

TROMBOFILIAS

Las trombofilias representan una predisposición hereditaria o adquirida a desarrollar trombosis debido a anomalías en la coagulación. En el contexto del embarazo, estas condiciones se asocian tanto a complicaciones trombóticas maternas como a morbilidad placentaria significativa.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Trombofilia: predisposición hereditaria o adquirida a desarrollar trombosis debido a anomalías en la coagulación.

En el embarazo, se asocia a:

- Trombosis venosa profunda (TVP), embolia pulmonar.
- Morbilidad placentaria: pérdida fetal, preeclampsia, RCIU, DPPNI.

Trombofilias hereditarias (50%)

- Mutación del factor V Leiden (FVL): resistencia a la proteína C activada.
- Mutación de protrombina G20210A: ↑ niveles de protrombina.
- Deficiencia de antitrombina (AT): inhibidor natural de la trombina.
- Deficiencia de proteína C y proteína S: anticoagulantes naturales.
- Hiperhomocisteinemia: generalmente secundaria a mutaciones MTHFR (relación clínica controversial).

Trombofilias adquiridas

Síndrome antifosfolípido (SAF):

- Presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL) + manifestaciones clínicas.
- Principal causa adquirida de trombofilia obstétrica.

FISIOPATOLOGÍA Y RIESGO EN EL EMBARAZO

Estado de hipercoagulabilidad fisiológica

Durante el embarazo existe un estado de hipercoagulabilidad fisiológica:

- ↑ fibrinógeno, factores VII, VIII, X.
- ↓ proteína S libre.
- Disminución de fibrinólisis.

Las trombofilias amplifican este estado:

- ↑ riesgo de trombosis materna.
- Alteraciones en la placentación → infartos, isquemia, complicaciones fetales.

Riesgo de trombosis

Embarazo: riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) se ↑ 5-6 veces.

Mayor riesgo:

- Tercer trimestre y puerperio.
- Inmovilización, cesárea, obesidad, >35 años.

Eventos asociados

- Trombosis venosa.
- Pérdida fetal recurrente (>10 sem o $\geq 3 < 10$ sem).
- Preeclampsia grave o precoz (<34 sem).
- RCIU (<10 percentil).
- DPPNI.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO

Sospecha clínica

- Historia personal o familiar de trombosis venosa.
- Pérdidas fetales inexplicadas.
- Preeclampsia temprana o RCIU sin otra causa.

01

Pruebas de laboratorio

- FVL y protrombina G20210A: PCR.
- Antitrombina, proteínas C y S: determinación funcional (ojo con niveles falsamente bajos en embarazo).
- Homocisteína plasmática: utilidad limitada.

02

SAF (criterios de Sapporo)

Clínicos: trombosis o pérdida fetal.

Laboratorio (repetidos en ≥ 12 semanas):

- Anticoagulante lúpico.
- Anticardiolipina IgG/IgM (título medio-alto).
- Anti- $\beta 2$ -glicoproteína I IgG/IgM.

03

Manejo trombofilias hereditarias

Sin antecedentes de trombosis:

- Profilaxis no indicada de rutina.
- Considerar si trombofilia de alto riesgo o ≥ 2 pérdidas.

Con antecedentes:

- HBPM durante embarazo y 6 semanas postparto.

04

Síndrome antifosfolípido

Con pérdida fetal previa: HBPM + aspirina 81 mg/día desde diagnóstico hasta 6 sem postparto.

Con trombosis previa: Anticoagulación plena con HBPM + aspirina.

SAF catastrófico: anticoagulación agresiva, corticoides, inmunoglobulina o plasmaféresis.

 **Consideraciones postparto:** Mayor riesgo trombótico requiere continuar HBPM al menos 6 semanas. Evaluar anticoagulación a largo plazo según riesgo individual. ACO combinados contraindicados si trombofilia de alto riesgo.