

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi; Gabriela Alexandra Villacis-Paredes; Erika Lizbeth Remache-Basantes;
Alex Javier Criollo-Rodriguez

<https://doi.org/10.35381/s.v.v8i1.3823>

Trombocitopenia gestacional

Gestational thrombocytopenia

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi

ma.karendsp56@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-9568-502X>

Gabriela Alexandra Villacis-Paredes

ma.gabrielaavp10@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-4094-8539>

Erika Lizbeth Remache-Basantes

ma.erikalrb96@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0009-0001-7963-2072>

Alex Javier Criollo-Rodriguez

ua.alexcriollo@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-4937-4006>

Recibido: 15 de octubre 2023

Revisado: 10 de diciembre 2023

Aprobado: 15 de enero 2024

Publicado: 01 de febrero 2024

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi; Gabriela Alexandra Villacis-Paredes; Erika Lizbeth Remache-Basantes;
Alex Javier Criollo-Rodriguez

RESUMEN

Objetivo: Analizar la trombocitopenia gestacional desde un contexto documental. **Método:** Descriptiva documental. **Conclusión:** La etapa del embarazo es una de las fases más esperadas por la mayoría de las mujeres, sin embargo, trae consigo numerosos cambios fisiológicos que afectan a la gestante, pero que son considerados normales, las trombocitopenias en el embarazo forman parte de esta gran lista. Durante la gestación una trombocitopenia gestacional puede ser explicada en la mayoría de los casos, pues durante esta etapa es normal que el número de plaquetas tiendan a disminuir entre el segundo y tercer trimestre y cursar con episodios de epistaxis y equimosis que pueden alarmar a la embarazada.

Descriptores: Trombocitopenia; trombostenia; enfermedades hematológicas. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyze gestational thrombocytopenia from a documentary context. **Method:** Descriptive documentary. **Conclusion:** Pregnancy is one of the most awaited phases by most women, however, it brings with it numerous physiological changes that affect the pregnant woman, but which are considered normal, thrombocytopenia in pregnancy is part of this long list. During gestation, a gestational thrombocytopenia can be explained in most cases, since during this stage it is normal that the number of platelets tends to decrease between the second and third trimester and to present with episodes of epistaxis and ecchymosis that can alarm the pregnant woman.

Descriptors: Thrombocytopenia; thrombastenia; hematologic diseases. (Source: DeCS).

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi; Gabriela Alexandra Villacis-Paredes; Erika Lizbeth Remache-Basantes;
Alex Javier Criollo-Rodriguez

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia se define como un número menor de plaquetas $<150 \times 10^9$ /L, en mujeres embarazadas sanas, el recuento de plaquetas disminuye progresivamente a medida que avanza el embarazo puede estar relacionado con cambios fisiológicos durante la gestación o condiciones patológicas, algunas de las cuales son exclusivas del embarazo y pueden representar un riesgo significativo tanto para la madre como para el niño, se produce en el 7-10% de los embarazos.^{1 2 3 4 5 6}

Se puede observar trombocitopenia en mujeres embarazadas, comenzando en el primer trimestre de embarazo y disminuyendo gradualmente a lo largo de la gestación, con su punto más bajo en el parto. Esta enfermedad es el resultado de la hemodilución fisiológica debido al gran volumen de plasma, aumento de la activación y eliminación de plaquetas.^{1 2 6}

La trombocitopenia en el embarazo tiene una prevalencia de 6.6 al 11.6%, y está condicionada por cambios patológicos y fisiológicos y una incidencia aproximadamente el 10 % de todos los embarazos, la incidencia de trombocitopenia neonatal se ve determinada por el recuento de plaquetas en la sangre del cordón umbilical y oscila entre 0,1 % y 2,3 %. En los embarazos gemelares, la incidencia de trombocitopenia es aproximadamente el doble, aunque la etiología subyacente de la trombocitopenia es similar a la de los embarazos únicos. Las complicaciones obstétricas como la preeclampsia suelen inducir un descenso más rápido del recuento de plaquetas.⁷

El inicio de trombocitopenia en el embarazo puede ocurrir en cualquier momento, aunque ocurre con mayor frecuencia entre la mitad del segundo y el tercer trimestre, es por ello por lo que las mujeres en el tercer trimestre los niveles medios de plaquetas son significativamente más bajos. Las mujeres con trombocitopenia gestacional son asintomáticas y sin antecedentes de sangrado, los recuentos de plaquetas generalmente vuelven a la normalidad dentro de 1 a 2 meses después del parto.²

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi; Gabriela Alexandra Villacis-Paredes; Erika Lizbeth Remache-Basantes;
Alex Javier Criollo-Rodriguez

La trombocitopenia por lo general produce sangrado de la mucosa como consecuencia de un defecto de hemostasia primario. La presentación clínica incluye epistaxis, sangrado uterino anormal o sangrado gingival. La hemorragia potencialmente mortal es poco frecuente y se limita a pacientes con trombocitopenia extrema, que se presenta como hematuria, hemorragia gastrointestinal y, en raras ocasiones, hemorragia intracraneal. En el embarazo, la mayoría de los casos de trombocitopenia se deben a la hemodilución y al aumento de la destrucción de plaquetas.^{2 8}

Se tiene por objetivo analizar la trombocitopenia gestacional desde un contexto documental.

MÉTODO

Descriptiva documental.

La población estuvo conformada por 15 artículos de investigación publicados en PubMed.

Los datos recopilados se analizaron mediante analítica documental.

RESULTADOS

La trombocitopenia durante el embarazo (TG) es la segunda causa de los trastornos hematológicos, después de las anemias, siendo un motivo de consulta común en el área de salud. Se produce entre el 5 y el 11% de los embarazos, es responsable de entre 75 y el 80% de todas las trombocitopenias en mujeres embarazadas, y no se asocian con eventos adversos sobre la madre o el feto, sin embargo, se ha evidenciado que las mujeres tienen mayor riesgo de sangrado excesivo durante el embarazo, parto y puerperio. Este padecimiento prevalece en el segundo y tercer trimestre del embarazo y su patogenia aún está poco dilucida.⁹

La sangre circula a través de la placenta directamente desde las arteriolas a las vénulas sin pasar por los capilares, y parte de esta sangre se desvía para reducir la presión de

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi; Gabriela Alexandra Villacis-Paredes; Erika Lizbeth Remache-Basantes;
Alex Javier Criollo-Rodríguez

los espacios intervellosos de la placenta. El mismo patrón de flujo sanguíneo se observa en el hígado y el bazo, lo que conduce a la destrucción de las plaquetas. Esta similitud del flujo sanguíneo placentario ha llevado a la sospecha de que la trombocitopenia gestacional podría deberse al secuestro de plaquetas en la placenta, es por esto que los embarazos gemelares o múltiples tienen un mayor riesgo de desarrollar TG debido a una placenta de gran tamaño o a la presencia de más de una placenta, lo que respalda el papel de la placenta en la patogenia y la gravedad de la TG.¹⁰

La disminución de los valores de plaquetas podría deberse al aumento de la retención de líquidos, la tasa de eliminación de plaquetas promovida debido al aumento del volumen y el ancho de las plaquetas y los productos de ciclooxigenasa derivados de plaquetas. Además, la concentración de tromboxano-A2 aumenta significativamente durante el segundo y tercer trimestre, elevando la formación de trombos, la destrucción de plaquetas y, como resultado, la trombocitopenia. Las mujeres con GT grave, antitrombina-III sérica disminuida y síndrome HELLP tienen un mayor riesgo de recurrencia del recuento bajo de plaquetas durante los embarazos posteriores.^{10 11 12}

No existe ninguna prueba de laboratorio específica para diagnosticar trombocitopenia gestacional, por lo tanto, su diagnóstico se basa en criterios de exclusión: 1) ausencia de trombocitopenia intergestacional, 2) momento de aparición, 3) gravedad de la trombocitopenia, 4) exclusión de otros diagnósticos que no son posibles en algunas mujeres con trombocitopenia inmune en una fase tardía del embarazo.¹³

En muchos casos, el diagnóstico se realiza en el momento del parto. Sin embargo, si el diagnóstico se realiza durante el periodo anteparto, los expertos sugieren que se controle un recuento de plaquetas en cada visita prenatal rutinaria. Tras el parto, el recuento de plaquetas debe repetirse en 1-3 meses para determinar si se ha resuelto la trombocitopenia.¹⁴

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi; Gabriela Alexandra Villacis-Paredes; Erika Lizbeth Remache-Basantes;
Alex Javier Criollo-Rodríguez

La trombocitopenia gestacional (TG) se caracteriza por: a) trombocitopenia leve asintomática (típicamente $>70\ 000/\mu\text{L}$); b) ausencia de antecedentes de trombocitopenia (excepto posiblemente durante un embarazo previo); c) aparición durante la gestación tardía; d) no se asocia a trombocitopenia fetal; y e) se resuelve espontáneamente tras el parto. La TG es la causa más causa más frecuente de trombocitopenia durante el embarazo, y se da hasta en un 5% de las mujeres embarazadas a término. Los resultados de la TG en el embarazo son favorables, y esta afección no requiere tratamiento. ^{10 15}

CONCLUSIONES

La etapa del embarazo es una de las fases más esperadas por la mayoría de las mujeres, sin embargo, trae consigo numerosos cambios fisiológicos que afectan a la gestante, pero que son considerados normales, las trombocitopenias en el embarazo forman parte de esta gran lista. Durante la gestación una trombocitopenia gestacional puede ser explicada en la mayoría de los casos, pues durante esta etapa es normal que el número de plaquetas tiendan a disminuir entre el segundo y tercer trimestre y cursar con episodios de epistaxis y equimosis que pueden alarmar a la embarazada. El médico debe ser capaz de expresar la normalidad de esta alteración, además de lograr diferenciar y diagnosticar correctamente entre una TG y una PTI, pues en la primera es considerada benigna, la trombocitopenia inmunitaria puede provocar riesgos severos durante el embarazo.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi; Gabriela Alexandra Villacis-Paredes; Erika Lizbeth Remache-Basantos;
Alex Javier Criollo-Rodriguez

AGRADECIMIENTO

A todos los actores sociales involucrados en el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Reese JA, Peck JD, Deschamps DR, McIntosh JJ, Knudtson EJ, Terrell DR, Vesely SK, George JN. (2018). Platelet Counts during Pregnancy. The New England journal of medicine, 379(1):32-43. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1802897>
2. Pimenta REF, Yoshida WB, Rollo HA, Sobreira ML, Bertanha M, Mariúba JVO, Jaldin RG, de Camargo PAB. (2016). Trombocitopenia induzida por heparina em paciente com oclusão arterial aguda. Jornal vascular brasileiro, 15(2):138-141. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.004215>
3. Subtil SFC, Mendes JMB, Areia ALFA, Moura JPAS. (2020). Update on Thrombocytopenia in Pregnancy. Atualização sobre trombocitopenia na gravidez. Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia, 42(12):834-840. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721350>
4. Donato H. (2021). Neonatal thrombocytopenia: A review. I. Definitions, differential diagnosis, causes, immune thrombocytopenia. Trombocitopenia neonatal: Revisión. I. Definiciones, diagnóstico diferencial, causas, trombocitopenias inmunes. Archivos argentinos de pediatría, 119(3):e202-e214. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.e202>
5. Rubin P. (2018). Platelet Counts during Pregnancy. The New England journal of medicine, 379(16):1581. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1810467>
6. Park YH. (2022). Diagnosis and management of thrombocytopenia in pregnancy. Blood research, 57(S1):79-85. <https://doi.org/10.5045/br.2022.2022068>
7. Eslick R, McLintock C. (2020). Managing ITP and thrombocytopenia in pregnancy. Platelets, 31(3):300-306. <https://doi.org/10.1080/09537104.2019.1640870>

Karen Daniela Salazar-Pullutacsi; Gabriela Alexandra Villacis-Paredes; Erika Lizbeth Remache-Basantes;
Alex Javier Criollo-Rodriguez

8. Bussel JB, Knightly KA. (2024). Immune thrombocytopenia (ITP) in pregnancy. *British journal of haematology*, 204(4):1176-1177. <https://doi.org/10.1111/bjh.19230>
9. Guadalupe LCA, Quiñonez-Bastidas GN, Guerrero-Valdez M, Gómez-Villaseñor C, Morgan-Ruiz FV, Montoya-Moreno M, et al. Trombocitopenia en el embarazo: una visión general sobre causas, implicaciones y manejo de la paciente [Thrombocytopenia in pregnancy: an overview of causes, implications and patient management]. *Rev Med UAS*. 2023;13(1).
10. Habas ESR, Rayani A, Alfitori G, Eldin Ahmed G, Elzouki AY. Gestational Thrombocytopenia: A Review on Recent Updates. *Cureus*. 2022;14(3):e23204. <https://doi.org/10.7759/cureus.23204>
11. Rottenstreich A, Israeli N, Roth B, et al. Risk factors associated with neonatal thrombocytopenia in pregnant women with immune thrombocytopenic purpura. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(9):1572-1578. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1523891>
12. Rottenstreich, A., Israeli, N., Levin, G., Rottenstreich, M., Elchalal, U., Kalish Y. Clinical characteristics, neonatal risk and recurrence rate of gestational thrombocytopenia with platelet count $<100 \times 10^9/L$. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;231:75-79. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.10.026>
13. Pishko AM, Levine LD, Cines DB. Thrombocytopenia in pregnancy: Diagnosis and approach to management. *Blood Rev*. 2020;40:100638. <https://doi.org/10.1016/j.blre.2019.100638>
14. ACOG Practice Bulletin No. 207: Thrombocytopenia in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2019;133(3):e181-e193. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003100>
15. Norton T, Newberry D, Jnah A. Neonatal Alloimmune Thrombocytopenia: A Concise Review. *Adv Neonatal Care*. 2021;21(2):115-121. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000775>