

**PROTOCOL:**

**MANEIG DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÈNICA IMMUNOLÒGICA (PTI) I TROMBOPÈNIA GESTACIONAL**

Servei de Medicina Materno-fetal.

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona

**1. INTRODUCCIÓ**

Els nivells de plaquetes disminueixen al voltant del 10% durant l'embaràs. Aquesta disminució es mes marcada en el tercer trimestre. En aproximadament un 8% de gestants la disminució pot ser més marcada caient els nivells per sota del rang de la normalitat (rang de normalitat en la nostra població: 125.000-300.000 mm<sup>3</sup>). Les causes responsables de trombopènia durant l'embaràs poden ser múltiples (Taula 1), malgrat que el 99% de casos son deguts a tres processos: la Trombopènia gestacional (responsable de mes del 75% de casos), els trastorns hipertensius de l'embaràs i les trombopènies immunològiques.

En aquest protocol ens centrarem en la trombopènia gestacional i en la PTI, ja que els trastorns hipertensius de l'embaràs i altres causes de trombopènia immunològica com el LES tenen protocols específics.

**Taula 1:** Causes de trombopènia durant la gestació

<i>Pròpies de l'embaràs</i>	<i>Associades a l'embaràs</i>
Trombopènia gestacional	Púrpura trombopènica idiopàtica (PTI)
Preeclàmpsia	Púrpura Trombocitopènica trombòtica
Síndrome HELLP	Síndrome hemolític urèmic
Fetge gras de l'embaràs	Lupus eritematos sistèmic
	Infeccions víriques (HIV, CMV, VEB)
	Anticossos antifosfolipídics
	Coagulació intravascular disseminada
	Disfunció del moll de l'os
	Dèficits nutricionals
	Trombopènia induïda per fàrmacs
	Malaltia de von Willebrand tipus IIb
	Hiperesplenisme
	Congènita

## 2. TROMBOPÈNIA GESTACIONAL

---

1. **Incidència:** Afecta al 5% de totes les gestacions

2. **Diagnòstic:**

- Es realitza per exclusió de les altres causes de trombopènia
- Plaquetes superiors a 70.000 mm<sup>3</sup>, habitualment > 110.000 mm<sup>3</sup>.
- Aparició en el segon o tercer trimestre.
- No antecedents de trombopènia abans de la gestació.
- Absència de altres anomalies a l'exploració física o analítica.
- S'ha d'excloure la plaquetopènia EDTA-depenent mitjançant la determinació de les plaquetes amb citrat.
- La presència d'anticossos antiplaqueta no exclouen el diagnòstic.

3. **Conducta obstètrica:**

- No precisa cap mesura especial
- El tipus de part només vindrà determinat per criteris obstètrics
- L'anestesia peridural no està contraindicada
- **Realitzar determinació de plaquetes fetals obtenint sang de cordó abans del deslliurament placentari.** El fetus no es veu afectat per aquest procés. En cas de trobar una trombopènia fetal s'ha d'investigar la presència d'una altra anomalia.

## 3. PÚRPURA TROMBOCITOPÈNICA IDIOPÀTICA (PTI)

---

### 3.1 Introducció:

---

La PTI és un trastorn autoimmune en el que existeixen autoanticossos dirigits contra glicoproteïnes plaquetars específiques. Les plaquetes atacades per aquest anticossos són posteriorment destruïdes en el sistema reticuloendoteal, principalment a nivell de la melsa. Els anticossos són principalment del tipus IgG i per tant amb capacitat de traspasar la placenta i afectar al fetus. La incidència de PTI durant l'embaràs es del 1 al 2 per mil gestacions, el que suposa un 5% de totes les trombopènies, essent la causa més freqüent de trombopènia en el primer trimestre.

### 3.2 Diagnòstic:

---

- Es realitza per exclusió de les altres causes de trombopènia
- Historia prèvia de PTI
- Si la trombopènia s'observa per primera vegada durant la gestació, el diagnòstic de PTI pot ser difícil. En aquests casos la presència de una trombopènia moderada ( $<100.000 \text{ mm}^3$ ) en el primer trimestre en absència de altres processos que ho justifiquin es altament sospitós de PTI.
- La presència d'anticossos reactius amb antígens plaquetars específics (*Monoclonal antibody immobilization of platelet antigens (MAIPA) assays*) tenen una alta especificitat en el diagnòstic de PTI, malgrat que el seu valor es limitat pel diagnòstic diferencial amb la trombopènia gestacional.
- Estudi de moll d'os normal, amb megacariòcits normals o augmentats

### 3.2 Conducta Obstètrica:

---

El control i tractament de les gestants afectes de una PTI s'ha de fer en estreta col·laboració amb el hematòleg clínic i el neonatòleg.

#### 1. Control de l'embaràs

- Investigar en cada visita la presència de clínica hemorràgica (metrorràgies, gingivorràgies, epistaxi, púrpura petequial o equimòtica).
- Control analític matern:
  - Primera visita: hemograma, bioquímica que inclogui proves de funció hepàtica, anticossos antifosfolipídics, anti-DNA, HIV. Proves de coagulació (TTPa, TP, fibrinògen)
  - Controls successius: El control dels nivells de plaquetes es realitzarà:
    - Bimensual si plaquetes  $> 100.000 \text{ mm}^3$ .
    - Mensual si plaquetes entre  $50.000$  i  $100.000 \text{ mm}^3$ .
    - Setmanal o bisetmanal si plaquetes  $< 50.000 \text{ mm}^3$
- L'ingrés de la gestant estarà indicat si presenta una plaquetopènia inferior a  $20.000 \text{ mm}^3$  o clínica hemorràgica

#### 2. Tractament matern

- L'objectiu principal de la teràpia de la PTI durant l'embaràs és el tractament de la trombopènia materna.
- Indicacions del tractament matern
  - Plaquetes  $\leq 30.000 \text{ mm}^3$
  - Clínica hemorràgica indistintament del número de plaquetes
  - Al final de la gestació quan els nivells de plaquetes són inferiors a  $75.000 \text{ mm}^3$  per permetre el poder realitzar una anestesia epidural.

- Tipus de tractaments
  - Prednisona 1-1.5 mg/Kg/dia (pes pregestacional). La resposta als corticoides es lenta (7 dies). Una vegada obtinguda la resposta desitjada s'ha de disminuir la dosi de forma progressiva fins a la dosi mínima eficaç per mantenir les plaquetes  $> 50.000 \text{ mm}^3$
  - Immunoglobulines endovenoses a altes dosis (1 g/Kg/2 dies o 0.4 g/Kg/5 dies) la resposta és més ràpida que amb els corticoides, i la duració de l'augment és d' aproximadament un mes. Estan especialment indicades en el període peripart quan és necessari un increment ràpid de les plaquetes o en cas de no resposta al tractament amb corticoides.
  - Esplenectomia: en aquells casos de no resposta als tractaments anteriors. El moment ideal per realitzar-la es el segon trimestre.
  - Quant aquestes teràpies fallen es poden provar altres tractaments malgrat que existeix poca experiència durant l'embaràs: Corticoides a altes dosis (metilprednisolona 1 g) en combinació amb immunoglobulines a altes dosis, Immunoglobulina anti-D, immunosupresors o agents citotòxics.

### 3. Avaluació del risc fetal

- La trombopènia fetal és una complicació rara i impredecible. La incidència de trombopènia fetal greu (plaquetes  $< 20.000 \text{ mm}^3$ ) varia entre el 1 i el 5 %. Així mateix, les complicacions hemorràgiques greus (hemorràgia cerebral) només s'han descrit en menys de l'1% de casos.
- No s'ha pogut demostrar cap correlació entre les plaquetes maternes i fetals, ni tampoc entre els títols d'anticossos maternos i el grau de trombopènia fetal. L'únic predictor clínic de trombopènia fetal és l'antecedent d'un fetus previ trombopènic.
- Donat que les característiques clíniques maternes no són útils per la predicció de la trombopènia fetal, per conèixer els nivells de plaquetes fetals és imprescindible realitzar tècniques invasives:
  - Cordocentesi: És la tècnica que de forma més precisa informa dels nivells de plaquetes fetals. L'única indicació clara per la seva realització és l'antecedent d'un fetus previ trombopènic. Aquesta tècnica pot comportar complicacions fetals (principalment hemorràgia i bradicàrdia fetal) en l'1% de casos. En cas de realitzar-la s'ha de programar a terme (37-38 setmanes)
  - Sang de calota: El risc fetal d'aquesta tècnica és baix, no obstant, els problemes derivats de la mateixa tècnica (necessitat d'una dilatació cervical mínima de 2-3 cm, membranes trencades i resultats falsament baixos) han fet que sia en l'actualitat poc emprada.

- **Indicació per realitzar tècniques invasives:** Antecedent de gestació anterior amb fetus trombopènic al naixement. En la resta de casos no es realitzaran tècniques invasives. La tècnica d'elecció serà la cordocentesi a les 37-38 setmanes de gestació. Si per qualsevol motiu aquesta no s'ha realitzat i la gestant ingressa en treball de part es pot intentar obtenir sang de calota. Si per motius tècnics es impossible obtenir la mostra es realitzarà una cesària electiva.

#### 4. Tipus de part

- Plaquetes fetals no conegudes:
  - Inici de part preferentment espontani
  - Indicació d'inducció i cesària per motius obstètrics
  - Evitar en lo possible la instrumentació obstètrica (vacum i fòrceps rotadors contraindicat)
- Plaquetes fetals conegudes:
  - Plaquetes  $< 50.000 \text{ mm}^3$ : cesària electiva abans de l'inici del part
  - Plaquetes  $\geq 50.000 \text{ mm}^3$ : conducta obstètrica habitual.
- Indicació de transfusió de plaquetes:
  - Part vaginal: Plaquetes  $< 20.000 \text{ mm}^3$ . L'administració es realitzarà en el moment de l'expulsiu
  - Cesària: Plaquetes  $< 40.000 \text{ mm}^3$ . L'administració es realitzarà durant l'inducció de l'anestèsia general.
- Postpart:
  - **Obtenció de sang de cordó per a la valoració de plaquetes fetals**
  - Les plaquetes fetals poden continuar disminuint els següents dies postpart. Els nivells més baixos s'observen entre el 2<sup>on</sup> i 5<sup>e</sup> dia postpart (moment de màxim risc de complicacions hemorràgiques)
  - Evitar l'ús d'AINEs com a analgèsics postpart o postcesària. Es pot utilitzar Paracetamol, Metadona (postcesària) o Tramadol (postparto amb EVA  $\geq 4$ ) a les dosis habituals.

Responsables del Protocol: Servei de Medicina Materno-fetal: Dr. J. Bellart  
Servei d'Hematologia i Hemoteràpia: Dr. M. Lozano

Última actualització: 24/2/12