

Isoinmunización RhD

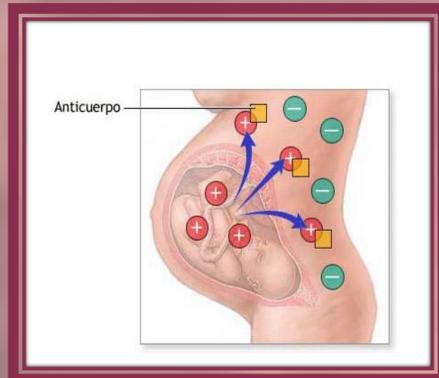
A propósito de un caso

Autores: Martínez Galan, Paloma*; Martín Rodríguez, Cristina**, Quintas Ramos, Sarai** . *Matrona, ** DUE

ANTECEDENTES

Las células sanguíneas humanas presentan numerosos antígenos. Los más importantes son ABO y el sistema rhesus (Rh), siendo el antígeno D el más significativo debido a su capacidad antigénica.

La sensibilización anti-D se produce en mujeres D -, cuando su sangre se ponen en contacto con sangre D+ (pudiendo ser a través de transfusión feto- materna). En un primer contacto se generan anticuerpos Anti-D. En un segundo contacto con D+ los anticuerpos se generan en mayor cantidad y más rápidamente.



La transfusión feto- materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, es más frecuente en el 3º trimestre, tras eventos favorecedores (muestra de vellosidades coriónicas, amniocentesis, versión externa, abortos, hemorragias ante-parto o traumas abdominales) y después de un parto con RN RhD+

Una vez ocurrida la sensibilización es irreversible.

Los anticuerpos Anti RhD atraviesan la placenta destruyendo los glóbulos rojos fetales, como consecuencia se produce anemia, insuficiencia cardíaca, ictericia (kernicterus), edema (hydrops) y muerte fetal. Siendo más frecuente en una segunda gestación

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos (cochrane, scielo, pubmed, cuidatge, cuiden, fisterra)
Seguimiento de la evolución del caso clínico durante la gestación

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años, GAV1-0-1, parto normal. En su 2ª gestación se diagnostica isoinmunización Anti-D. En 1º coombs realizado presenta títulos 1/8, refiere haberse puesto gammaglobulina anti-D tras parto anterior.

Se realizaron determinaciones seriadas de títulos de anticuerpos que evolucionaron durante la gestación hasta 1/128.

En controles ecográficos se observaron signos de anemia fetal leve a partir de la semana 36.

Se decide manejo expectante con controles ecográficos, RCTG y determinación de títulos de anticuerpos.

Parto a las 36+5 semanas de inicio espontáneo, naciendo una mujer de 3.610kg, apgar 9/10. Reanimación piel con piel.

Debido al buen estado de la neonata se queda con la madre iniciando LM precoz. Actualmente sana.

Nueva gestación pasados 2 años, de curso normal, no se elevaron los títulos de anticuerpos ni el feto presentó anemia. Tercer parto normal a las 36+4 semanas, con RN varón sano, apgar 9/10 y actualmente sano.

TRATAMIENTO

Prevención:

Administrar la gammaglobulina Anti-D:

- ☀ Tras cualquier evento que pueda favorecer la transfusión feto-maraterna,
- ☀ De forma rutinaria en 3º trimestre (28- 30 semanas)
- ☀ Tras el parto cuando el RN sea RhD+

Se administrará 1500iu en una sola dosis IM.

Si apreciase:

- ☀ Control seriado de títulos de antígenos
- ☀ Determinación de grado de anemia fetal (ecografía doppler, determinación de bilirubina en líquido amniótico, RCTG)
- ☀ Transfusión fetal si anemia grave
- ☀ Finalización de la gestación
- ☀ Al RN exanginotrasfusión y fototerapia

CONCLUSIONES

Se debe administrar la gammaglobulina anti-d de forma rutinaria durante la gestación, tras eventos favorecedores de TFM y tras parto de RN RhD+.

Se logra una disminución de la isoinmunización anti-d

La administración de gammaglobulina anti-d no está exenta de riesgos (transmisión de VHC o VIH): los beneficios superan a los riesgos

La detección precoz permite un seguimiento adecuado de la gestación y su finalización cuando la situación fetal lo indique, así como prestar cuidados neonatales oportunos

