

Enfoque Diagnóstico y Terapéutico de las Anemias Neonatales



Hugo Donato

CONFERENCIA

Hospital de Niños de San Justo

E-mail: hcdonato@gmail.com

HEMATOLOGÍA, Vol.17
Número Extraordinario
XXI CONGRESO
Octubre 2013

Las causas de anemia en período neonatal son múltiples, pudiéndose clasificar en tres grandes grupos según el mecanismo causal: defecto de síntesis, hemorragia o hemólisis.

Además de ellas, la anemia del prematuro, que es una entidad con características únicas. Una adecuada historia clínica, sumada a la realización de las pruebas de laboratorio en la secuencia adecuada, permite llegar rápidamente a un diagnóstico presuntivo, el que deberá ser posteriormente confirmado mediante la realización de pruebas específicas.

El interrogatorio debe incluir la búsqueda de antecedentes maternos, familiares y obstétricos, características de la anemia, examen físico del niño y examen de la placenta. Los mejores parámetros de laboratorio para orientación son el recuento reticulocitario, la prueba de Coombs directa (PCD) y la observación del extendido de sangre periférica.

Anemias por defecto de síntesis:

Son muy poco frecuentes. Las principales causas a considerar son anemia de Blackfan-Diamond y aplasia roja secundaria a infección intrauterina por parvovirus B19.

Anemias secundarias a hemorragia:

Se estima que la pérdida de sangre origina 5-10% del total de las anemias neonatales severas. La transfusión feto-materna es causa de anemia en 0,5-1% de los embarazos. Sus causas son múltiples, siendo la amniocentesis una de las principales, con una incidencia de hemorragia fetal >80 ml en el 0,1% de los casos. Se diagnostica mediante la técnica de elución ácida de Kleihauer-Betke. El cuadro con mayor morbimortalidad es la transfusión gemelo-gemelar, que se presenta en 5-33% de embarazos con gemelos monocoriales. En la forma aguda los gemelos son

de peso similar (diferencia no mayor de 20% entre ambos), pero presentando diferencia >5 g/dL en la concentración de hemoglobina. En la forma crónica, el donante se anemiza gradualmente y, como consecuencia, sufre retardo del crecimiento, mientras que el receptor se va poniendo policitémico y macrosómico.

Anemias hemolíticas:

Sus causas más frecuentes son la incompatibilidad de grupo sanguíneo - ABO, Rh u otros- y las anemias hemolíticas hereditarias (AHH) -principalmente esferocitosis hereditaria y deficiencia de G6PD-. Todas son potencialmente muy graves: sobre 93 casos de kernicterus por hiperbilirrubinemia tardía, el 51% fueron por incompatibilidad y el 30% por AHH. El diagnóstico de incompatibilidad se realiza básicamente por la positividad de la PCD, a excepción de las debidas a ABO, en quienes es positiva solo en 20-25% de los casos. Se debe sospechar AHH en los siguientes casos:

- a) hiperbilirrubinemia moderada a severa, con o sin anemia, sin incompatibilidad;
- b) anemia con reticulocitosis, sin causa evidente;

- c) niño asintomático, con antecedente familiar (padres, hermanos) conocido de anemia hereditaria.

Nunca se debe olvidar que una AHH puede coexistir con incompatibilidad de grupo.

Anemia del prematuro:

Se ve en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (<1.500 g). Su etiología es multifactorial, siendo los principales mecanismos una respuesta inadecuada de eritropoyetina frente a la hipoxia tisular y la excesiva cantidad de sangre extraída para estudios de laboratorio. Para su prevención y tratamiento se dispone básicamente de cuatro herramientas:

- a) Disminución de cantidad y volumen de las extracciones para laboratorio;
- b) Aplicación de criterios transfusionales más estrictos;
- c) Utilización de eritropoyetina recombinante;
- d) Implementación de nuevas prácticas transfusionales.