

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA Y GESTACIÓN

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Lutgardo García Díaz Guillermo Antiñolo Gil	Pedro J Sánchez Sánchez M Setefilla López Criado	12/102023
		Fecha revisión 16/10/2023

1. INTRODUCCIÓN.

La cifra de plaquetas considerada como normal en la mujer gestante es superior a $150 \times 10^9 /L$. De forma fisiológica y conforme avanza la gestación, es habitual que el recuento plaquetario disminuya ligeramente, encontrándose en la mayoría de los casos dentro de los valores normales. La trombocitopenia durante el embarazo es causada, habitualmente, por el aumento de la destrucción de plaquetas, aunque en el proceso diagnóstico debe considerarse el grupo de trombocitopenias causadas por la disminución en su producción.

Ante una trombocitopenia durante el embarazo, en el diagnóstico diferencial debemos excluir la causa más frecuente, Trombocitopenia Gestacional, y otras causas como el síndrome HELLP, la Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI), las trombocitopenias secundarias (en el contexto de Lupus Eritematoso Sistémico, Infecciones o fármacos) y otras enfermedades sistémicas como el Síndrome Hemolítico Urémico o la Coagulación Intravascular Diseminada.

2. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA

La **Púrpura Trombocitopénica Inmunitaria o Idiopática (PTI)** afecta al 1 de cada 1000-10000 gestaciones y supone el 5% de todas las trombocitopenias y es la causa más frecuente de trombopenia en el primer trimestre. La PTI primaria es un trastorno inmunológico mediado por autoanticuerpos Ig G que causa trombopenia en ausencia de otras causas de trombocitopenia. Se caracteriza por la presencia de cifras

de plaquetas menores a $100 \times 10^9/L$ en ausencia de otras patologías. El diagnóstico de PTI primaria es, típicamente, de exclusión.

La PTI secundaria es aquel trastorno inmunológico que causa trombopenia secundaria a toma de fármacos o a otra enfermedad (Lupus, VIH, etc).

Según la evolución cronológica, la PTI que se prolonga más allá de tres meses desde el diagnóstico la consideramos persistente, y la denominaremos crónica si el cuadro dura más de 12 meses.

Es importante tener en cuenta que los anticuerpos antiplaquetarios (Ig G) pueden atravesar la placenta y provocar trombopenia fetal. Hasta un 25% de los hijos de madres con PTI tienen recuentos plaquetarios neonatales menores a $150 \times 10^9/L$. No se ha encontrado una relación clara entre cifras de plaquetas maternas y recuentos fetales. Si bien el riesgo de trombopenia neonatal es mayor (10-15%) cuando el recuento materno es menor a $20 \times 10^9/L$, las complicaciones hemorrágicas graves en fetos de madres con PTI son poco frecuentes (<1%) e impredecibles.

3. PTI DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el protocolo de estudio de una plaquetopenia en el embarazo debe realizarse:

- Anamnesis completa dirigida a valorar episodios de sangrado activo, petequias o hematomas. Es importante preguntar por consumo de fármacos.
- Hemograma completo, estudio de coagulación y bioquímica con perfil hepático.
- Recuento diferencial de plaquetas
- Control de tensión arterial y descartar proteinuria.
- Determinar anticuerpos antifosfolípidos y antinucleares.
- Serología: VIH y VHC.

Como se ha dicho, el diagnóstico de PTI es de exclusión. Por tanto, deben descartarse otras entidades como:

- Trombocitopenia gestacional: Suele aparecer en el tercer trimestre y se caracteriza por trombocitopenia leve asintomática (recuentos $>70 \times 10^9/L$, habitualmente entre $130 \times 10^9/L$ y

150 x10⁹ /L).

- Preeclampsia y Síndrome HELLP.
- Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) y Sd. Hemolítico-Urémico (SHU).
- Trombocitopenia inducida por Heparina.
- Trombocitopenia inmune inducida por fármacos.
- Síndrome Antifosfolípido.

4. SEGUIMIENTO DURANTE LA GESTACIÓN

Controles:

En cada visita es preciso preguntar por la presencia de episodios de sangrado (epistaxis, gingivorragia, petequias, etc). El recuento plaquetario se debe monitorizar y solicitar, al menos, mensualmente. Se solicitará con frecuencia mayor, individualizando el control, en aquellos casos de recuentos excesivamente bajos.

Indicación de tratamiento:

El objetivo del tratamiento no es normalizar el recuento plaquetario, sino prevenir el sangrado.

Los criterios de tratamiento materno son los siguientes:

- Recuentos plaquetarios menores 30 x10⁹/L.
- Clínica de sangrado.
- Al final del embarazo, ante cifras menores a 75 x10⁹/L y necesidad de analgesia epidural.

Opciones de tratamiento:

- Prednisona (0,25-1 mg/kg/día, ajustado a peso pregestacional): Es el tratamiento de primera elección. La respuesta a la Prednisona ocurre entre 4-14 días con un pico máximo a los 7-28 días.

- Dexametasona (Fortecortin® ampollas de 40 mg) a dosis de 40mg/día, durante 4 días y luego se procederá a reducir progresivamente la dosis. La respuesta a la Dexametasona ocurre entre 2-14 días con un pico máximo a los 4-28 días.
- Inmunoglobulinas Intravenosas (0,5-2g/kg en dosis divididas de 2 a 5 días, máximo 1g/kg/24 h): es preferible en aquellos casos de necesitar un incremento rápido del recuento plaquetario o si no ha habido respuesta a corticoides. La respuesta a la IgIV ocurre entre 1-3 días con un pico máximo a los 3-7 días.
- Esplenectomía: En ausencia de respuesta a los anteriores se puede plantear. Suele realizarse en el segundo trimestre para disminuir el riesgo de parto prematuro.
- Transfusión de plaquetas: Solo en el contexto de manejo de una hemorragia aguda o ante la necesidad de realizar una cirugía mayor urgente.
- Otras opciones: Agentes citotóxicos (Ciclofosfamida) o Inmunosupresores (Azatioprina o Rituximab) son de segunda línea por sus potenciales efectos adversos.

Valoración del riesgo fetal:

La forma de detectar una plaquetopenia fetal es mediante recuento directo en sangre fetal obtenida por cordocentesis. La cordocentesis tiene riesgos de sangrado especialmente si existe plaquetopenia. Solamente existe indicación de cordocentesis en casos de gestantes con antecedente de un feto afecto de trombopenia al nacimiento. En ese caso debe valorarse la posibilidad de realizar cordocentesis a partir de la semana 37 para recuento plaquetario fetal y valorar la conducta obstétrica.

Valoración neonatal

Hasta el 10% de los recién nacidos tienen conteo plaquetario menor de 50,000 y de 1-4% menor de 20,000/L. El nadir de descenso plaquetario ocurre al día 3 o 5 después del término del embarazo.

Todos los neonatos deben ser cribados con muestra de cordón umbilical y deben monitorearse cada 2 a 3 días hasta que se consideren estables. Si el conteo plaquetario es menor de 20.000 se sugiere

inmunoglobulina intravenosa y ultrasonido transfontanelar. En estos casos puede considerarse la administración de esteroides.

5. PARTO Y POSPARTO

Anestesia:

No hay consenso en la cifra de plaquetas aceptable para poder realizar anestesia neuroaxial. No obstante, se considera que el riesgo de hematoma epidural es excepcional en pacientes con recuentos plaquetarios superiores a $70 \times 10^9/L$. La mayoría de los centros utilizan ese umbral para decidir si es seguro ofrecer anestesia neuroaxial. Ante recuentos inferiores a $70 \times 10^9/L$, la indicación debe ser individualizada por el equipo de anestesia.

Vía del parto:

Recuentos plaquetarios superiores a $50 \times 10^9/L$, se consideran seguros de cara al riesgo de hemorragia materna durante el parto, con independencia de la vía del mismo.

Debe indicarse Transfusión de Plaquetas durante el parto en:

- Recuentos menores a $20 \times 10^9/L$ en parto vaginal (durante el expulsivo)
- Recuentos menores a $50 \times 10^9/L$ en cesárea (durante la inducción anestésica).

Se indicará cesárea por interés fetal en casos en los que hayamos detectado un recuento fetal de plaquetas por cordocentesis menores a $50 \times 10^9/L$.

Instrumentación del parto:

Como norma general se recomienda que el parto sea lo menos traumático posible y, por tanto, la presencia de una PTI materna supone una contraindicación relativa para la instrumentación del parto. En caso de ser necesario instrumentar se recomienda evitar el uso de ventosa o de fórceps rotador.

Recomendaciones para el postparto:

Está indicado administrar Acido Tranexámico tras el expulsivo.

Debe realizarse toma de sangre de cordón para recuento de plaquetas fetales.

Se recomienda evitar el uso de AINEs como analgésico en el postparto.

BIBLIOGRAFIA

- Pishko AM, Marshall AL. Thrombocytopenia in pregnancy. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2022 Dec 9;2022(1):303-311. doi: 10.1182/hematology.2022000375. PMID: 36485110; PMCID: PMC9820693.
- Cines DB, Levine LD. Thrombocytopenia in pregnancy. Blood. 2017 Nov 23;130(21):2271-2277. doi: 10.1182/blood-2017-05-781971. Epub 2017 Jun 21. PMID: 28637667; PMCID: PMC5701522.
- (2019). ACOG Practice Bulletin No. 207 Summary: Thrombocytopenia in Pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 133, 589-591. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003101> ACOG Practice Bulletin No. 207 Summary: Thrombocytopenia in Pregnancy. (2019). Obstetrics & Gynecology, 133, 589-591. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003101>