

Trombofilia y Embarazo

¿Qué es la Trombofilia?

La trombofilia es una patología que se caracteriza por formar trombos (coágulos) en la circulación que obstruyen el adecuado flujo sanguíneo. Cuando esto ocurre a nivel de la placenta y se obstruyen la totalidad de los vasos, se produce un infarto placentario masivo y el embrión muere por falta de irrigación. Si esto ocurre al principio del embarazo, se tratará de un aborto espontáneo, pero puede producirse en cualquier momento de la gestación, provocando así la muerte fetal súbita.

Cuando la obstrucción al flujo sanguíneo es parcial, puede provocar una disminución en la ganancia de peso del bebe (retardo de crecimiento intrauterino), que la madre tenga poco líquido amniótico (oligoamnios) u otras complicaciones del embarazo tales como desprendimiento de placenta o hipertensión inducida por el embarazo de comienzo precoz. También estas mujeres tienen un riesgo aumentado de padecer alguna trombosis en miembros inferiores (trombosis venosa profunda) o en pulmón (tromboembolismo pulmonar) o a nivel cerebral (accidente cerebro vascular). Esta patología puede ser adquirida (Síndrome Antifosfolipídico) o Hereditaria.

¿Qué es el Síndrome Antifosfolipídico?

Este síndrome fue el primero en ser descrito (Consenso de Sapporo 1998) y se caracteriza por presentar fenómenos tromboembólicos, abortos recurrentes u otras complicaciones obstétricas y la presencia de Anticuerpos Procoagulantes. Se trata de una patología autoinmune, en la cual el sistema inmunológico no reconoce partes del cuerpo como propias y las ataca, desencadenando así la formación de trombos. Esta patología puede aparecer en cualquier momento de la vida e incluso luego de embarazos previos normales. Tienen mayor predisposición aquellas pacientes con otras enfermedades autoinmunes tales como hipotiroidismo, diabetes o antecedentes familiares de Trombofilia.

Dado que son anticuerpos, a lo largo de la vida fluctuarán teniendo picos y valles. Es decir, tendrán momentos de actividad en los cuales podrán producir efectos trombóticos y se los detectará con estudios de laboratorio y otros momentos en los cuales permanecerán latentes, sin actuar e indetectables en los análisis de laboratorio. Esto explica por qué puede haber variación en los resultados de laboratorio en distintos momentos de la vida o que pacientes con antecedentes de embarazos normales luego tengan abortos a repetición u otras complicaciones obstétricas.

¿Cuáles son estos Anticuerpos?

- ✓ Anticoagulante Lupico
- ✓ Anticuerpo Anticardiolipinas (IgG; IgM)
- ✓ Anticuerpos Anti β 2 glicoproteína1 (IgG; Ig M)

¿Qué hay de nuevo?

Se han descrito, en los últimos años, las Trombofilias Hereditarias que también participan en los resultados adversos obstétricos y aumentan el riesgo de trombosis pero No son anticuerpos sino que se trata de un déficit de proteínas anticoagulantes.

¿Cuáles son?

- ✓ Antitrombina III
- ✓ Resistencia a la Proteína C activada
- ✓ Factor V Leiden (se pide cuando la resistencia a la proteína C activada está alterada)
- ✓ Proteína S
- ✓ Proteína C
- ✓ Protrombina G 20210 A
- ✓ Homocisteína (MTHFR)

¿Siempre deben pedirse todos los estudios?

Estos estudios son muy específicos y algunos sólo se realizan con técnicas de PCR en laboratorios especializados, quedando a criterio del especialista cuándo y cuáles solicitar según los antecedentes de la paciente.

¿Qué pacientes con deseos de embarazo deben estudiarse?

- Abortadora recurrente.
- Feto muerto sin causa aparente.
- Preeclampsia severa antes 34 semanas.
- Retardo en el crecimiento intrauterino.
- Fenómenos trombóticos relacionados con el embarazo (Trombosis venosa, ACV).
- Infartos placentarios.
- Antecedentes de desprendimiento de placenta.

¿En qué pacientes en edad fértil debe estudiarse?

- Historia familiar de trombofilia.
- VDRL falso (+).
- Tromboembolismo no traumático.
- Stroke.
- Lupus Eritematoso Sistémico.
- Anemia hemolítica.
- Ataques isquémicos transitorios.
- Amaurosis fugax.
- Livedoreticularis.
- Kptt prolongado que no corrige.
- Trombocitopenia sin causa aparente.
- FAN(+).

¿Cómo se diagnostica?

Un criterio clínico u obstétrico más la presencia de Anticuerpos (+) en dos determinaciones de laboratorio. En el caso de las Trombofilias hereditarias por mutación del gen o el déficit de proteínas anticoagulantes.

¿En qué consiste el tratamiento de las pacientes embarazadas con trombofilia?

Ácido Acetil Salicílico (aspirina) en dosis de 80-125 mg/día desde la ovulación + Heparina de Bajo Peso Molecular desde la confirmación del embarazo. También puede utilizarse heparina no fraccionada, según indicación médica.

¿Cuáles son los riesgos del tratamiento?

La heparina de bajo peso molecular es una droga muy segura, con una vida media de 24 hs., es decir que se vuelve casi indetectable en sangre a las 24 hs. de haber sido aplicada, y además NO atraviesa la placenta. En dosis de profilaxis antitrombótica, el que recibe la mayoría de las pacientes (salvo aquellas que tuvieron antecedentes de trombosis previa) el riesgo de sangrado intenso es muy bajo, menor al 1 %.

Para mantener los valores de heparina en sangre dentro de los límites deseados, sobre todo teniendo en cuenta que las pacientes embarazadas aumentan de peso, superando muchas veces los 75kg, se pueden realizar controles de heparinemia periódicos y ajustar la dosis en caso que sea necesario.

La heparina puede producir osteoporosis en menos del 2 % de las pacientes que se recuperará durante el año próximo terminado el tratamiento.

Con respecto a la aspirina, ésta tiene una vida media más larga (siete días) motivo por el cual requiere ser interrumpida una semana antes de cualquier procedimiento invasivo (punción, extracción dentaria, etc.).

¿A qué le debo prestar atención durante el tratamiento?

Si bien el tratamiento es seguro y en dosis de profilaxis (es decir que la dosis es preventiva, no es dosis de anticoagulación) algunas pacientes pueden tener una respuesta inusitada. Deberá consultar a su médico si tiene un sangrado por nariz o encías muy abundante que no cede o un sangrado genital como una menstruación o aún mayor.

¿Este tratamiento puede afectar al bebe?

El tratamiento con heparina de bajo peso molecular NO produce malformaciones ni altera la coagulación en el bebe dado que la heparina de bajo peso molecular no atraviesa la placenta. La trombofilia no se asocia con malformaciones fetales dado que es una patología de la madre.

Con respecto a la aspirina, con la dosis indicada (80-125mg/día) no se ha descripto que pueda producir malformaciones ni cierre precoz del ductus.

¿Cuándo se interrumpe el tratamiento?

La heparina debe interrumpirse, idealmente, 24 hs. antes del comienzo del parto o cesárea y se retoma a las 12 hs. post cesárea o 6 hs. postparto (si las condiciones obstétricas lo permiten) durante 15-21 días más. Esto es importante dado que durante el puerperio hay un riesgo aumentado para la madre de padecer una trombosis venosa profunda (trombosis en miembros inferiores) o un tromboembolismo pulmonar (TEP) sobretodo la primera semana post parto.

En cuanto a la aspirina, salvo casos puntuales, se interrumpe a las 36 semanas para disminuir el riesgo de sangrado durante el parto o cesárea. Algunas pacientes necesitarán tomar una aspirina de baja dosis de por vida, según su trombofilia de base, para disminuir el riesgo de trombosis.

¿Cuál es el pronóstico sin tratamiento?

En pacientes con Trombofilia, sin tratamiento, sólo el 5 % de los embarazos llegarán a término con éxito.

¿Cuál es el pronóstico con tratamiento?

Con el tratamiento iniciado precozmente, el 85-90 % de los embarazos llegarán a término. Existe aún un 10- 15% de embarazos que se pierden en el primer trimestre, a pesar del tratamiento y esto puede ser debido a otras causas no relacionadas con la trombofilia como las alteraciones genéticas. Este 15 % es el mismo riesgo que tiene la población general sana de perder el embarazo en el primer trimestre.

¿Existen excepciones en la indicación del tratamiento?

Como en todas las patologías en medicina, existen excepciones en la indicación del tratamiento. Hay casos en los cuales el tratamiento está justificado aunque no se reúnan los criterios estrictos, quedando a criterio del especialista la decisión.

¿Cómo se controla el embarazo?

Estos son embarazos de alto riesgo que requieren un seguimiento diferente al embarazo normal, en general con un equipo multidisciplinario (obstetra, especialista en trombofilia) y con mayor control de la vitalidad fetal (ecografías periódicas, doppler fetal, etc.).

¿Cuándo conviene consultar?

Lo ideal es realizar una consulta con el especialista pasado los 3 meses del episodio (aborto, pérdida fetal, trombosis venosa). Es importante hacer la consulta antes de planificar el próximo embarazo dado que el pronóstico cambia radicalmente con el tratamiento (5% vs 85 %).

Además, hay estudios que no se pueden realizar cuando la paciente ya está embarazada. Hay que tener en cuenta además, que los resultados de laboratorio demoran un mes y lo ideal es comenzar el tratamiento desde el momento de la ovulación.

¿Hay que tener cuidados especiales si tengo Trombofilia, luego del embarazo?

Sí, las pacientes con trombofilia, luego del embarazo, tienen contraindicado los anticonceptivos con estrógenos, se les recomienda no fumar, evitar la vida sedentaria, controlar sus niveles de colesterol y, en caso de viajar en avión más de 8 hs., se les recomienda aplicarse heparina profiláctica.

Todas estas recomendaciones son para disminuir el riesgo de trombosis venosa que está aumentado en esta patología. En algunas pacientes, se les recomendará además tomar una aspirina de baja dosis de por vida. Si bien es importante cumplir con estas recomendaciones, no hay que asustarse. El riesgo de trombosis de la población general es alrededor del 1% y en las pacientes con trombofilia del 3%.

Durante el embarazo el riesgo de trombosis aumenta dado que todas las pacientes, cuando están embarazadas, coagulan más (el embarazo es un estado trombogénico). Esto es un fenómeno fisiológico para que en el momento del parto la pérdida de sangre sea controlada. Es por esta razón que el riesgo de trombosis en las pacientes con trombofilia aumenta aún más durante el embarazo.

Miedo a que vuelva a ocurrir

Es normal y esperable tener miedo a encarar otro embarazo luego de uno o varios antecedentes traumáticos. Son situaciones muy fuertes que nadie tiene ganas de repetir. Si bien no se puede asegurar el 100% de éxito, en nuestra experiencia el 90 % de las pacientes ha tenido sus hijos de término y con pesos adecuados para la edad gestacional (peso promedio 3200g).

Mi recomendación, por la tanto, es que, una vez que la pareja haya superado el episodio sufrido, se anime a buscar un nuevo embarazo pues gracias a los avances de la medicina tiene muchas posibilidades de poder lograr un embarazo de término.

¿Quiere saber más acerca esta patología?

-www.medicinaprofesional.com.ar
-YouTube: Dra. Gerde, Trombofilia

Dra. Mariela Gerde

Jefa Sección Trombofilia y Embarazo del Hospital Universitario Austral
Prof. Adjunta de Ginecología, Universidad Austral
Member of the Antiphospholipid Syndrome Obstetric Task Force