

Gestación en contexto de mastocitosis sistémica

A propósito de un caso

Eider Urrejola. Verónica Hernández . Gabirel Bellón. Amaia Múgica
Hospital universitario de Basurto (HUB)

Mastocitosis

Qué es

Acumulación de mastocitos en diversos órganos como piel, médula ósea, bazo o tracto gastrointestinal. Manifestación clínica heterogénea generalmente en brotes tanto por secreción de mediadores mastocitarios como por la propia infiltración.

Por qué en embarazo

Prevalencia de 1/10.000 personas, principalmente **mujeres adultas**.

Embarazo y parto pueden desencadenar empeoramiento de síntomas y crisis: *flushing* cutáneo, urticaria, síntomas gastrointestinales e incluso anafilaxis.

Empeoramiento en 22% de casos, estabilidad en un 45% y mejoría en un 33%

Importancia de correcto manejo

Incidencia de anafilaxis en el parto en población general es de 2.7/ 100.00, en mastocitosis de **8%**. La hipotensión materna afecta flujo sanguíneo uterino y puede causar daño fetal. La crisis intraparto aumenta el riesgo de cesárea a 74%

Claves en el manejo obstétrico:

- Equipo multidisciplinar: hematología, anestesia, obstetras
- Si es preciso tratamiento: antihistamínicos anti H1 (Clorfenamina / Cetirizina/ Loratadina); anti H2 (Ranitidina/ Famotidina) o corticoterapia (prednisona oral). En casos extremos puede valorarse uso de interferón alfa-2b
- La vía de parto (vaginal vs. cesárea) no afecta en los resultados
- En caso de inducción preferible oxitocina a prostaglandinas
- Medicación profiláctica periparto oral o intravenosa con combinación de fármacos:
Anti H1 + Anti H2 + corticoides
- No se han descrito limitaciones en uso de anestesia local, epidural o general
- Equipo y fármacos para resucitación preparados en paritorio: anti H1, anti H2 y adrenalina
- Monitorización estrecha en puerperio inmediato/ inicial

A propósito de un caso en HUB

36 años. AMQ: Heterocigosis factor V de Leyden. **Mastocitosis** sistémica con baja carga mastocitaria en control por hematología. TTO habitual: Desloratadina + ranitidina

- AGO: G3P1A1
- Manejo gestacional en consulta embarazo alto riesgo. TTO ajustado: Loratadina 10 mg/12h+ Enoxaparina 40mg/24h. Sin crisis en el embarazo.
- Ingreso en 40 +3 sg por REBA con bishop 2. Se realiza manejo expectante monitorizado 12h.
- Administración de tratamiento profiláctico 1h antes de inicio de inducción con oxitocina:
Urbason 60 mg IV + Ranitidina 1 amp IV + Polaramine 1 amp IV
- Administración de anestesia epidural precoz
- Parto eutócico de RN sano
- Monitorización en área de partos durante 3h sin incidencias. Alta a domicilio en 48h.

Bibliografía:

- Up to date: Mastocytosis (cutaneous and systemic) in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. Revisión de septiembre de 2024
- "Mastocytosis: Fertility and Pregnancy Management in a Rare Disease" Ferrari J. [1] , Benvenuti P. [1] , Bono E. [1] [2] , et al. Frontiers in Oncology Publicaciones Arbitradas / Peer Reviewed volumen 12 27/04/2022
- Matito A, Álvarez-Twose I, Morgado JM, Sánchez-Muñoz L, Orfao A, Escribano L. Clinical Impact of Pregnancy in Mastocytosis: A Study of the Spanish Network on Mastocytosis (REMA) in 45 Cases. *Int Arch Allergy Immunol* (2011)
- "Rotura prematura de membranas en gestante afecta de mastocitosis cutánea" M. Moreno López, A. Redondo Villatoro, A. Perea Cruz, E. Carmona Domínguez y I.M. Fontán Atalaya. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, 2022-01-01, Volumen 49, Número 1, Artículo 100708, Copyright © 2021 Elsevier España, S.L.U.