TROMBOPENIA NEONATAL

Sofía Cerdán Jiménez (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dra Eva García Cantó (Neonatología)

Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis y Exploración Física

♀ RN prematura tardía de 35+0s 2890g(p75-p90), 4ddv
MI: Trombopenia grave

Antecedentes gestacionales y perinatales:
5º gestación en madre de 33 años, cribados alto riesgo T21
Amniorrexis 10 días. Pauta de maduración pulmonar completa
Parto inducido eutócico. Apgar 9/10

Exploración al ingreso:
Fenotipo compatible con Sdme de Down. Ictericia hasta MMII
ACP: soplo mesosistólico en foco tricúspideo. Hipotonía generalizada

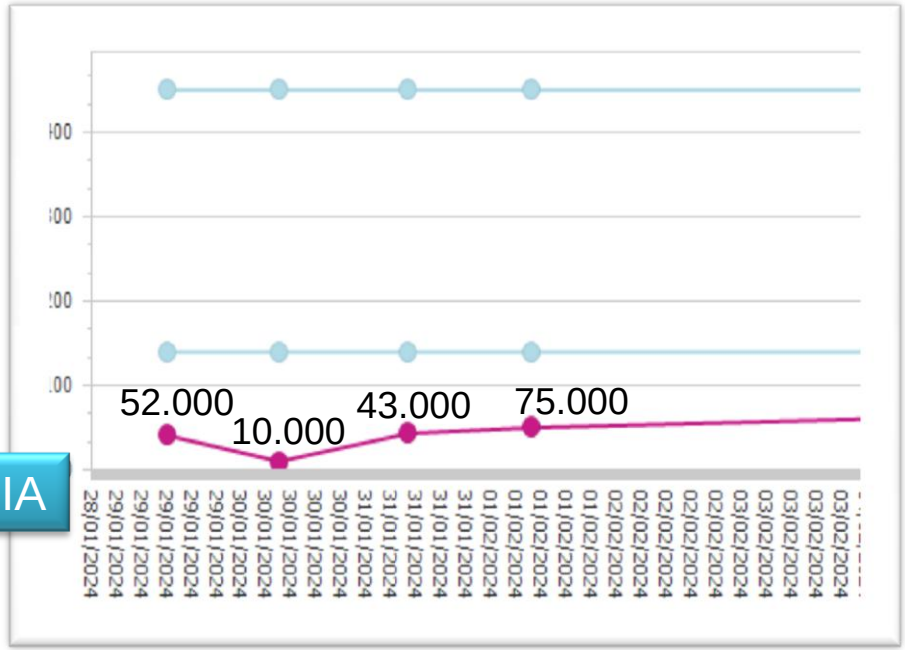
UNIVERSITAS Miguel Hernández
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Exploraciones Complementarias y Tratamiento

- ✓ **HEMOGRAMA**

Plaquetas

TROMBOPENIA



Monitorización
Actitud expectante

- ✓ **BIOQUÍMICA 3 ddv** : BT **18,07** mg/dL (directa **0,69** mg/dL)
- ✓ **5ddv**: BT **7,69** mg/dL (directa **0,67** mg/dL)

Fototerapia

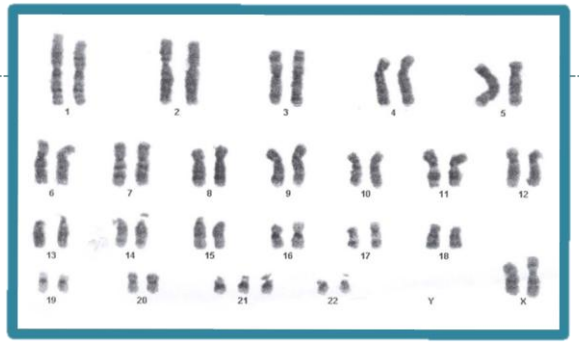
Etiología Trombocitopenia Neonatal

Comienzo intrauterino	Comienzo temprano (<72h)	Comienzo tardío (>72h)
Trombocitopenias inmunes	Insuficiencia placentaria	Sepsis tardía
Infecciones intrauterinas	Asfixia perinatal	Enterocolitis necrotizante
Anomalías cromosómicas	Infecciones perinatales	trombocitopenias amegacariocíticas
	Trombocitopenia inmune	Hemangioma gigante
	CID	

SANOS	ENFERMOS
Inmunes	Infecciones perinatales
Hereditarias	Infecciones intrauterinas
Amegacariocí-ticas	Enterocolitis necrotizante
Hemangioma Gigante	CID
Enfermedades maternas	Trastornos respiratorios
Otras	Otras

Clasificación según Roberts y Murray

Exploraciones Complementarias



- ✓FISH(7/02): Confirma T21.
- ✓Cariotipo(7/02): 47XX, +21, T21 primaria

- ✓Hemograma y Bioquímica: no sugestivo de infección

- ✓Estudio de Ac antiplaquetarios en madre y padre(8/02): (+)

- ✓Ecocardiografía (27/01): Insuficiencias mitral y tricuspídea leves
- ✓ECG(27/01): Intervalo QTc alargado

- ✓Eco abdominal y cerebral sin alteraciones ni sangrados (21/01 y 1/02)

UNIVERSITAS Miguel Hernández

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Trombocitopenia Neonatal

Trombopenia se define como plaquetas <150.000

- ✓ Leve 100.000-150.000
- ✓ Moderada: 50.000-99.000
- ✓ Grave: <50.000

Trombocitopenia inmune puede ser causada por:

- ✓ **Autoanticuerpos** contra un antígeno de las plaquetas de la madre y el niño es sujeto pasivo de esa enfermedad materna
- ✓ **Aloanticuerpos** dirigidos contra un antígeno presente en las plaquetas fetales, heredadas del padre, ausente en las maternas. El más frecuente contra **antígeno [HPA]-1a**

DX CASO : TROMBOCITOPENIA ALOINMUNE

UNIVERSITAS Miguel Hernández

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Trombocitopenia Neonatal Aloinmune

- ✓ Incidencia: **1 cada 1000-10.000 nacimientos**
- ✓ Descienden en los primeros ddv: nadir 2-5 días. Luego ascenso progresivo
- ✓ Complicación más grave: **Hemorragia cerebral** (10-25%)
- ✓ El diagnóstico: **estudio de los Ac maternos contra Ag del padre**

- ✓ El **tratamiento** depende del estado clínico del neonato:

  Transfusión de plaquetas: Maternas (ideal), donante irradiadas
  - Neonato **sano**, sin sangrados activos: solo si <30.000/ul.
  - Si **sangrado activo:** tratamiento si recuento < 100.000/ul.
  - **Si afectación del estado general** (mala perfusión, letargo, dificultad respiratoria y/o apnea): tratamiento si <50.000/ul

  Inmunoglobulinas:
  - Si sangrado activo o plaquetas <20.000/ul; dosis 1g/kg (puede repetir)

  Glucorticoides: Metilprednisolona 2mg/kg/día o Prednisona 2 mg/kg/día 5 días si resistente a inmunoglobulinas

UNIVERSITAS Miguel Hernández
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Conclusiones

- La **trombopenia aloinmune** es un diagnóstico a valorar en un recién nacido con trombopenia y buen estado general

- La **hemorragia intracraneal** es la complicación más temible a vigilar

- El **tratamiento** tiene unas indicaciones muy concretas ya que tras los primeros 5 ddv, tiende a la resolución progresiva.

UNIVERSITAS Miguel Hernández

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Bibliografía

1. Donato H. Trombocitopenia neonatal: Revisión. I. Definiciones, diagnóstico diferencial, causas, trombocitopenias inmunes. Arch Argent de Pediatr. 2021;119(3):202–14

2. Fernandes CJ. Neonatal immune-mediated thrombocytopenia . UptoDate[en línea] [fecha de consulta: 11-II-2024]. Disponible en:https://www.uptodate.com/contents/neonatal-immune-mediated-thrombocytopenia?search=inmune trombocitopenia neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

3. Nakamura T, Nomura T, Kamohara T, Takahashi H, Hatanaka D,Kusakari M,Nakamura M et al. Down's syndrome with neonatal alloimmune thrombocytopenia due to HLA- A2 antibody. Fukushima J Med Sci. 2015;61(2):149-154