

## PATOLOGÍA TROMBÓTICA EN LA GESTACIÓN

Dr. J. Fontcuberta

Unitat d'Hemostàsia i Trombosi. Departament d'Hematologia.  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.España

El embolismo pulmonar mortal continúa siendo la primera causa de mortalidad en la mujer embarazada, en los países desarrollados. La incidencia de trombosis venosas profundas (TVP) durante el embarazo no se conoce con exactitud por problemas de confirmación diagnóstica, pero se estima en 1 TVP por cada 1.000 embarazos. Es decir, 6 veces más frecuente que en situaciones de no embarazo. En el 90% de los casos las TVP ocurren en la extremidad inferior izquierda por razones anatómicas y de compresión del útero gravídico. No existe un predominio claro de ser más frecuentes en cualquiera de los 3 trimestres del embarazo. Actualmente se sugiere que son más frecuentes en el postparto inmediato y en el puerperio. Se sugiere que el parto por cesárea puede incrementar el riesgo de trombosis, en comparación con el parto por vía vaginal. Existen diversas situaciones clínicas que incrementan el riesgo de tromboembolismo pulmonar (ETEV) durante el embarazo: historia previa de TVP, edad materna, parto por cesárea y estados de trombofilia. La trombofilia puede ser adquirida (presencia de anticuerpos antifosfolípidos) o congénita (deficiencias de AT, prot.C, prot.S, mutación FcV Leiden y mutación de la Protrombina 20210A). El tratamiento de estos episodios trombóticos durante el embarazo ha de realizarse con heparina. Los anticoagulantes orales (Dicumarínicos) raramente se utilizan, ya que pueden producir embriopatías y/o trastornos hemorrágicos en el feto. Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) se están imponiendo en la práctica clínica por su mayor comodidad de administración (una vez al día por vía subcutánea) y por su eficacia terapéutica, aunque no existan estudios comparativos en la ETEV durante el embarazo, entre la heparina no fraccionada y la HBPM. Actualmente, existe mucha experiencia acumulada sobre el uso de HBPM durante el embarazo y se han descrito muy pocos casos de reacciones adversas como: trombocitopenias inducidas por heparina, complicaciones hemorrágicas importantes en la madre o casos de fracturas por osteoporosis. En situaciones obstétricas donde existe un problema de trombosis microvascular en la circulación utero-placentaria (pre-eclampsia, retraso en el crecimiento fetal intrauterino, abruptio placentae, pérdidas fetales, etc.) las HBPM están siendo utilizadas con una alta eficacia. Las alteraciones con trombosis en la microcirculación utero-placentaria son mucho más frecuentes en pacientes con trombofilia (65%) que en mujeres sin trombofilia (18%). En el caso de usar anestesia epidural durante el parto, las HBPM utilizadas a dosis terapéuticas o profilácticas deben suspenderse 12-24h. antes de la anestesia. Tras 6 h. de retirado el catéter de la anestesia epidural, puede reiniciarse el tratamiento o la profilaxis de la ETEV con HBPM. Las mujeres que presentan trombofilia (déficits de antitrombina, proteína C, proteína S, anticuerpos antifosfolípidos, mutación FV Leiden y mutación de la protrombina 20210A) durante el embarazo tienen un riesgo elevado de padecer fenómenos trombóticos arteriales o venosos. Este riesgo es diferente en función del tipo de trombofilia que padecen las mujeres, siendo muy elevado en las mujeres con deficiencia de Antitrombina, con mutación homocigota del FV Leiden y de la protrombina 20210A, con doble heterocigosis para ambas mutaciones, con defectos combinados o con Anticuerpos antifosfolípidos. Las pautas de profilaxis de ETEV durante el embarazo, en pacientes con trombofilia, varían según si la paciente ha presentado previamente eventos de trombosis o no. También pueden ser diferentes en función del tipo de trombofilia que presenta la paciente. La deficiencia de Antitrombina es una de las trombofilias más graves y, en el momento del parto o en caso de resistencia a la heparina, puede ser necesaria la administración de concentrados de Antitrombina humana o recombinante. En caso de tromboembolismo pulmonar masivo con grave afectación hemodinámica, puede ser necesaria la administración de trombolíticos. La poca experiencia acumulada sugiere que los trombolíticos son eficaces con relativamente pocas complicaciones hemorrágicas y pérdidas fetales. La presencia de Ac. antifosfolípidos durante el embarazo confiere riesgo de trombosis venosa o arterial para la madre y riesgo de pérdidas fetales. En función de los antecedentes personales de trombosis de la madre y del tipo de Ac. Antifosfolípidos positivos, los tratamientos antitrombóticos deben de ser individualizados. En conclusión, el embarazo es una situación de alto riesgo tromboembólico, requiere profilaxis y tratamientos específicos según el tipo de trombofilia que presente la paciente. Las HBPM son los fármacos mejor indicados para tratar el tromboembolismo durante el embarazo.