

## ACTUALIDAD

*Alumnos y Alumnas de V año de la asignatura  
de Clínica Gineco-Obstetricia I \**

# ANEMIA APLÁSICA EN EL EMBARAZO

## Reporte de un caso:

**Resumen:** Se presenta el caso de una mujer con anemia aplásica cursando el tercer trimestre de embarazo; diagnosticada y manejada en el Hospital Materno-Infantil de Tegucigalpa. El motivo de ingreso fue palidez generalizada y gingivorragia. Su diagnóstico se basó en la historia clínica, examen físico, hemogramas realizados en sus controles prenatales y biopsia de médula ósea (No 629-02 del 24-02-02). La anemia aplásica es una pancitopenia periférica junto a una médula ósea pobremente celular. En el embarazo es usualmente rara. El tratamiento consiste en un soporte hematológico materno con productos sanguíneos y uso de esteroides. La evolución hasta la terminación del embarazo del caso clínico fue excelente.

**Palabras claves:**  
*Anemia aplásica, Pancitopenia, Anemia Gestacional.*

## INTRODUCCIÓN

El embarazo de una paciente con anemia aplásica es una condición rara, registrándose en la literatura mundial menos de un centenar de casos, la mayoría de los cuales proviene de Japón (1)(2), con una morbilidad y mortalidad materno-fetal significativa. La anemia aplásica fue descrita por primera vez por Ehrlich en 1888 (3)(4), se caracteriza por pancitopenia periférica junto a una médula ósea pobremente celular,

comprobada por biopsia, y con cambios degenerativos grasos, debido a insuficiencia de la célula madre totipotencial. Las pacientes embarazadas con anemia aplásica pueden ser divididas en dos grupos: aquellas que desarrollan la enfermedad en el curso del embarazo y las que padecían la entidad previamente, teniendo mejor pronóstico estas últimas ya que pueden someterse al trasplante de médula ósea y desarrollar posteriormente embarazos normales (5). No se ha

\*Tercera Rotación, 2002

encontrado relación entre la edad gestacional y el apareamiento de la anemia aplásica, siendo característico que en uno de cada tres casos la culminación del embarazo esté asociado con la remisión de la aplasia (6)(7).

Los mecanismos causantes de esta enfermedad durante el embarazo son inciertos, pero en modelos animales se ha encontrado que las altas dosis de estrógenos se asocian a la supresión de la médula ósea

Se supone que algunas mujeres frente al estrés que representa el embarazo, muestran una respuesta inadecuada, presentando un desequilibrio entre la eritropoyetina, el lactógeno placentario y los estrógenos, con hiperproducción de interferón gamma que suprime la médula ósea.(8).

La médula ósea muestra severa depresión en las células hematopoyéticas progenitoras incluyendo los mieloides, eritroides pluripotenciales y megacariocitos, pudiendo ser reemplazada por tejido graso.

Las alteraciones de la **Serie Plaquetaria** originan las manifestaciones más frecuentes características como hematomas, petequias, equimosis gingivorragias, y sangrados vaginales, digestivos o del Sistema Nervioso Central. Las alteraciones en la **Serie Roja** producen palidez, astenia, adinamia, cansancio, mareos, taquicardia e hipotensión arterial. La deficiencia en la **Serie Blanca** resulta en la predisposición y gravedad de las infecciones.

A medida que avanza la edad gestacional, y de no existir un tratamiento oportuno se agravan los síntomas. El tratamiento de elección es el trasplante de médula ósea, pero debido a que es necesario una terapia inmunosupresiva antes del trasplante, lo cual es perjudicial para el feto, no se realiza durante el embarazo, por lo que en cambio se administra un tratamiento de sostén. (9).

En muchos casos, el tratamiento con dosis altas de prednisona intravenosa, inmunoglobulinas y múltiples transfusiones de glóbulos rojos empacados y plaquetas resultan en un producto exitoso. Los corticoides a altas dosis, así como andrógenos presentan problemas de virilización para la madre y los fetos femeninos (seudohermafroditismo). El danazol es un ejemplo de

estos medicamentos esteroideos. Las transfusiones deben ser mantenidas a un mínimo antes del parto para evitar sensibilización y rechazo, resultando ser más efectivas cuando estas provienen de familiares de la paciente. La administración de tres a cuatro unidades resulta más efectiva cuando son plaquetas HLA-compatibles (1,8). Durante el embarazo es necesario administrar hierro y ácido fólico complementando una dieta adecuada y reposo relativo (1). Ninguno de los agentes eritropoyéticos empleados han mostrado eficacia absoluta.

La decisión de terminar el embarazo todavía se mantiene controversial, sin embargo muchos autores sugieren este método temprano en el embarazo ya que esto puede estar seguido de una mejoría hematológica (1). Este soporte hematológico está acompañado de un monitoreo fetal que incluye non-stres test dos veces por semana en conjunto con evaluaciones sonográficas secuenciales del embarazo. Algunos autores le suman a lo anterior, la ausencia de internación hospitalaria para disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales potencialmente mortales (2).

Para determinar la vía final del parto en un paciente con anemia aplásica se debe evaluar el estado hematológico de la paciente y condiciones del feto y la presencia de infecciones en la paciente. La decisión de la vía final del parto continúa siendo controversial, ya que algunos autores prefieren el parto vaginal espontáneo y otros optan por la terminación temprana del embarazo, ya sea por cesárea o por parto inducido. Cualquiera que sea la vía de finalización del embarazo se debe estabilizar a la paciente hematológicamente, teniendo los valores mínimos de plaquetas a 20,000/ml y hemoglobina 11.5-12.5 G/dl, también se debe hacer uso de antibióticos profilácticos para evitar cualquier riesgo de infección.

En la revisión bibliográfica realizada se reportan solamente 2 casos por vía vaginal (2,13) y 11 casos por vía cesárea. (1,3,5,9). Cuando se considera una cesárea se hace tomando en cuenta: historia de cesárea previa, presentación anormal del feto, feto macrosómico, placenta previa, sufrimiento fetal agudo, empeoramiento de las condiciones maternas antes de que el embarazo llegue a término, nuliparidad, evitar trabajo de parto prolongado o necesidad de la realización posterior de una histerectomía para evitar



cidos esencialmente por la ausencia total o parcial de las células madre hematopoyéticas que originan las tres series hematológicas en la médula ósea (serie roja, serie blanca y serie plaquetaria). La exposición a químicos y a drogas se ha citado como el precursor más frecuente de anemia aplásica y aunque no podemos establecer una relación directa, la paciente se expuso a químicos. Además, el embarazo en sí mismo es otro factor condicionante (13), así como factores virales y otros.

La incidencia de la anemia aplásica en el embarazo es tan rara que plantea dificultades en cuanto a su manejo óptimo. Las bases del tratamiento consisten en soporte hematológico materno con productos sanguíneos de acuerdo a la condición de la madre y cuando sea necesario, como se hizo con la paciente (14).

No se ha encontrado relación entre la edad gestacional y el apareamiento de la anemia aplásica, pero a medida que avanza la edad gestacional se agravan los síntomas de no haber un tratamiento oportuno. El tratamiento médico brindado a la paciente resultó en un parto exitoso e incluyó administración periódica de plaquetas, hierro, ácido fólico, así como, danazol el cual presenta problemas de virilización para la madre y de pseudo hermafroditismo para fetos femeninos (15) como ocurrió en éste caso. El soporte hematológico fue acompañado de monitoreo fetal dos veces por semana y evaluaciones ultrasonográficas secuenciales, sin embargo no se detectó la microcefalia del producto. No hubo problemas de sensibilización por transfusión a pesar de las más de 100 unidades de plaquetas administradas antes del parto, recomendando la literatura que deben ser mantenidos al mínimo posible antes del parto para evitar el problema de sensibilización (1),(8). La decisión de considerar el parto vaginal se basó en que se trata de un embarazo a término con un producto cefálico en condición estable y sin sufrimiento fetal y además por la menor susceptibilidad a infecciones y hemorragias. Debió mantenerse en todo caso a la paciente estabilizada hematológicamente con valores mínimos de plaquetas de 20.000 por microlitros y una hemoglobina de 11.5 a 12.5 gramos por decilitros y también debió hacerse uso de antibióticos profilácticos para evitar cualquier riesgo de infección.

## CONCLUSIONES

La anemia aplásica es la causa más común de pancitopenia en la adolescente y adulta joven. Su incidencia en el embarazo es rara y la mortalidad materno neonatal es mayor de 70%. Por definición las células hematopoyéticas ocupan menos del 25% de la médula ósea. Su pronóstico es determinado por el grado de depresión de las células sanguíneas. El caso presentado es uno de los pocos a nivel mundial que han sido reportados y manejado exitosamente por vía vaginal. La paciente deberá recibir trasplante de médula ósea y/o tratamiento inmunodepresor para evitar su deterioro rápido por infección y hemorragia.

## Autores

*Alumnos y Alumnas de V año de la asignatura de Clínica Gineco-Obstetricia I*

Enrique Cartagena Duarte  
Alba Zelaya Espinal  
Gladis Azucena Gutiérrez Lagos  
Gladis Maritza Castro Ríos  
Karen Barahona Corleto  
Franklin Díaz Rojas  
Delhi Ochoa Gadiel  
Oscar Josué Elvir Lagos  
Ángel Alid Padilla Fonseca  
Carlos Núñez Mejía  
Javier Pastrana Álvarez  
Edgardo Ramírez Fonseca  
Edy Salinas Ortega  
José Rostran Aguilar  
Ivon Monserrat Guzmán  
Sandra Reyes Murillo  
Fredy Guillen Lobo  
Rosibel Meza Cabrera  
Marlon Núñez Ponce  
Rubén Zepeda Valladares  
Carla Cerritos Gómez  
Gracia Sánchez Barrientos  
Aristides Castillo García  
Jorge Arturo Plata  
Flor de Maria Flores Vázquez  
Adalberto Mejía Escoto  
Juan Ramón Rivera Rápalo  
Maria Cruz Hernández  
Lourdes Ortíz Flores  
Miguel Romero Pineda  
Cristy Sierra López





## LIBRERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Facultad de Ciencias Médicas

### Referencias y materiales disponibles para la venta

1. *Administración en Enfermería 2ª. Ed. Arndt/Huckabay*
2. *Administración en Servicios de Enfermería, 3ª ed. Balderas*
3. *Anatomía Humana, Rouvière Vol I 10 ed. 2000*
4. *Anatomía Humana, Rouvière Vol II 10 ed. 2000*
5. *Anatomía Humana, Rouvière Vol III 10 ed. 2000*
6. *\*\*\* Anatomía Humana, Rouvière Vol (3) 10 ed. 2000*
7. *Anatomía con orientacion clinica, Moore 4ª. Ed. 2001*
8. *Atlas de Histología, Geneser 1ª. Ed. 1997*
9. *Atlas de Anatomía, Rohen Yokochi 5ª. Ed. 2002*
10. *Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Hardman 10ª.*
11. *Patología Bucal 4ª. Ed. Shafer 1986*
12. *Fresas dentales-carburo (5 fresas) Iyer*
13. *Fresas dentales-carburo (5 fresas)*
14. *Fresas dentales-diamante (10 fresas)*
15. *Cuidados intensivos en el adulto, Alspach 5ª. Ed. 2000*
16. *\*Cardiología, centro cardiovascular, 6ª ed. 2002*