

ISSN 0325-6030

Revista Argentina de Transfusión

Vol. XXXIX
2013

N° 3



Asociación Argentina
de Hemoterapia
e Inmunohematología

Lavalleja 1214 (C1414DTZ) Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina
Tel/Fax: (54-11) 4771-2501 - Líneas rotativas - E-mail: aahi@aahi.org.ar

F-16

PLASMAFÉRESIS EN SEPSIS SEVERA

Fortuny, Lisandro; Burgos Pratz, Leandro; Scordo, Walter; Camino, Pablo; Salamone, Horacio; Nuñez, Félix.
Hospital Italiano

Introducción La sepsis severa (SS) se asocia con alta mortalidad en unidades de cuidados intensivos. Se han reportado niveles disminuidos de ADAMTS 13 en pacientes con SS. Un déficit en la actividad de esta enzima provoca acumulación de largos multímeros de VWF con una excesiva agregación plaquetaria y la consecuente formación de trombos en la microcirculación que culmina en isquemia, injuria y fallo orgánico. La severidad de la sepsis tiene estrecha relación con la disminución en el recuento plaquetario. El desarrollo de trombocitopenia y falla multiorgánica (TAMOF) son predictores de mal pronóstico en pacientes internados en unidades de cuidados intensivos. Los pacientes con TAMOF presentan desórdenes microangiopáticos que incluyen desde Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT), Coagulación intravascular diseminada (CID), y microangiopatía trombótica secundaria (TMA). El recambio plasmático (RP) ha sido postulado como una alternativa terapéutica en pacientes con SS. Reportamos nuestra experiencia en un grupo de pacientes con SS que recibieron RP como parte del tratamiento. Casos Clínicos Durante un año (2012-2013) seis pacientes con diagnóstico clínico y microbiológico de SS recibieron como terapéutica RP. El RP se inició en las primeras 12 horas del diagnóstico. La media de edad de los pacientes fue de 10,33 años. El 66,6 % (4) era de sexo masculino y 33,3 % (2) de sexo femenino. El 83,3 % (5) cursaba neutropenia. El 50 % de los pacientes tenía diagnóstico de Leucemia Linfoblástica aguda (3), 16,6% (1) Linfoma No Hodgkin, 16,6% (1) Sarcoma de Ewing, y 16,6% (1) Mielomeningocele. Recibieron entre 3-5 RP y el volumen procesado fue de 1 a 1,5 volemias plasmáticas. La solución de reemplazo en todos fue Plasma fresco Congelado. Se valoró requerimiento de inotrópicos al inicio del recambio plasmático, a las 48 y 72 horas del mismo. El 77 % (4) de los pacientes sobrevivió luego de 72 horas de RP. Entre los sobrevivientes se observó un menor requerimiento de inotrópicos luego de 72 horas de instaurado el RP. Entre el 33 % (2) de los no sobrevivientes no se objetivó el requerimiento de inotrópicos ya que la muerte se produjo antes de las 48 horas de iniciado el tratamiento. **Conclusión** En la mayoría de los pacientes con SS que recibieron RP en forma temprana se observó un menor requerimiento de inotrópicos luego de 72 horas de tratamiento. Para analizar el valor atribuible de esta intervención se requieren estudios aleatorizados que incluyan un mayor número de sujetos

F-17

TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA POR CORDOCENTESIS EN ERITROBLASTOSIS FETAL: NUESTRA EXPERIENCIA.

Audenino, Pamela; Aliendo, Malvina; Quiroga, Miriam; Fanin, Gabriela; Culasso, Jorge.
Hospital Materno Provincial Dr Felipe Luchini

Introducción: La enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN) es producto de la incompatibilidad feto materna. Su diagnóstico, tratamiento y prevención de la EHRN ha contribuido a disminuir la morbimortalidad perinatal. La transfusión intrauterina iniciada por W Lile en 1963, como terapéutica a fetos muy afectados, constituyó el primer tratamiento fetal directo que logró aumento de la supervivencia y baja de las secuelas. En la época previa a la transfusión intrauterina por cordocentesis (TIU), la mortalidad en casos de hidrops llegaba a más de 90%. En América Latina las publicaciones de resultados de TIU son pocas, ya sea por realizarse en pocos centros o falta de publicación.

Objetivo: Valorar eficacia y complicaciones en TIU realizadas en nuestra institución.

Cotejar nuestros resultados con estadísticas internacionales para estimar nuestra capacidad en el tratamiento de la EHRN

Método: Es un estudio retrospectivo de 87 embarazos de EHRN sometidos a TIU, desde enero de 2004 al 31/12/2012, realizados en nuestro hospital, analizándose los siguientes datos:

Sobrevida fetal y su relación con hidrops antes de la primera TIU.

Semanas de gestación al inicio de los procedimientos, promedio de TIU realizadas por embarazo y complicaciones propias del método.

Requerimiento de exanguineotransfusión post nacimiento.

Resultados: En 87 casos la supervida fetal total fue de 87,36%, dividiéndose en: fetos sin hidrops, 71 casos (91,55% de supervida) y 6 fetos muertos (FM); con hidrops 16 casos (68,75 % de supervida) y 5 FM.

La media de semanas de gestación al inicio de las TIU es de 25,8 con una moda de 27, y un promedio de TIU por embarazo de 4,52.

De 338 procedimientos realizados en 9 (2,66%) se presentaron complicaciones debidas al método, (hematoma de cordón, corioamnionitis, aborto, desprendimiento de placenta, parto prematuro).

El requerimiento de exanguineotransfusión post nacimiento fue de 4 (4,60%), ocurriendo en los 30 primeros procedimientos.

Conclusión: Publicaciones previas en TIU en el tratamiento de EHRN proyectan una tasa de sobrevivida aproximada del 84% comparada con nuestra experiencia del 87,36 %, con promedio que oscila próximo al 94% en casos de recién nacidos no hidróticos y 74% en casos de hidrops; en comparación con nuestra experiencia de 91,55% y 68,75% respectivamente. La media gestacional de primera TIU publicada es de 26 semanas contra 25,8 en nuestra institución. Las complicaciones debidas al método son similares a las reportadas por otros autores

F-18

EXANGUÍNEO-TRANSFUSIÓN INTRA-UTERINA: PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO.

Quiroga, Miriam; Audenino, Pamela; Aliendo, Malvina; Fanin, Gabriela; Culasso, Jorge.
Hospital Materno Provincial Dr Felipe Luchini

INTRODUCCIÓN

La gravedad de la enfermedad hemolítica del recién nacido se determina evaluando parámetros como: malos antecedentes obstétricos, títulos de anticuerpos (Ac), dosaje ponderal, sub clase de IgG, Eco doppler de arteria cerebral media y su múltiplo (MOM).

La transfusión intrauterina por cordocentesis(TIU) es el tratamiento (trat) de elección en las pacientes (ptes) con riesgo de muerte inutero, pudiéndose realizar sólo a partir de las 20 semanas de gestación (Sg). La problemática surge cuando la pérdida fetal son antes de las 18 Sg.

Comenzar con gamaglobulina intra venosa (IVIg) y/o plasmaféresis (PF) a las 11 Sg tiene el beneficio de retrasar la afectación fetal y el inicio de la TIU.

Se planteó la exanguineo-transfusión inutero (ExIU) con el fin de corregir la anemia, recambiar al feto en un solo procedimiento y ampliar el intervalo entre las TIU.

CASO CLÍNICO

Pte de 38 años cursa su 10° embarazo (2 vivos, 2 RN tratados con exanguíneos, 2 abortos a las 16 Sg, 1 Vivo que recibió TIU, 1 feto muerto hidrops de 18 Sg, 1 aborto)

Concurre al 1° control de 5 Sg, estudios inmunohematológicos: Pte "O" Negativo, fenotipo cde/cde con Ac anti D+C, títulos liss /coombs 1/4096, Dosaje ponderal 378.41ug/ml (método in House valor mayor a 1ug/ml afección), sub clase 50% IgG3. Evaluando cada 15 días la modificación de éstos.

Al no tolerar el trat con IVIg, se realiza PF desde la 11 Sg dos veces por semana, revelando descenso de títulos de Ac.

El seguimiento semanal por MOM se realiza a partir de las 18 Sg, a la 19 mostró anemia severa (MOM 1.65), con evidencia de halo abdominal en ecografía fetal.

Al evaluar el caso se decide realizar ExIU; Se canaliza la vena umbilical y se extrae muestra de sangre fetal e informan, Hematocrito (Hto) 15%, Hemoglobina (Hb) 5mg/dl; se inmoviliza al feto y se transfunde (transf) 8.5cc de GRS, luego se inicia el recambio de 22cc (una volemia) con SE reconstituida; sacando de a 3cc de sangre y reinfundiendo igual medida. La 2ª TIU se efectúa a las 21 Sg con Hto 31%, Hb 11gr/dl transf 15cc, la 3ª TIU fallida, 4ª TIU a las 26 Sg Hto 17%, Hb 6gr/dl transf 53cc GRS. 5° TIU de 29 Sg Hto 32% transf 40cc GRS. Nace niño sano a las 33 Sg.

CONCLUSIÓN

En este caso, la ExIU fue exitosa ya que resolvió el halo abdominal presente en el feto con el 1° procedimiento, suceso que se logra usualmente en la 4° TIU. Amplió el intervalo entre las TIU a 15 días, permitiendo crecer el cordón umbilical y bajar el riesgo inherente al procedimiento.