

## TALASEMIA Y EMBARAZO. VALORACIÓN CLÍNICO-BIOLÓGICA DE 96 GESTACIONES

J.A. Muñoz<sup>a</sup>, C. Cos<sup>a</sup>, C.E. Risueño<sup>b</sup>, M.L. Bengoechea<sup>a</sup>, P. Ropero<sup>c</sup>, A. González<sup>c</sup>, M.J. Hernández<sup>a</sup>, L. Santos<sup>a</sup> y A. Villegas<sup>0c</sup>

<sup>a</sup>S de Hematología H.U. "Puerta del Mar" de Cádiz. <sup>b</sup>IES "Fte de Cortadura" de Cádiz. <sup>c</sup>S Hematología H.C. "San Carlos" de Madrid.

El programa de diagnóstico y tratamiento de talasemias (1980) tiene como objetivos su diagnóstico por métodos sencillos y rápidos que se puedan aplicar a grandes poblaciones; la atención a determinados grupos de riesgo (niños y embarazadas) y el consejo genético. La gestación supone una acentuación del grado de anemia de las pacientes con talasemia relacionada con fenómenos hemolíticos, déficit de factores madurativos, etc. Presentamos los datos clínico-biológicos de 96 gestaciones en 75 pacientes con talasemia heterocigoto que han sido seguidas en nuestra consulta.

**Pacientes y métodos:** 96 gestaciones en 73 mujeres con  $\beta^0$  talasemia y 2 con  $\beta^0/\beta^0$  talasemia en sus formas heterocigotos. En 2 mujeres sus parejas también eran portadoras de  $\beta^0$  talasemia y una se sometió a estudio prenatal en los dos embarazos que ha tenido. Mensualmente se realiza hemograma con reticulocitos, estudio de factores madurativos (hierro, vitamina B<sub>12</sub> y folatos) y de hemólisis.

**Resultados:** A los 7 meses de gestación se observa el valor mas bajo de Hb ( $8,9 \pm 1,4$  g/dl) que se corresponde con la elevación del TIBC ( $480 \pm 160$  ug/dl) y descenso de la ferritina ( $20 \pm 12$  ng/ml). Las variaciones en el Receptor de la transferrina son mínimas. Estos valores se recuperan en un 60% de los casos en el puerperio. En 4 gestaciones se ha producido un déficit de folatos y eran pacientes que no seguían un tratamiento reglado con dicha vitamina. Fue necesario instaurar tratamiento con hierro en 38/96 gestaciones (40%). Se produjeron 4 abortos, 3 sin causa conocida y 1 tras la realización de los estudios prenatales. No nació ningún niño con talasemia homocigoto. En el puerperio, 12 gestantes (13%) presentaban niveles de Hb inferiores a 7 g/dl siendo necesario recurrir a la hemoterapia en 7 casos. Todas las pacientes a las que se propuso la utilización de EPO para tratar de corregir la anemia rehusaron dicho fármaco.

**Conclusiones:** 1) Es necesario tener establecidos programa de estudio y atención a las pacientes con talasemia debido a la alta incidencia de agravamiento de la anemia en el curso del embarazo. 2) Reciben hemoterapia un 10% de los embarazos. 3) No hemos tenido ningún niño homocigoto en todos los casos que tenemos controlados dentro del programa de diagnóstico de talasemia y hemoglobinopatías.