

## HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA (HPN) EN EL EMBARAZO 3 CASOS CLÍNICOS – 3 CUADROS CLÍNICOS

Mariana Guimarães<sup>a</sup>, Joana Amaral<sup>a</sup>, Sónia Duarte<sup>a</sup>, Joaquim Andrade<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Ginecología y Obstetricia y de <sup>b</sup>Hematología Clínica, Hospital São João, Porto, Portugal

**Introducción:** La HPN es una enfermedad rara que se asocia frecuentemente con complicaciones trombóticas. Aparece en adultos jóvenes por lo que cuando se manifiesta en mujeres en edad fértil, puede coincidir con el embarazo .

**Casos clínicos:** Los autores presentan 3 casos clínicos de HPN en el embarazo con diferentes modos de presentación y diferentes desenlaces. **Caso 1-** Primípara, 29 años, HPN diagnosticada hace 5 años y enviada por anemia (9,4 gr/dl). Medicada con aspirina y enoxaparina 40 mg/día, transfundida con CE. A las 37 semanas presenta cefalea que se corresponde con trombosis de seno longitudinal. Sometida a cesárea selectiva; recién nacido(RN) con 2300 g. Placenta con lesiones recientes de isquemia y aumento de los depósitos de material fibrinoide. Hipocoagulada con Varfarina pos-parto; alta clínica estabilizada y sin secuelas. Anticoncepción con DIU con progestágeno. **Caso 2-** Primípara, 27 años, HPN diagnosticada hace 8 años y enviada por anemia (6 gr/dl). Antecedentes de trombosis de la vena hepática. Gestación no programada durante tratamiento con Varfarina. Inició nadroparina 0,6 cc de 12/12h y transfusiones periódicas. Parto eutócico inducido a las 37 semanas bajo analgesia epidural. RN con 2340 g; discreta ventriculomegalia, sin compromiso neurológico y sin malformaciones visibles. Placenta con lesiones de isquemia y aumento de depósitos de fibrina. Hipocoagulada con Varfarina y con necesidad de soporte transfusional mensual. Anticoncepción con método de barrera. **Caso 3-** Primípara, 25 años, enviada a las 14 semanas de gestación con trombocitopenia grave ( $43,0 \times 10^9/L$ ) y anemia, diagnosticada de HPN en ese momento. Inició dalteparina 5000 12/12 h y transfusiones ocasionales. A las 30 semanas, agravamiento de la trombocitopenia ( $14,0 \times 10^9/L$ ) y amenaza de parto prematuro. Inducción de la madurez pulmonar fetal y inducción del parto a las 34 semanas. Parto eutócico. RN 2240 g. Placenta con depósitos de material fibrinoide subcoriónico y perivelloso, endarteritis proliferativa y focalmente obliterativa. Hipocoagulada con Varfarina y anticoncepción con DIU con progestágeno. Recuperación de los valores hematológicos a los 12 meses pos-parto.

**Conclusión:** Con la presentación de estos casos clínicos, los autores pretenden resaltar: 1º La HPN, a pesar de ser una enfermedad grave, no contraindica el embarazo si éste es programado y seguido en consulta específica. 2º La HPN es una enfermedad con alto riesgo tromboembólico, agravada por la hipercoagulabilidad propia de la gestación, por lo cual, incluso sin historia trombótica anterior, la embarazada afecta debe realizar tratamiento anticoagulante. 3º En caso de embarazadas con HPN el parto deberá ser programado de acuerdo con el cuadro clínico materno, e incluso en circunstancias aparentemente favorables, ponderado a partir de las 34 semanas. 4º Aunque poco probable, la HPN deberá ser considerada en casos de embarazo asociado a anemia y/o trombocitopenia graves.