra de plaquetas.

Las principales complicaciones de la TE durante el embarazo son el aborto en el primer trimestre, el parto pretérmino, el rechazo del crecimiento intraútero, el *abruptio placentae* y la preeclampsia.

Presentamos el caso de una paciente con TE y desprendimiento prematuro de placenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nimer SD. Essential thrombocytemia: another heterogeneous disease better understood. *Blood* 1999; 2: 415-416.
2. Tefferi A. Risk-based management in essential thrombocytemia. *Hematology* 1999; 172-179.
3. Gracia A, González C, Funes C, López F. Trombocitemia esencial y embarazo. *Sangre* 1998; 5: 465.
4. Martínez S, Carmona F, Coll O, Cararach V. Remisión espontánea de la trombocitemia esencial durante la gestación. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 158-159.
5. Samuelsson J, Swolin B. Spontaneous remission during two pregnancies in a patient with essential thrombocythaemia. *Leuk Lymph* 1997; 25: 597-600.
6. Bangert M, Güthner C, Beneke H, Hildebrand A, Grünwald M, Griesshammer M. Pregnancy in essential thrombocythaemia: treatment and outcome of 17 pregnancies. *Eur J Haematol* 2000; 65: 165-169.
7. Delage R, Demers C, Cantin G, Roy J. Treatment of essential thrombocythemia during pregnancy with interferon- α . *Obstet Gynecol* 1996; 5: 814-