

Púrpura trombocitopénica trombótica adquirida en el primer trimestre de embarazo tratada con recambio plasmático terapéutico: reporte de caso en Chile

Fernanda Raipane-Vergara¹, Jazmin Bilbao-Orellana¹, Carla González-Rodríguez¹, María Luisa González-Urrutia¹, María Teresa Kahler-Ritter¹, Erica Ocks-Alvarez¹, Tamara Pinilla-Pinilla¹, Mauricio Silva-Barría¹

1. Hospital Base San José Osorno

Introducción La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una urgencia hematológica grave, caracterizada por presentar anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, fiebre, alteraciones neurológicas y daño renal. Su causa es una deficiencia grave de ADAMTS13, metaloproteasa que fragmenta multímeros grandes del factor von Willebrand. Esta puede ser congénita o adquirida, en general por autoanticuerpos (Trisolini & Bukowski, 2009). El tratamiento de primera línea es el recambio plasmático terapéutico (TPE), junto a corticoides e inmunosupresores (Sikka et al., 2013). En el embarazo, su incidencia es menor a 1 por cada 100.000 gestaciones, con predominio en el tercer trimestre o puerperio. Solo un 10% ocurre en el primer trimestre, donde se asocia a alta mortalidad materno-fetal (Tushi et al., 2024). Presentación del caso Paciente de 32 años, multípara, con embarazo de 9 semanas, sin antecedentes mórbidos, consulta por petequias y anemia severa.

EXAMEN FÍSICO:

equimosis.

LABORATORIO:

trombocitopenia, anemia normocítica, LDH elevada. Se confirma PTT con ADAMTS13 <7 % y presencia de autoanticuerpos (Tabla 1). Se inicia tratamiento con TPE diario por 2 semanas, luego días alternos (21 sesiones), más metilprednisolona IV y tres dosis de Rituximab. Manejo en UCI multidisciplinaria. Evoluciona favorablemente. A las 31 semanas se realiza cesárea de urgencia con recién nacido sano. Discusión La PTT en el primer trimestre es infrecuente y se asocia a mal pronóstico materno y fetal (Sikka et al., 2013). Este caso describe esta forma inusual de PTT con desenlace materno y neonatal exitoso, lo cual contrasta con la alta mortalidad históricamente reportada (Tushi et al., 2024). El uso de TPE en gestantes se basa principalmente en consideraciones fisiopatológicas, partiendo de la premisa de que la eliminación del autoanticuerpo tiene el potencial de beneficiar a la madre y al feto, utilizándose de forma empírica debido a la falta de estudios basados en evidencia sobre su eficacia y seguridad (Wind et al., 2021). Algunos reportes previos han demostrado que el diagnóstico temprano y el inicio oportuno de TPE son claves en el control de la enfermedad y la viabilidad del embarazo (Bilgin et al., 2014). En nuestra paciente el precoz diagnóstico y el manejo con TPE pudo haber contribuido de manera significativa en la mejoría del cuadro clínico y término exitoso del embarazo. Conclusión La PTT en el primer trimestre del embarazo es una patología rara y de alto riesgo. Este caso demuestra que el abordaje precoz, intensivo con TPE, inmunosupresores y un equipo multidisciplinario permiten obtener desenlaces positivos incluso en escenarios clínicos complejos. Su documentación aporta evidencia valiosa para guiar el manejo clínico de futuras pacientes en condiciones similares.