



## CASO CLÍNICO

# Sludge amniótico como marcador ecográfico en una gestación gemelar con parto diferido del segundo gemelo

P. Padilla Iserte\*, E. Rodríguez Tárrega, J. Subirá Nadal, R. Gómez Portero, V. Diago Almela y A. Perales Marín

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

Recibido el 19 de marzo de 2012; aceptado el 12 de abril de 2012

Disponible en Internet el 7 de junio de 2012

### PALABRAS CLAVE

Sedimento amniótico;  
Ecografía;  
Gestación múltiple;  
Parto diferido;  
Parto prematuro

### KEYWORDS

Amniotic fluid sludge;  
Ultrasound;  
Multiple pregnancy;  
Delayed interval  
delivery;  
Preterm delivery

**Resumen** La presencia del sludge amniótico (sedimento amniótico) es un factor de mal pronóstico obstétrico asociado a parto pretérmino con el aumento de la morbimortalidad perinatal que esto conlleva. Por otra parte, la prevalencia de gestaciones múltiples ha aumentado en los últimos años. Este tipo de gestaciones presentan un mayor riesgo de parto pretérmino, presentándose este en ocasiones en edades gestacionales muy tempranas. Generalmente el parto del primer gemelo suele ir seguido del parto del segundo gemelo en un intervalo corto de tiempo no siendo habitual que este intervalo se prolongue durante días o incluso semanas.

Presentamos el caso de una gestación gemelar con parto diferido del segundo gemelo donde en el transcurso de su seguimiento encontramos el sludge amniótico en la valoración ecográfica.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Amniotic fluid sludge as an ultrasound marker in a twin pregnancy with delayed interval delivery of the second twin

**Abstract** The presence of amniotic fluid sludge is a marker of poor obstetric prognosis because of its association with preterm delivery, which carries greater perinatal morbidity and mortality. The prevalence of multiple pregnancies has increased in the last few years. These pregnancies are at risk of preterm delivery, which sometimes occurs at very preterm gestational ages. Delivery of the first twin is usually soon followed by that of the second twin and an interval of days or even weeks is unusual. We present the case of a twin pregnancy with delayed interval delivery of the second twin and a finding of amniotic sludge in the ultrasound assessment.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablo.iserte@hotmail.com](mailto:pablo.iserte@hotmail.com) (P.P. Iserte).

## Introducción

Se conoce como sludge amniótico al hallazgo ecográfico casual de material hiperecogénico flotando libremente en el interior del líquido amniótico en las proximidades del orificio cervical interno, encontrado en la exploración cervical mediante sonda transvaginal.

Se ha demostrado que su presencia actúa como factor de riesgo independiente, aumentando la incidencia de parto prematuro, rotura de membranas pretérmino, invasión microbiológica en pacientes con bolsa íntegra y corioamnionitis histológica en aquellas gestantes que lo presentan, con la consiguiente repercusión negativa en los parámetros de morbimortalidad maternofetal.<sup>1</sup>

Aun con todo ello, todavía a día de hoy, no está descrita su prevalencia ni su utilización en la práctica clínica como marcador predictivo en gestaciones de alto riesgo.

## Caso clínico

Paciente de 34 años primigesta, con antecedentes personales de esterilidad primaria de 2 años de evolución y miomectomía vía laparotómica sin entrada en cavidad, 10 meses antes de la gestación.

Gestante mediante fecundación in vitro, tratándose de una gestación gemelar bicorial biamniótica de curso normal hasta la semana 15 en el que la paciente ingresa en otro centro hospitalario por metrorragia, produciéndose el parto del primer gemelo con permanencia de placenta in situ. Ante la ausencia de dinámica posterior a la expulsión del primer gemelo, se decide con la aceptación de la paciente pauta expectante con controles analíticos y ecográficos seriados; indicándose reposo absoluto y tratamiento con progesterona micronizada vía vaginal a dosis de 200 mg/12 h y bempiparina sódica 2.500 UI subcutánea/24 horas profiláctica por dicha inmovilización. Los controles analíticos seriados resultan normales salvo anemia (hemoglobina de 8,10 mg/dL) que fue tratada con feroterapia oral. Los controles ecográficos se mantienen dentro de la normalidad.

En la semana 22, la paciente comienza con spotting y síntomas compatibles con rotura prematura de membranas por lo que es remitida a nuestro hospital. En la exploración inicial en el ingreso, no se evidencia fluir líquido amniótico (LA) de forma espontánea ni tras maniobras de Valsalva; se practica una ecografía abdominal en la que se observa una biometría acorde a las semanas de gestación con un PFE de 505 gramos, un volumen de LA normal, ambas placentas normoinseridas y la presencia de 4 miomas localizados en tercio inferior de cara anterior cuyos tamaños oscilan entre 34 y 9 mm y en la ecografía transvaginal la longitud cervical es de 27 mm sin embudización. No obstante se detecta la proteína IGFBP-1 (PROM test®) positiva en exudado cervicovaginal, por lo que se ingresa a la paciente con diagnóstico de sospecha de rotura prematura de membranas pretérmino. Se pauta inicialmente tratamiento antibiótico profiláctico con ampicilina (2gr/6 h) y eritromicina (250/6 h) ambas por vía intravenosa.

Se toman cultivos cervicovaginales que resultan negativos. Se solicitan analíticas seriadas que resultan normales salvo la anemia previamente descrita (Hb 8,4 mg/dL Hto 25,2%) destacando la ausencia de leucocitosis o neutrofi-



**Figura 1** Se evidencia longitud cervical de 28m sedimento/barro amniótico (flechas) próximo a OCI.

lia (leucocitos 8.500 con neutrofilia del 73,6%) y un valor de PCR de 1.

Se realizan controles ecográficos seriados semanales que resultan normales, en la semana 24 se observa una biometría acorde a las semanas de gestación con PFE de 617 gramos, ILA 11,5 cm con laguna máxima de 3,4 cm. En la ecografía transvaginal se aprecia longitud cervical de 28 mm sin embudización en condiciones basales pero tras presión en fondo uterino se modifica a 23 mm con embudización en «V», llamando la atención la existencia de imágenes hiperecogénicas sobre OCI compatibles con sedimento amniótico (fig. 1).

La evolución clínica de la paciente es favorable, no presentando metrorragia, pérdidas de líquido amniótico, fiebre, dinámica o dolor abdominal durante su estancia hospitalaria, por lo que se decide su alta en la semana 24+5 días y control ambulatorio tras no confirmarse la rotura prematura de membranas sospechada en un primer momento.

Los controles ambulatorios son normales manteniéndose la paciente asintomática hasta la semana 27+2 en que consulta por metrorragia. Se evidencian en la exploración restos hemáticos en vagina en cantidad similar a una regla sin sangrado activo a través de OCE. En ecografía transvaginal se aprecia una longitud cervical de 20 mm con embudización en «V». En el cardiotocograma se evidencia dinámica regular, por lo que se procede a su ingreso con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro. Se instaura tratamiento tocolítico con nifedipino y corticoterapia para maduración pulmonar fetal; se toman de nuevo cultivos cervico-vaginales detectándose positividad del cultivo de exudado cervical para enterococo sensible a fosfomicina, por lo que se administra tratamiento antibiótico específico.

Durante su estancia hospitalaria cede la dinámica, no presenta nuevos episodios de metrorragia, los controles analíticos son normales (a destacar Hb de 11 mg/dL y ausencia de leucocitosis), en los registros cardiotocográficos no se evidencia dinámica uterina y en la ecografía practicada se informa de feto en podálica con PFE de 1.200 gramos con LA normal (ILA de 16 cm con laguna máxima de 6,8 cm) longitud cervical de 11 mm sin embudización (fig. 2) y sin apreciarse imágenes compatibles con barro amniótico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812874>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812874>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)