

Trombofilia y Gestación



Dra. Ana María Otero

La búsqueda de una trombofilia como causa etiológica de complicaciones obstétricas del embarazo ha adquirido enorme interés en los últimos años.

Si bien no hay dudas sobre la efectividad del tratamiento con heparinas de bajo peso molecular en los síndromes antifosfolipídicos del embarazo es importante la actualización permanente de los criterios de diagnóstico para no omitir un tratamiento cuando está indicado, pero tampoco sobre diagnosticar ésta patología.

La trombofilia genética también es capaz de producir complicaciones obstétricas maternas y fetales y el conocimiento de la misma es importante para vigilancia o tratamiento en caso de embarazo.

Introducción

La asociación de los estados trombofílicos con complicaciones obstétricas se basa en la repercusión de los mismos sobre la circulación placentaria.

La placenta humana es hemocorial, es decir las vellosidades coriales están sumergidas en lagos sanguíneos ubicados entre las arteriolas y vénulas maternas. La oclusión de vasos sanguíneos placentarios producirá una disminución de la superficie de intercambio feto materno con las consecuencias propias de una insuficiencia placentaria que incluyen el óbito fetal, la restricción del crecimiento intrauterino, el oligoamnios, la pre-eclampsia, el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia).

Dentro de las causas de trombofilia es importante distinguir aquellas que son *adquiridas* como los síndromes antifosfolipídicos, de las que son de *causa genética*, dentro de las cuales están el Factor V Leiden, la Protrombina 20210 A, la variante C677T de la metilen-tetrahidro-folato-reductasa (MTHFR) en su variante homocigoto, la hiperhomocisteinemia, y los excesos de Lipoproteína a.

Síndromes antifosfolipídicos

Fue la asociación entre anticuerpos antifosfolipídicos (aPL) y la pérdida

recurrente de embarazo la primera causa estudiada y tratada eficazmente. Inicialmente descrito por Harris en 1987 como la asociación entre aPL, anticardiolipinas y anticoagulante lúpico con trombosis venosas o arteriales, pérdida recurrente de embarazos y plaquetopenia, los criterios de diagnóstico han ido variando con el tiempo y han proliferado de estudios vinculados al tema.

El consenso internacional de Sapporo estableció de forma más estricta los criterios excluyendo la plaquetopenia como una manifestación de SAF.

Del punto de vista obstétrico, los *criterios clínicos de síndrome antifosfolipídico del embarazo (SAFE)* son:

- Uno o más óbitos de fetos morfológicamente producidos a partir de la semana 10 del embarazo (incluida semana 10).
- Uno o más prematuros de menos de 34 semanas de gestación debido a Pre-Eclampsia/Eclampsia o a insuficiencia placentaria documentada.
- Tres o más pérdidas de embarazos de menos de 10 semanas habiéndose descartado causas anatómicas maternas, hormonales maternas y genéticas de madre y padre.
- Cualquiera de los siguiente signos de insuficiencia placentaria: sufrimiento fetal hipóxico diagnosticado por medio del Non/Stress Test, anomalías en el estudio Doppler sugestivas de hipoxia fetal: Signo de NOTCH o alteraciones de la presión

en la arteria umbilical, oligoamnios, restricción del crecimiento intrauterino RCIU (percentil menor de 10 a cualquier edad de la gestación).

A su vez, los *criterios biológicos del SAFE* son:

- Anticoagulante Lúpico (AL) diagnosticado de acuerdo a las guías de la Sociedad Internacional de Hemostasis y Trombosis (ISTH) en por lo menos 2 oportunidades y separadas por 12 semanas como mínimo.
- Anticuerpos Anticardiolipinas (ACA) positivos por técnica de ELISA, en títulos medio o altos, IgG o IgM, en 2 o más oportunidades, separadas por 6 semanas como mínimo y 5 años como máximo.
- Anticuerpos antibeta 2 glicoproteína I, isotipo IgG o IgM determinados por técnica de ELISA, reiteradamente positivos en por lo menos dos oportunidades, separadas por 6 semanas como mínimo y por 5 años como máximo. Iguales consideraciones sobre el título que para el ACA.

Posteriormente, el Sub-Comité de Expertos en Anticuerpos Antifosfolipídicos de la ISTH, en el 2005, introduce nuevas modificaciones a los criterios de Sapporo: *el nivel mínimo para considerar positivos los anticuerpos debe ser de 40 unidades tanto IgG como IgM.*

Más recientemente la Dra. Pierangeli de EEUU, sugiere en el Congreso de la ISTH del 2007 en Ginebra, la cifra