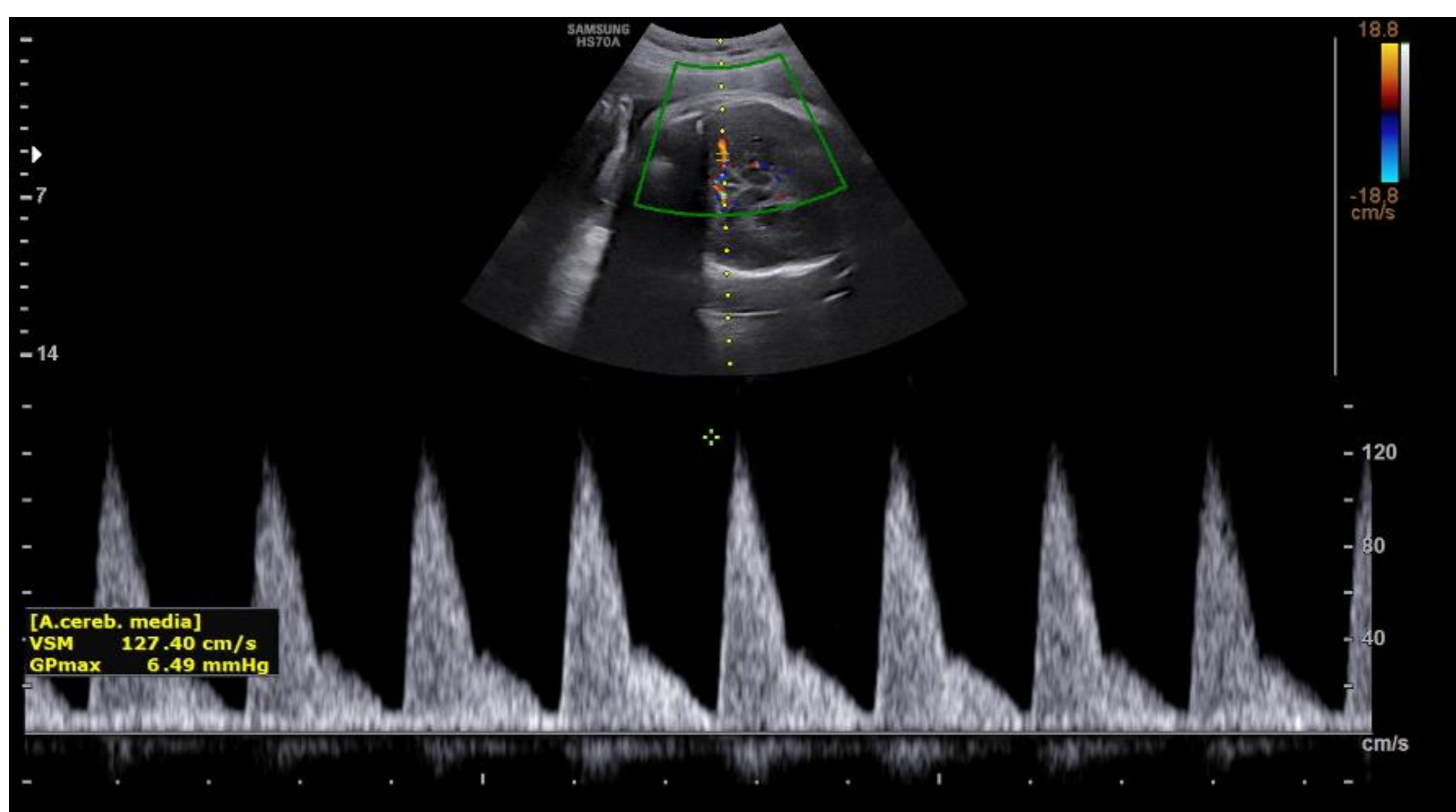


TRANSFUSIÓN FETO-MATERNA MASIVA, MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Ferrer Mileo, Cristina¹; Bolea Muguruza, Gabriela¹; Font Roset, Maria¹; Hernández Pérez, Susana¹
¹Servicio Neonatología, Hospital Universitario Infantil Vall Hebrón, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

- ✓ La **transfusión fetomaterna (TFM)** es una entidad infrecuente y potencialmente letal. Consiste en la entrada de sangre fetal hacia la circulación materna.
- ✓ Dependiendo del volumen y la velocidad de instauración, la clínica fetal varía en un amplio rango, considerándose “masiva” volúmenes >80-150 ml con alta probabilidad de afectación grave.
- ✓ La incidencia es desconocida, y en la mayoría de las ocasiones no se encuentra un desencadenante.
- ✓ Su **presentación clínica es tardía e inespecífica** (disminución de movimientos fetales, alteraciones del registro cardiotocográfico) dificultando su diagnóstico prenatal.
- ✓ La aparición de marcadores ecográficos como el aumento de la **velocidad pico sistólica de la arteria cerebral media (PS- ACM)** han demostrado ser útiles en la detección precoz de anemia moderada-grave.
- ✓ El diagnóstico definitivo se realiza mediante la detección de hemoglobina fetal en sangre materna.



RESUMEN DEL CASO

Recién nacida prematura (33+2/6 semanas de gestación, peso 2100gr), que nace por cesárea urgente ante la sospecha de anemia fetal grave. Consultan en urgencias por disminución de movimientos fetales. El registro cardiotocográfico resulta no tranquilizador y se realiza **doppler fetal con PS-ACM de 2.6MoM**.

Nace mujer, precisando reanimación avanzada en sala de partos (APGAR 3/4/5), destacando a la exploración palidez mucocutánea marcada.

Al ingreso hemoglobina 1.8g/dL y hematocrito del 5.3%. Destaca también hipotensión refractaria, coagulopatía y acidosis metabólica persistente. Precisa hasta 2 concentrados de hematíes y 1 plasma fresco congelado.

Se realiza **test de Kleihauer- Betke**, obteniéndose un 4% de hemoglobina fetal en sangre materna (190ml aproximadamente, 82% de la volemia). Durante su ingreso destaca inestabilidad hemodinámica, así como encefalopatía grave y estatus epiléptico. **Se realiza RMN que muestra imágenes compatibles con encefalopatía hipóxico- isquémica grave**. La paciente fallece a los 5 días de vida.

CONCLUSIÓN

La TFM masiva es una entidad grave, con una alta morbimortalidad perinatal, que requiere un diagnóstico de sospecha precoz para minimizar el impacto fetal y neonatal. La cordocentesis nos da el diagnóstico definitivo, pero es una prueba invasiva no exenta de riesgos.

El **doppler de la arteria cerebral media (ACM)** se ha propuesto recientemente como método de **screening** útil y válido, que nos permite un diagnóstico precoz. Según la literatura, un punto de corte con un **PS- ACM > 1.5MoM** sugieren **anemia fetal moderada- grave** y requieren de una actuación urgente.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS TFM:

- Traumatismo materno
- Versión cefálica externa
- Anomalías placentarias
- Preeclampsia
- Procedimientos invasivos

Disminución movimientos fetales
 Registro cardiotocográfico alterado
 Doppler fetal PS-ACM >1.5



Sospecha Anemia Fetal Grave

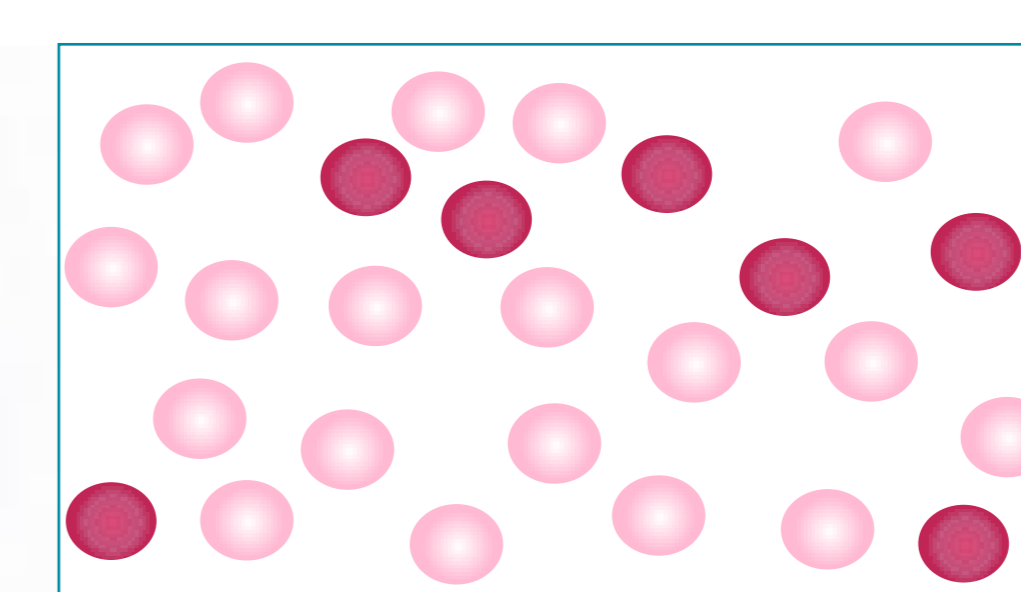


Cesárea urgente



APGAR 3/4/5

- Test de Kleihauer- Betke:
4% HbF en Sangre materna
(82% volemia fetal)
- Hemoglobina al nacimiento 1.8g/dL



TEST KLEIHAUER-BETKE:
ELUCIÓN ÁCIDA

● ETRITROCITOS MATERNOS
 ● ETRITROCITOS FETALES
 (HbF: ácido resistente)



Inestabilidad Hemodinámica
 Coagulopatía
 Estatus epiléptico



Encefalopatía hipóxico-isquémica grave
 (RMN precoz)
 Fallecimiento 5 días de vida