

## TROMBOCITOPENIA NEONATAL ALOINMUNE (TNA): A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López<sup>a</sup>, S. Freitas<sup>b</sup>, S. Faria<sup>a</sup>, H. Fernández<sup>a</sup> y C. Portal<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad Funcional de Inmunohemoterapia, Hospital São Sebastião (UFIH, HSS), Santa Maria da Feira (Portugal), <sup>b</sup>Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología del HSS.

Se presenta un caso, diagnosticado en nuestro hospital, de un RN a término (38S) al que, por petequias dispersas, se le realiza hemograma a las 2 horas de vida mostrando trombocitopenia de 5000 PLTs/#ml. RN, aparentemente sano; parto eutócico, sin complicaciones Embarazo vigilado, sin intercorrencias. A las 2 horas de vida se le solicita hemograma por presentar petequias dispersas y hematoma en el punto de inyección de la Vitamina K. Hemograma normal excepto un recuento de Plaquetas de 5000/#ml. Bioquímica, estudio de coagulación, PC reactiva Normal (N). Frotis de SP: trombocitopenia, con ausencia de agregados plaquetarios (restantes líneas celulares N). Exploración física, salvo las petequias, negativa (neg). Antecedentes familiares irrelevantes. Hª obstétrica: G5 P3. Dos abortos (2º y 3º embarazo) en el 1º trimestre. Serologías maternas: Inmune para rubéola; sin inmunidad para Toxo y CMV. HBs Ag, Anti VHC y VIH neg. VDRL neg. Hemograma normal. El estudio inmunohematológico de la madre y RN reveló ser grupo O Rh negativo: EAI (suero materno) y TAD del RN negativos. Ante la sospecha clínica de TNA, inicia tratamiento con Inmunoglobulina poliespecífica EV (1 g/Kg/día 2 días) y en el 1º día, en simultaneo, transfusión de Concentrados de Plaquetas (CPs) "random" (20 ml/Kg); a las 36 horas, recuento plaquetario de 98000/#ml. Alta al 5º día con recuento de 297000/#ml. En consulta (D+10), recuento de 432.000/#ml. Se efectuó además pesquisa de anticuerpos (Acs) antiplaquetarios en la madre y RN (Capture-P<sup>#R</sup> Ready Screen<sup>#R</sup> de Immucor) y determinación del genotipo plaquetario del padre, madre y RN: pesquisa negativa mientras el genotipo confirmó el diagnóstico de TNA: madre homocigótica para el Ag HPA 1 b y padre, homocigótico para HPA-1a: el hijo presentaba el fenotipo HPA (1a/1b). Se contactó al Centro Regional de Sangre de Porto para disponibilizar CPs HPA1a (-) ante eventual necesidad de nueva transfusión. La TNA es la causa más frecuente de trombocitopenia severa en el RN a término, presentándose en 1 de cada 1800-2000 RN vivos, pudiéndose presentar ya en el 1º embarazo. En 75% de casos es por Acs contra la especificidad antigénica HPA-1a. A pesar de su carácter autolimitado, ante la sospecha y según la gravedad clínica, se iniciará tratamiento con alguna de las diferentes terapias: transfusión de CPs compatibles (HPA-1a -), Ig Poliespecífica EV a la espera de la confirmación diagnóstica a través de test serológicos y/o genómicos.