

# CASO CLÍNICO

## CASE REPORT

1. Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México
2. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México
  - a. Médico Residente, Departamento de Ginecología y Obstetricia
  - b. Médico Adscrito, Departamento de Hematología
  - c. Médico Residente, Departamento de Medicina Interna
  - d. Médico Adscrito, Departamento de Medicina Materno Fetal

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés

**Financiamiento:** Autofinanciado

**Recibido:** 20 agosto 2018

**Aceptado:** 13 diciembre 2018

**Publicado online:** 20 febrero 2019

### Correspondencia:

Dra. Cintia María Sepúlveda Rivera

Departamento de ginecología y obstetricia, Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México. Calle Montes Urales 800, Lomas - Virreyes, Lomas de Chapultepec IV Secc, 11000 Ciudad de México, CDMX

+52 (64) 49 979908

cintiia\_sepulveda@hotmail.com

**Citar como:** Sepúlveda-Rivera CM, Vargas-Trujillo S, Ruiz-Beltrán AM, Mora-Galván JA, Ramírez-Santes VH. Anemia aplásica durante el embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(1):83-85 DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2156>

# Anemia aplásica durante el embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura

## Aplastic anemia in pregnancy: Case report and review of the literature

Cintia María Sepúlveda-Rivera<sup>1,a</sup>, Samuel Vargas-Trujillo<sup>1,b</sup>, Arturo Maximiliano Ruiz-Beltrán<sup>2,c</sup>, Jessica Aideé Mora-Galván<sup>1,a</sup>, Víctor Hugo Ramírez-Santes<sup>1,d</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2156>

### ABSTRACT

We present the case of a pregnant woman with aplastic anemia. The 22-year-old patient presented with 27 weeks of gestation and lymphoproliferative syndrome at the Instituto Nacional de Perinatología in Mexico City. The bone marrow biopsy confirmed the diagnosis and the immunophenotype was negative for malignancy. The treatment consisted of transfusions and planned birth at 35 weeks. Afterwards, the patient was referred to a bone marrow transplant unit.

**Key words:** Pregnancy, Anemia, aplastic.

### RESUMEN

Se presenta los resultados perinatales de una paciente con anemia aplásica. Se revisa el caso atendido en el Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México. La paciente tenía 22 años de edad y embarazo de 27,0 semanas con síndrome linfoproliferativo. La biopsia de médula ósea determinó anemia aplásica; el inmunofenotipo fue negativo a malignidad. El manejo consistió en soporte transfusional, con resolución del embarazo a las 35 semanas. Luego, se refirió la paciente a la unidad de trasplante de médula ósea.

**Palabras clave.** Embarazo, Anemia aplásica.



## INTRODUCCIÓN

La anemia aplásica es una patología hematológica caracterizada por pancitopenia, con hipocelearidad de la médula ósea, en ausencia de un infiltrado anormal o fibrosis medular. El diagnóstico se realiza con al menos dos de los siguientes criterios:

1. Hemoglobina <10 g/dL
2. Conteo plaquetario menor a 50 000 y
3. Conteo de neutrófilos <1,5 x 10<sup>9</sup>/L.

La mayoría de los casos (70 a 80%) son idiopáticos. La incidencia es 2 a 3/1 000 000 y existe una distribución bifásica, con un primer pico a los 10 a 25 años y el segundo a los 60 años<sup>(1)</sup>. Se caracteriza por un fallo en la producción de células madre hematopoyéticas y células precursoras, a su vez asociado con aplasia y reemplazo graso de la médula. Posteriormente, hay depresión de todas las líneas celulares, con anemia, neutropenia y trombocitopenia. Es muy infrecuente su asociación al embarazo, lo cual aún no está explicado. Existen aproximadamente 80 reportes de caso en la literatura, siendo el primero descrito por Paul Erlich, en 1888, en una mujer que murió pocos meses posteriores a su diagnóstico<sup>(2)</sup>. Su manejo plantea muchos desafíos al obstetra, debido a la baja incidencia y al mal pronóstico materno-fetal. Se presenta el caso de una paciente diagnosticada en el Instituto Nacional de Perinatología, su abordaje y plan terapéutico.

## METODOLOGÍA

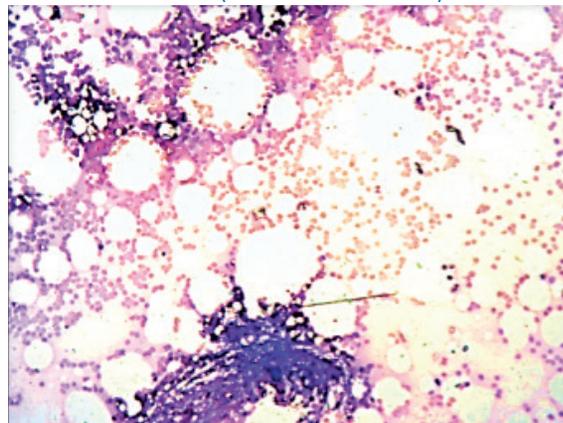
Se revisó el expediente clínico de la paciente con diagnóstico de anemia aplásica y embarazo, atendida en el Instituto Nacional de Perinatología.

## COMUNICACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 22 años, con antecedente de parto previo en 2013, resuelto a las 35,4 semanas de gestación por rotura de membranas, obteniendo recién nacido masculino de 2 800 gramos. Señaló no tener antecedentes hereditarios ni personales de importancia, aparentemente sana, que fue referida al Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de un hospital de segundo nivel, con

diagnóstico de embarazo de 27,0 semanas, síndrome linfoproliferativo, a descartar leucemia aguda e infección de vías urinarias (*E. coli* BLEE). A las 23-24 semanas presentó fiebre, náusea y vómito, acudiendo a hospital de segundo nivel. Los estudios básicos mostraron hemoglobina 6,1 g/dL, hematocrito 17,9% y plaquetas 13 000/mL, por lo que se transfundió 3 concentrados eritrocitarios. A las 26 semanas presentó gingivorragia y epistaxis, con nuevo aporte transfusional (5 concentrados eritrocitarios y 5 concentrados plaquetarios) y otra transfusión a las 26,3 semanas (5 concentrados plaquetarios). Ingresó al Instituto Nacional de Perinatología (INPer) con hemoglobina 8,9 g/dL, hematocrito 25,9%, leucocitos 2,92/mL, plaquetas 10 000/mL, tiempos de coagulación normales. Se realizó ultrasonido abdominal normal, resto de los estudios dentro de parámetros normales. Fue valorada por Hematología INPer, en donde se practicó biopsia de médula ósea que mostró ausencia de plaquetas, algunas células maduras y al menos 10% de los campos observados con células de la línea linfocítica (figura 1). Se realizó inmunofenotipo, que fue negativo para células neoplásicas. Se mantuvo a la gestante bajo estrecha vigilancia y monitoreo, y se indicó soporte transfusional en caso necesario. A las 35,5 semanas presentó rotura de membranas con trabajo de parto pretérmino en fase activa y acudió a hospital de segundo nivel, donde se resolvió el embarazo vía vaginal, obteniendo recién nacido masculino de 2 450 gramos, talla 47 cm, Apgar 7/8, Silverman Anderson 2, Capurro 35,5 semanas. En dicho internamiento, requirió transfusión de 2 concentrados eritrocitarios y 4 concentrados plaquetarios. Dos meses después de la resolución, acudió

FIGURA 1. ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA: SE EVIDENCIA AUSENCIA DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS, LAS CUALES HAN SIDO REEMPLAZADAS POR CÉLULAS RETICULARES (FIBROBLASTOS-ADIPOCITOS).





nuevamente al INPer por presentar datos de síndrome anémico severo. Se realizó biometría, con hemoglobina 3,9 g/dL, hematocrito 11,5%, leucocitos 2,7, linfocitos 75,5, plaquetas 22 000; ingresó a la unidad de cuidados intensivos para vigilancia y apoyo transfusional (6 concentrados plaquetarios y 3 concentrados eritrocitarios). Hubo reacción transfusional tipo I, que se manejó con prednisona. Dos 2 días después, se realizó nueva transfusión (6 concentrados plaquetarios y 1 concentrado eritrocitario), con previa mediación con hidrocortisona. En la biometría hemática de control mostró hemoglobina 10,7 g/dL, hematocrito 30,8% plaquetas 66 000/mL, leucocitos 3 000/mL, por lo que se refirió a la paciente al centro de trasplante, para iniciar protocolo de trasplante de médula ósea.

## DISCUSIÓN

En el caso presentado, no se encontró exposición a sustancias químicas, como benceno, ni radiaciones que pudieran asociarse como factores causales; tampoco fue diagnosticada alguna enfermedad autoinmune o terapia farmacológica asociada. Sin embargo, la paciente ingresó con resultado de urocultivo positivo para *E. coli* BLEE, que no ha sido descrito como un factor causal directo. En un estudio realizado en el hospital MD Anderson por Torres y colaboradores, se analizaron las infecciones bacterianas más frecuentes en aquellos pacientes diagnosticados de anemia aplásica, encontrando en primer lugar bacterias Gram -, y dentro de este grupo, *E. coli* representó el 5%. Es un interesante punto de partida de estudio, pues en pacientes con fiebre y neutropenia infectados, representa el agente causal hasta en 43% de las ocasiones<sup>(3)</sup>. Algunos casos que debutan en el embarazo pueden recurrir en gestaciones futuras. La mortalidad de la anemia aplásica asociada al embarazo es de 20 a 60% y el resultado perinatal es generalmente bueno (39%)<sup>(3-5)</sup>. Si la enfermedad era preexistente, puede agravarse durante el embarazo. Se ha observado que durante la gestación existen niveles incrementados de lactógeno placentario, eritropoyetina y estrógenos; los primeros dos pueden tener un efecto estimulante en la

hematopoyesis, mientras que se ha visto que los estrógenos podrían suprimir la médula ósea. Basados en estas observaciones, se sugiere que un desequilibrio entre estas hormonas puede ocasionar una hipoplasia medular durante el embarazo<sup>(3,4)</sup>. El mayor riesgo en una mujer embarazada con anemia aplásica es representado por la hemorragia y la infección, donde el feto podría sufrir restricción del crecimiento y en algunos casos óbito. Otras complicaciones que podrían suceder son alteraciones de la vasculatura placentaria, preeclampsia, aborto y nacimiento pretérmino<sup>(6)</sup>. La paciente presentó parto pretérmino, con nacimiento del producto a las 35 semanas.

No existe una estrategia de manejo universal durante el embarazo. La terapia de elección en la mujer no gestante es el trasplante de médula ósea, con supervivencia de 56 a 89%. Sin embargo, durante el embarazo esto no es lo más recomendable, debido a la intensa inmunosupresión a la que se somete la paciente. Por lo que el tratamiento debe consistir en brindar terapia de soporte transfusional según los elementos deficitarios (sangre, plaquetas, factores de coagulación)<sup>(5)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Killick SB, Group Chair W, Bown N, Cavenagh J, Dokal I, Foukaneli T, et al. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia. <http://www.gradeworkinggroup.org>. doi: 10.1111/bjh.13853
2. John CO, Korubo K, Ogu R, Mmom CF, Mba AG, Chidiadi EA, et al. Management of aplastic anaemia in pregnancy in a resource poor centre. *Pan Afr Med J*. 2016; doi: 10.11604/pamj.2016.24.277.9880
3. Valdez JM, Scheinberg P, Young NS, Walsh TJ. Infections in patients with aplastic anemia. *Semin Hematol*. 2009. doi: 10.1053/j.seminhematol.2009.03.00
4. Choudhry VP, Gupta S, Gupta M, Kashyap R, Saxena R. Pregnancy associated aplastic anemia-a series of 10 cases with review of literature. doi: 10.1080/1024533021000024067
5. Rathore S, Pramanick R, Regi A, Lionel J. Aplastic anemia in pregnancy. *J Obstet Gynaecol India*. 2014 Dec;64(Suppl 1):26-8. doi: 10.1007/s13224-013-0431-1
6. Faivre L, Meerpohl J, Da Costa L, Marie I, Nouvel C, Gnekow A, et al. High-risk pregnancies in Diamond-Blackfan anemia: A survey of 64 pregnancies from the French and German registries. *Haematologica*. 2006. doi: 03906078\_917