

ID: 234

## **HIDROPS FETAL ALOINMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ferrero Díaz A (Speaker) (1), Rendo Vázquez A (1), García Monje M (2), Manjon Herrero A (1), Lopez Conde I (1), Mesía Yañez S (2), Pérez Pacín R (2).

(1) Pediatría, HULA. (2) Pediatría, HULA.

### **Presentación**

El Hidrops fetal se caracteriza por edema subcutáneo generalizado con acúmulo de líquido en cavidades.

En la actualidad la principal causa son procesos no inmunitarios, aunque clásicamente era debida a la enfermedad hemolítica del recién nacido.

La exposición materna a antígenos extraños (a través de transfusiones de sangre, abortos?) desencadena la producción de anticuerpos IgG específicos. Durante la gestación el paso transplacentario de la IgG dirigida contra antígenos fetales ocasiona la destrucción de los hematíes del feto.

El grupo antigénico principalmente implicado en la generación de anticuerpos maternos es el Rh. Debido utilización generalizada de la inmunoglobulina anti-D, antígenos menores del Rh (Kell, Duffy, E, C y c) son responsables ahora de una mayor proporción de casos de anemia hemolítica isoimmune.

### **Caso Clínico**

Recién nacida de una primera gestación de madre de 43 años, con antecedente de aplasia medular a los 18 años (múltiples transfusiones). FIV con ovodonación. Grupo sanguíneo materno 0, Rh positivo, con anticuerpos en suero anti-K y anti-c. A Partir de la semana 31 sospecha de anemia fetal y signos de hidrops fetal por lo que se realiza transfusión intraútero en 2 ocasiones.

Parto por cesárea a las 34 semanas presentando al nacimiento marcada palidez cutáneo-mucosa, distensión abdominal con componente de hepatoesplenomegalia y distrés respiratorio moderado secundario. Precisa paracentesis evacuadora, no presentando derrame pleural ni pericárdico. Se realiza exanguinotransfusión en 2 ocasiones en las primeras 48 h de vida y recibe fototerapia intensiva hasta los 7 días de vida. Administradas múltiples dosis de albúmina, transfusión de concentrado de hematíes (x2) y plaquetas (x2). Colestasis secundaria y aparición del síndrome del niño bronceado. Buena evolución siendo alta a los 25 días de vida, con exploración física normal salvo abdomen globuloso con esplenomegalia en descenso.

### **Conclusiones**

La presencia de anticuerpos anti-Kell y anti-c maternos es rara (0,1-0,2% de las embarazadas). En la mayoría de los casos (80%) existe historia previa de transfusiones sanguíneas y/o abortos.

En este caso, conocer los antecedentes maternos nos permite establecer el diagnóstico e instaurar un tratamiento precoz intraútero y neonatal, pues se trata de una patología con alto porcentaje de morbimortalidad.