



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Trombosis fetal extensa de vena cava inferior y vena renal derecha



Ana Moreno Reviriego^{*}, Julio Díaz González, Cristóbal Frontela Hernández,
Olga Viñas Aparicio y María López-Menéndez Arqueros

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Río Carrión, Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España

Recibido el 2 de febrero de 2013; aceptado el 13 de noviembre de 2013
Disponible en Internet el 1 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Trombosis de la vena
cava inferior;
Trombosis de la vena
renal;
Trombosis fetal

KEYWORDS

Inferior vena cava
thrombosis;
Thrombosis of renal
veins;
Prenatal thrombosis

Resumen La trombosis de la vena cava inferior desarrollada en la vida intrauterina es un evento extremadamente raro.

Esta entidad tiene un espectro de presentación clínica muy diverso. En las limitadas series de casos descritas, hasta en un 33% de los fetos aparece asociada a un cuadro de hidrops no inmune, en un 42% aparece como eventos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y en un 25% de los casos supone un hallazgo ecográfico casual. En más de la mitad de los casos (58%) se asocia con alteraciones crónicas maternas en la gestación (hipertensión, diabetes mellitus), aunque también pueden ser agudas como pielonefritis o preeclampsia.

Presentamos el caso de un feto que desarrolló una trombosis extensa de los dos tercios inferiores de la vena cava inferior, asociada a una trombosis de la vena renal derecha, con la posterior atrofia de riñón derecho. Presenta una circulación colateral a expensas de la vena ácigos muy dilatada.
© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Extensive thrombosis of the inferior vena cava and right renal vein in a fetus

Abstract Thrombosis of the inferior vena cava in a fetus is an extremely rare event.

The spectrum of clinical presentation is very broad. In the few cases described, up to 33% are associated with non-immune hydrops and 42% carry a risk of fetal distress; 25% of cases are detected as an incidental ultrasound finding. This entity is associated with chronic maternal disorders during pregnancy (hypertension, diabetes mellitus) in more than half all cases (58%), but can also be associated with acute disorders, such as pyelonephritis or preeclampsia.

We report the case of a fetus with extensive thrombosis of the lower two thirds of the inferior vena cava, associated with thrombosis of the right renal vein with subsequent atrophy of the right kidney. The fetus had collateral circulation, leading to a highly dilated azygos vein.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

^{*} Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anamorevi@gmail.com (A. Moreno Reviriego).

Introducción

La trombosis de la vena cava inferior desarrollada en la vida intrauterina es un evento extremadamente raro. Su incidencia es difícil de definir, ya que existen pocos casos descritos en la literatura y las series de casos son muy limitadas¹.

Este hecho se encuentra asociado a otras trombosis fetales como la de la vena porta, trombosis intracraneales pero, sin duda, la asociación más relevante es la de la trombosis de vena renal, que coexiste hasta en un 60-70% con los casos de trombosis de la vena cava inferior (VCI). En el neonatos estos 2 eventos trombóticos se relacionan a su vez con la existencia de hemorragia suprarrenal, más frecuentemente en el lado izquierdo².

La trombosis de la VCI tiene un espectro de presentación clínica muy amplio. En las limitadas series de casos descritas, hasta en un 33% de los fetos aparece asociada a un cuadro de hidrops no inmune, en un 42% aparece como eventos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y en un 25% de los casos supone un hallazgo ecográfico casual. En más de la mitad de los casos (58%) aparecen alteraciones crónicas maternas en la gestación (hipertensión, diabetes mellitus), aunque también pueden ser agudas como pielonefritis o preeclampsia¹.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente secundigesta de 33 años sin antecedentes personales de interés, grupo sanguíneo A+, con gestación anterior sin complicaciones a excepción de un feto con ectasia renal bilateral.

Durante la gestación actual no se describen incidencias. La ecografía morfológica de la semana 20 de gestación no presentó hallazgos patológicos. Las serologías son negativas (toxoplasma, VDRL, VIH, VHC, VHB) e inmune para rubeola.

En control ecográfico rutinario del tercer trimestre (semana 32) se objetiva una ausencia de flujo en los dos tercios inferiores del trayecto de la vena cava inferior, por lo que se sospecha una trombosis extensa de dicho vaso. Solamente se aprecia la luz de dicho vaso en su porción superior, objetivándose un engrosamiento importante de las paredes del mismo, así como un trayecto de morfología tortuosa. Adyacente a la aorta, se aprecia un vaso anormal de gran tamaño. Se trata de la vena ácigos, que se encuentra intensamente dilatada.

Coexiste una trombosis de la vena renal derecha, con ausencia total del flujo arteriovenoso en su trayecto. Encontramos el riñón derecho atrófico, con pérdida de su anatomía normal, una cortical extremadamente disminuida y una ecogenicidad muy aumentada.

Se deriva a centro de referencia por ausencia de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en nuestro centro. Tras maduración pulmonar fetal con corticoides se realiza inducción de parto en la semana 35. Tiene lugar un parto eutócico con recién nacido de 2.250 g (percentil normal entre 25-50), sexo mujer, con test de Apgar al primer y quinto minuto de 9/10. No precisó reanimación neonatal.

Durante su ingreso, el recién nacido presenta una evolución favorable, permaneciendo estable, con controles de función renal normales, sin presentar hematuria

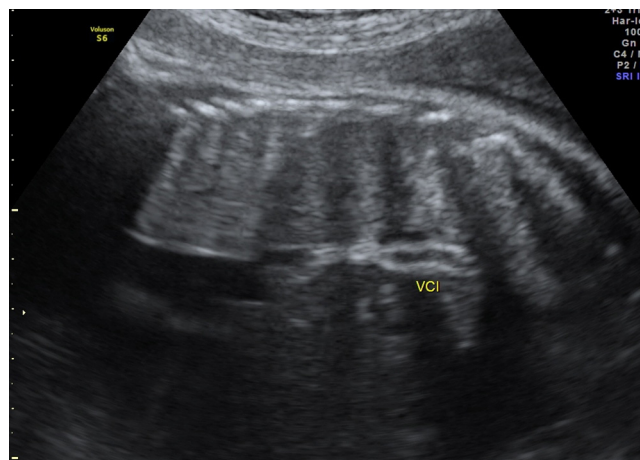


Figura 1 Trombosis de la vena cava inferior en sus 2 porciones inferiores. En el tercio superior se objetiva luz tortuosa y paredes engrosadas.

macroscópica, edemas ni otros síntomas. En el estudio analítico, se muestra un hemograma normal (hemoglobina 21 g/dl; hemotocrito 63%; plaquetas $278 \times 10^3/\mu\text{l}$) y un perfil de coagulación normal (Act PT 86%; TP 12,1 s; INR 1,2; TTPA 42 s; fibrinógeno 203 mg/dl). Se decide no instaurar tratamiento con fármacos anticoagulantes. Se comprueba mediante ecografías seriadas la ausencia de progresión del trombo en los primeros días de vida, así como la normalidad de la función renal, y la ausencia de signos de tubulopatía. En los siguientes 8 meses de vida posnatal, el recién nacido no presentó signos de insuficiencia venosa en miembros inferiores ni signos de circulación colateral.

Se realiza un estudio de coagulación a ambos progenitores. Todos los valores del padre se encuentran dentro de los límites normales. En cuanto a la madre, el perfil de coagulación básico es normal, anticoagulante lúpico es negativo, anticardiolipinas IgA, IgG son normales. Aparece un déficit de proteína S y aumento del factor VIII que no pueden ser concluyentes ya que fueron obtenidos durante el puerperio (figs. 1-4).

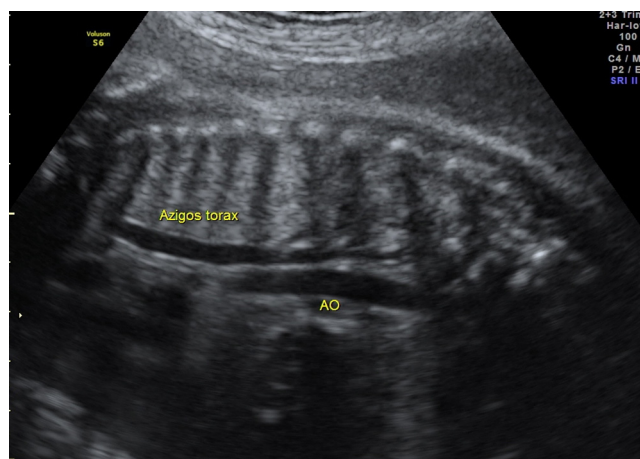


Figura 2 Circulación colateral a expensas de la vena ácigos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968645>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968645>

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