

Trombofilia y complicaciones del embarazo

Thrombophilia and pregnancy complications

“Se describe el impacto de las trombofilias congénitas y adquiridas sobre el pronóstico de la gestación, con énfasis en las complicaciones. La educación de las pacientes parece ser el mejor instrumento para clarificar lo que se conoce y lo que puede modificarse con los recursos terapéuticos actuales.”

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

Jorge Korin

Médico, jefe de Hematología, Sanatorio Los Arcos, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	 + Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

SIIC: A la luz de los conceptos actuales, ¿cómo se definen las trombofilias?

JK: Las trombofilias son, en sentido estricto, de dos tipos: congénitas (causadas por polimorfismos y mutaciones) y adquiridas (como el síndrome antifosfolípido), y favorecen con potencia variable la aparición de tromboembolismo venoso. En un sentido más laxo, se designan así situaciones adquiridas en las que hay numerosos factores que aumentan el riesgo trombótico (por ejemplo, las neoplasias).

Se reconocen cinco estados congénitos de trombofilia. ¿Podría enumerar esas afecciones?

Los estados congénitos de la trombofilia son: déficit de antitrombina, déficit de proteína C, déficit de proteína S (estos tres casos son mutaciones con alteración cuantitativa o cualitativa de esos inhibidores naturales del sistema de coagulación), factor V de Leiden y protrombina 20210 (estos dos últimos casos son polimorfismos que alteran funcionalmente el factor V, en el primer caso, y cuantitativamente el factor II, en el otro).

Existen dificultades en definir las complicaciones obstétricas relacionadas con la trombofilia. ¿Qué definiciones se prefieren en la actualidad para la pérdida fetal y el aborto recurrente?

La pérdida fetal se define por la identificación previa del diámetro apropiado corona-polo inferior con actividad cardíaca, seguida por la pérdida de esta última. El aborto recurrente se define por tres pérdidas consecutivas tempranas o dos tardías. El aborto temprano corresponde a un diagnóstico ecográfico de embarazo intrauterino, sin actividad cardíaca, ausencia de crecimiento del diámetro sacrocronal en una semana o presencia de saco vacío con menos de 12 semanas de gestación. La pérdida fetal tardía es la que tiene lugar después de 12 semanas de edad gestacional. Para otros autores, la pérdida tardía se produce entre la semana 10 y la semana 20.

Se prefiere clasificar las parejas con aborto recurrente en casos primarios, secundarios y terciarios. ¿En qué se fundamenta esta división?

Aborto recurrente primario es el que tienen las parejas que nunca han logrado un embarazo de término con neonato vivo; secundario es aquel donde, luego de un nacido vivo, se produce una serie consecutiva de pérdidas; se define como terciario aquel donde han habido abortos no consecutivos (tres) en una mujer multigesta.

Las trombofilias se presentan en un porcentaje relevante de las pacientes con fracaso en la fertilización. ¿Qué mecanismos subyacentes podrían explicar este efecto?

La hipótesis predominante está basada en la presencia de un ambiente hostil para la implantación, producido por alteraciones inflamatorias mediadas por citoquinas o el antagonismo con hormonas antiapoptóticas necesarias en los mecanismos de implantación.

Se ha señalado que la hipercoagulabilidad y la trombosis pueden no resultar los mecanismos asociados con el aborto recurrente temprano en las mujeres con trombofilias, en especial cuando la placenta no está aún constituida. ¿Qué procesos podrían verse involucrados en estos casos?

Las causas de aborto temprano recurrente son anomalías genéticas, factores anatómicos uterinos, factores hormonales, factores inmunológicos y trombofilias.

La interfase entre coagulación e inflamación (producción no adecuadamente inhibida de factor VIIa, factor Xa, trombina y fibrina) se traduce en mecanismos inflamatorios a través de los receptores celulares activados por proteasas (PAR). Hipotéticamente, mediadores inflamatorios como citoquinas, complemento y quimioquinas podrían alterar la diferenciación del trofoblasto y la placentación.

¿Cuáles son los conocimientos actuales acerca de la eficacia comprobada de las heparinas de bajo peso molecular en las pacientes con aborto recurrente temprano?

Los diseños de los estudios con los que contamos no son concluyentes para afirmar o descartar el valor de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Específicamente, no hay suficientes pacientes incluidas con aborto recurrente temprano y trombofilias clásicas (las cinco mencionadas anteriormente) en las que la HBPM produzca mejor evolución en un embarazo subsiguiente que ácido acetilsalicílico (AAS) o un placebo. El estudio efectuado con mayor número de participantes trombofílicas incluyó

pérdidas fetales luego de la semana 10; se observó que la enoxaparina fue claramente superior al AAS (no hubo grupo control). Esta serie es la de peor desempeño para el AAS en toda la bibliografía sobre este tema.

En función de su experiencia, ¿alguna de las HBPM se asocia con mayor eficacia que los restantes fármacos del mismo grupo?

La enoxaparina es la HBPM más usada, pero no hay estudios comparativos con dalteparina o nadroparina. Los ensayos con pacientes con síndrome antifosfolipídico parecen demostrar mayor efectividad de la heparina no fraccionada (HNF) que de las HBPM, pero el escaso número de pacientes incluidas no permite efectuar recomendaciones definitivas.

En cambio, sólo se reconoce (y con recomendación basada en opinión de expertos) la utilidad del AAS en mujeres con síndrome antifosfolipídico y asociada con HBPM o HNF.

Las complicaciones tardías del embarazo que se atribuyen a insuficiencia vascular de la placenta afectan hasta a un 10% de las gestantes.

¿Qué factores de riesgo se asocian con estas complicaciones en nuestro medio?

Los factores más importantes de riesgo son de tipo socioeconómico, con mal control del embarazo, asociados con los usuales factores de riesgo vascular, como síndrome metabólico, hipertensión, nefropatías, tabaquismo y prematuridad en embarazos previos. Los polimorfismos trombofílicos no han demostrado ser más prevalentes en las complicaciones tardías del embarazo.

En virtud de la complejidad del enfoque de las trombofilias en las embarazadas, ¿a qué pacientes propone estudiar en búsqueda de estas afecciones en general y del síndrome antifosfolipídico en particular?

Enfatizaría la inconveniencia de estudiar a la mujer con un solo aborto temprano. Dos o más abortos tempranos consecutivos y una pérdida tardía son las causas más frecuentes para solicitar estudios de trombofilia. Considero que el estudio debe ir dirigido a tranquilizar a las mujeres a las que no se les detectan estas condiciones trombofílicas y en las que el uso de HBPM en un futuro embarazo no ha sido superior al placebo.

¿Considera que la educación médica y la promoción de protección de la población son los adecuados ante la prevalencia de estas afecciones?

Creo que el graduado reciente tiene poca información al respecto, y frecuentemente el de posgrado tiene demasiada opinión sesgada en esta área.

Como en otros campos de la medicina, la educación es claramente el mejor instrumento para clarificar lo que se conoce y lo que puede modificarse con los recursos terapéuticos actuales.

A modo de conclusión, ¿cuáles son sus recomendaciones para la práctica cotidiana?

Es esencial una conversación honesta con la pareja, en la que se reconozcan las limitaciones actuales del conocimiento en esta área y en la que se destaque el carácter básicamente experimental de la mayoría de las intervenciones terapéuticas en las complicaciones del embarazo.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.siicsalud.com

Lista de abreviaturas y siglas:

PAR: receptores celulares activados por proteasas; HBPM: heparinas de bajo peso molecular; AAS: ácido acetilsalicílico; HNF: heparina no fraccionada

Cómo citar esta entrevista

Korin J. Trombofilia y complicaciones del embarazo.
Salud i Ciencia 20(4):413-4, Mar 2014.

How to cite this interview

Korin J. Thrombophilia and pregnancy complications.
Salud i Ciencia 20(4):413-4, Mar 2014.



Use el Código Respuesta Rápida para acceder a siicsalud

El Código de Respuesta Rápida (CRR) permite enviar o copiar la revista completa o el artículo, caso clínico o entrevista de su elección.

Proceda de la siguiente manera:

- Enfoque la cámara de su teléfono móvil del tipo *Smartphone* (u otro dispositivo de mano con cámara y GPRS) al Código Respuesta Rápida (CRR) impreso en los informes, obtenga una foto de él o simplemente aguarde unos segundos.
 - El sistema lo llevará automáticamente a la página del artículo en www.siicsalud.com.
 - El CRR de Salud(i)Ciencia también puede ser leído, con un resultado similar, por las cámaras de su computadora portátil o la PC de escritorio.
 - Para facilitar el desempeño de su equipo utilice los programas gratuitos de lectura del CRR (**QR-code**, de acuerdo con las siglas del nombre en inglés) en <http://tinyurl.com/y2lh2tc>.
- Para conocer otras aplicaciones sin cargo consulte <http://tinyurl.com/2bw7fn3> o <http://tinyurl.com/3ysr3me>.