

ENFERMEDAD HEMOLÍTICA FETAL, EVOLUCIÓN POSTNATAL

S.Jiménez Díaz, I.Escudero Borrego, B.Orozco Carratalá, J.López Molina, M.I Hernández Ros, C.Mártinez Real, A.Martínez-Espejo, S. Corbalán

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad hemolítica del feto (EHF) y del recién nacido ocurre cuando los hematíes son destruidos por aloanticuerpos eritrocitos maternos, lo que provoca anemia e hidrops fetal e hiperbilirrubinemia en el recién nacido (1). La evaluación por ultrasonido Doppler de la velocidad sistólica máxima de la arteria cerebral media (ACM) fetal ha sido un gran avance en la detección no invasiva de la anemia fetal, y en ella nos basamos para indicar la transfusión intrauterina (2). La atención posnatal consiste en fototerapia intensiva y exanguinotransfusiones para tratar la hiperbilirrubinemia grave y transfusiones complementarias para tratar la anemia temprana y tardía. Se han reportado otras complicaciones posnatales como trombocitopenia, sobrecarga de hierro y colestasis que requieren manejo específico. (1)

Durante 2022 diagnosticamos en la consulta de ARO del HULAMM dos casos de isoimmunización RHD y EHF.

CASO 1: Gestante de 31 años con DM tipo I, mal controlada, G4C2A1, RH 0-, y detección de alo-anticuerpo con especificidad Anti D. Fenotipo paterno, homocigoto para gen D, A+. En semana 29+6 se produce incremento brusco de la titulación de ac y se evidencia anemia moderada por ACM, que se confirma en 24h (fig1) Se deriva a hospital de referencia para cordocentesis, que confirma hb fetal 12,2 g/dl. Se procede a transfusión intrauterina (TIU) semanal hasta nacimiento en semana 35+6 mediante cesárea tras RPM. Nace mujer de 3446 gr , >p95, con control EAB capilar al nacimiento: pH 7.33, Hb 19.9 g/dL, Hto 60.9%, plaquetas normales, bilirrubina 4.6 mg/dL que empeora de forma aguda en 24h hasta 12,5 mg/dl, por lo que precisó fototerapia durante 1 semana. Control a los 21 días de vida: bilirrubina 1,8 mg/dl, hb 16,5 g/dl.

CASO 2: Gestante de 37 años, G2 P1 C1, RH A-, que inicia control en semana 19. Acude en semana 25+4 a consulta de ARO por detección de alo-anticuerpo con especificidad Anti D. Fenotipo paterno, homocigoto para gen D, 0+. En semana 30 produce incremento brusco de la titulación de ac y se evidencia anemia moderada por ACM, que se confirma en 24h (fig2). Se deriva a hospital de referencia para cordocentesis, que confirma hb fetal 12,3 g/dl. La paciente llega a necesitar 3 TIU por valores de hb fetal de hasta 8,1 g/dl. Nace mediante cesárea en semana 37 , tras inducción fallida, varón de 2880 gr, p50, con control EAB capilar al nacimiento: pH 7.32, Hb 20.4 g/dL, Hto 62.2 %, plaquetas normales, bilirrubina 6.2 mg/dl. Preciso 48h de fototerapia con cifras al alta de bilirrubina de 4,4 mg/dl. Control a los 19 días de vida: bilirrubina 0,5 mg/dl, hb 17,2 g/dl.

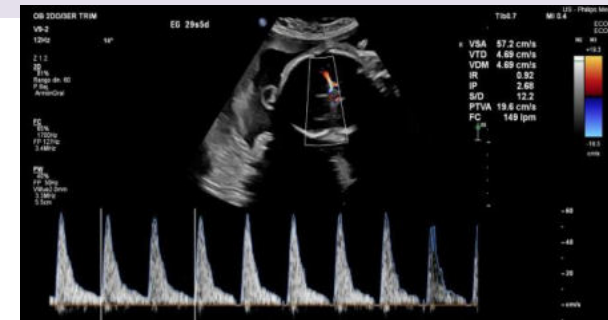


fig1



fig2

CONCLUSIONES: Con vigilancia e intervención adecuadas, la EHF se puede tratar con éxito en la mayoría de los casos. El manejo conjunto con el servicio de Hematología es fundamental. La medición de la velocidad máxima de la ACM junto a la evolución de la titulación de ac maternos son la base para indicar terapia intraútero mediante TIU, la cual mejorará el pronóstico de la gestación y el desarrollo postnatal.

1. Ree IMC, Smits-Wintjens VEJ, van der Bom JG, van Klink JMM, Oepkes D, Lopriore E. Neonatal management and outcome in alloimmune hemolytic disease. *Expert Rev Hematol.* 2017 Jul;10(7):607-616. doi: 10.1080/17474086.2017.1331124. Epub 2017 Jun 5. PMID: 28503958.
2. Moise KJ Jr. The usefulness of middle cerebral artery Doppler assessment in the treatment of the fetus at risk for anemia. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Feb;198(2):161.e1-4. doi: 10.1016/j.ajog.2007.10.788. PMID: 18226612.