



Pediatría

<http://www.revistapediatria.org/>
DOI: <https://doi.org/10.14295/p.v52i3.123>



Original

Púrpura trombocitopénica crónica materna, efectos en el recién nacido

Doris Bula Anichiarico^a, Laura Payares Salamanca^b, William Bárcenas Narvárez^c

^a *Pediatra. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia*

^b *Residente Pediatría III año. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia*

^c *Hematólogo Oncólogo Pediatra. Docente Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de enero de 2019

Aceptado el 13 Enero 2020

Palabras clave:

púrpura

trombocitopenia

trombocitopenia autoinmune

inmunoglobulina humana.

Keywords:

purple

thrombocytopenia

thrombocytopenic purple

thrombocytopenic autoimmune

human immunoglobulin

R E S U M E N

La evaluación y el manejo de la trombocitopenia neonatal es un desafío frecuente. Ocurre en menos del 1 % de los recién nacidos, pero es uno de los problemas hematológicos más comunes en el grupo de edad neonatal. La trombocitopenia autoinmune es una de las causas. Presentamos en este artículo un caso poco frecuente, en el cual hubo asociación embarazo y Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) crónica. Lo que indica que se debe evaluar, en forma integral, el binomio madre e hijo

Resumen del caso: recién nacido femenino, quien desarrolló trombocitopenia autoinmune luego del nacimiento. La madre tenía antecedente de (PTI) crónica. Paciente recibió inmunoglobulina anti D sin respuesta; luego, con inmunoglobulina humana intravenosa durante cinco días consecutivos, la cifra de plaquetas aumentó a valores normales. No presentó secuelas neurológicas.

Conclusiones: el personal médico debe tener presente que la causa de trombocitopenia neonatal es multifactorial.

Maternal chronic thrombocytopenic purpura, effects on the newborn

A B S T R A C T

The evaluation and management of neonatal thrombocytopenia is a frequent challenge. It occurs in less than 1 % of newborns, but it is one of the most common hematological problems in the neonatal age group. Autoimmune thrombocytopenia is one of the causes. We present a rare case, where there was association with pregnancy and chronic ITP. Which indicates that the mother and son binomial should be evaluated in an integral way.

Case summary: female newborn, who developed autoimmune thrombocytopenia after birth. The mother had a history of chronic idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). Patient received Anti D immunoglobulin, without response, and then with intravenous human immunoglobulin for five consecutive days, the platelet count rose to normal. There were no neurological sequelae.

Conclusions: the medical staff should keep in mind that the cause of neonatal thrombocytopenia is multifactorial.

*Autor para correspondencia. Doris Bula Anichiarico

Correo electrónico: danichiarico@uninorte.edu.co

Introducción

La trombocitopenia se define como un recuento de plaquetas menor de 150 000 μl . Se presenta en menos del 1 % de los recién nacidos, pero es uno de los problemas hematológicos más comunes en el grupo de edad neonatal. Por lo general, el sangrado solo se observa si el conteo de plaquetas cae debajo de 50 000 μl (1).

Las causas de la trombocitopenia en neonatos son diversas. Entre las que incluyen: trastornos inmunes, heredados y adquiridos, por lo que su evaluación es desafiante.

Presentación del caso

Madre de 18 años, primera gestación, con antecedente personal de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) crónica diagnosticada desde los 13 años de edad; en manejo con prednisona 20 mg cada 12 horas y conteo de plaquetas habitual de 30 000-50 000 μl . Durante el embarazo presentó dos hospitalizaciones por amenaza de parto pretérmino a los cuatro meses asociado a PTI y a los siete meses por infección urinaria.

La paciente ingresa a urgencias con datos de amniorrea y trabajo de parto en fase latente. Paraclínicos de ingreso evidencian leucocitosis, PCR positiva en 24 mg/dl y recuento de plaquetas en 20 000 μl . Por antecedentes asociado a corioamnionitis se traslada a la Unidad de cuidado intensivo (UCI) donde indican ácido tranexámico, transfusión de plaquetas, medicación con clindamicina y gentamicina e interrumpen el embarazo por vía abdominal.

Se obtiene producto de sexo masculino, 36 semanas por Ballard, vigoroso, APGAR al minuto de 8/10, peso 2530 gramos, talla: 49 cm, perímetro cefálico 33 cm, sin malformaciones externas aparentes. Ingres a UCI neonatal en contexto de sepsis neonatal temprana (madre con corioamnionitis) y se indica manejo con ampicilina y gentamicina por cinco días.

Biometría hemática a las 10 horas de vida, hemoglobina 12 g/dl, hematocrito 36,1 %, leucocitos 9,100/mm³, neutrófilos totales 2,093/mm³, bandas 0, plaquetas 37 000 μl . Macroplaquetas en sangre periférica, tiempos de coagulación y fibrinógeno normales. Al examen físico se evidencian petequias, equimosis, sangrado en sitios de venopunción, por lo que se indica transfusión de plaquetas.

Se inicia manejo con prednisona en dosis de 2 mg/kg/dosis; sin embargo, el recuento control de plaquetas es de 30 000 μl . Se considera indicar manejo con inmunoglobulina anti D única dosis 65 mg/kg/dosis, con un recuento plaquetario control en 19 300 μl . Por lo anterior, se indica inmunoglobulina humana intravenosa (IgIV), a 500 mg/kg/dosis cada 24 horas durante cinco días consecutivos asociado a dexametasona 2,5 mg/kg/día por tres días. 48 horas después la cifra de plaquetas se incrementó a 50 000 μl .; a los cinco días de tratamiento aumentó a 113 000 μl . Función renal conservada. En seguimiento neurológico sin complicaciones.

Discusión

La evaluación y el manejo de la trombocitopenia son un desafío frecuente, ya que afecta al 22-35 % de los ingresados en las unidades de cuidados intensivos neonatales (2). Las causas son amplias y para determinar el diagnóstico el médico debe considerar la salud de la madre, la edad gestacional, complicaciones, estado clínico actual del recién nacido y la gravedad de la trombocitopenia.

La mayoría de los casos de trombocitopenia neonatal son de leves a moderados y no justifican la intervención. La trombocitopenia neonatal severa (recuento de plaquetas <50 000 μl), es poco común en la población general de recién nacidos sanos, con una incidencia informada entre 0,14 y 0,24 %, asociándose con implicaciones clínicas significativas tales como hemorragia intracraneal (HIC) y hemorragia pulmonar o gastrointestinal (3).

La trombocitopenia que ocurre en las primeras 72 horas de vida típicamente se asocia a infecciones adquiridas por vía perinatal (Citomegalovirus, Streptococcus del grupo B, entre otros) (1) y la hipoxia perinatal severa. Las infecciones o complicaciones adquiridas después del nacimiento, como Enterocolitis necrotizante (NEC), conllevan a la trombocitopenia después de las 72 horas (5-7).

Aunque los recién nacidos a término también pueden tener trombocitopenia por todas las razones mencionadas anteriormente, la trombocitopenia autoinmune neonatal debe ser considerada. A diferencia de la aloinmune esta es causada por el paso de anticuerpos maternos que reaccionan con las plaquetas tanto maternas como en el recién nacido, viéndose ambos afectados (4). Se observa en madres con trastornos autoinmunes tales como púrpura trombocitopénica inmune o el lupus eritematoso sistémico. Ocurre en 1 a 2: 1000 embarazos. Es importante resaltar que la historia materna no siempre es positiva, ya que hay madres trombocitopénicas que serían asintomáticas y, por lo tanto, desconocen su propio trastorno.

Serán factores de riesgo la esplenectomía materna, el recuento de plaquetas de la madre inferior a 50 000 μl en cualquier momento durante el embarazo y un hermano mayor con antecedente de trombocitopenia neonatal (8).

Todos los recién nacidos de madres con enfermedades autoinmunes deben tener un conteo de plaquetas determinado al nacer. Por lo general resulta leve, los afectados la mayoría de veces son sanos. Como en el caso de nuestro paciente, los signos clínicos de trombocitopenia de moderada a grave incluyen petequias, hematomas y hemorragias.

El nadir generalmente ocurre entre los dos y cinco días de edad. Por lo tanto, los bebés afectados deben ser monitoreados de cerca. La atención debe ser individualizada, en algunas revisiones obtienen un recuento de plaquetas diario y con mayor frecuencia si existen preocupaciones clínicas por hemorragia o con recuento por debajo de 50 000 μl .6

Se administra una transfusión de plaquetas a los bebés con trombocitopenia muy grave o hemorragia clínica. Estas deben ser irradiadas. Sin embargo, las transfusiones pueden no ser tan efectivas porque los autoanticuerpos normalmente reaccionarán con todas las plaquetas de los donantes, incluidas las de la madre (9).

La metilprednisolona intravenosa (IV) (1 mg cada ocho horas durante uno a tres días) ha sido utilizada por algunos como una terapia adyuvante; sin embargo, faltan estudios sobre su eficacia. Se debe realizar una ecografía craneal en cualquier niño afectado con un recuento de plaquetas <50 000 μ l. Si hay evidencia de hemorragia intracraneal debe mantenerse un recuento de plaquetas por encima de 100 000 μ l. En los casos de trombocitopenia severa se recomienda el tratamiento con IgIV. La respuesta es rápida, de tres a cinco días. Ocasionalmente, se requiere una segunda dosis de IgIV a las cuatro a seis semanas después del nacimiento. Serán dados de alta, con un seguimiento ambulatorio adecuado, si el bebé está asintomático una vez que el recuento de plaquetas es estable, no disminuye y por encima 30 000 μ l (8).

Conclusiones

El personal médico debe tener en mente que la causa de trombocitopenia neonatal es multifactorial. Por ello, es importante tener en cuenta el tiempo de la trombocitopenia, historia prenatal y materna, severidad de la trombocitopenia y la salud general del lactante.

Aunque la infección es la razón más común para la aparición temprana de trombocitopenia neonatal en bebés enfermos, deben considerarse causas inmunes (trombocitopenia aloinmune/autoinmune neonatal) en niños sanos. Los mecanismos que subyacen a la trombocitopenia en un neonato suelen tardar varias semanas en resolverse y deben ser seguidos por un pediatra.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros docentes Maria Elena Venegas y Nesly Lorena Velandia.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Monrrone K. Thrombocytopenia in the Newborn. *NeoReviews*. 2018;19(1).
2. Fernandez K. Neonatal Thrombocytopenia. *NeoReviews*. 2013;14(2).
3. Holzhauer S. Diagnosis and management of neonatal thrombocytopenia. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2011;16: 305- 310.
4. Provan D. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood*. 2010;115(2):168.
5. Carr R et al. Neonatal thrombocytopenia and platelet transfusion-a UK perspective. *Neonatology*. 2015;107:1.
6. New HV, Berryman J, Bolton-Maggs PH, et al. Guidelines on transfusion for fetuses, neonates and older children. *Br J Haematol*. 2016;175:784.
7. Del Vecchio A. Evaluation and management of thrombocytopenic neonates in the intensive care unit. *Early Human Development*. 2014; 90S2: S51-S55.
8. Yurdakök M. Immune thrombocytopenia in the newborn. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 2017;6(1).
9. Cremer M et al. Thrombocytopenia and platelet transfusion in the neonate. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2016;21:10e18.