



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Ascitis fetal aislada idiopática

J. Cea García^{a,*}, A. Miceli^a, I. del Río Romero^a, M. Granero Asencio^b
e I.M. Fontán Atalaya^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Cuidados Críticos Neonatológicos, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 28 de noviembre de 2015; aceptado el 2 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Ascitis;
Aislada;
Idiopática;
Feto;
Hidrops;
No inmune

Resumen La ascitis fetal aislada es un cuadro poco frecuente, ya que en la mayoría de ocasiones se diagnostica formando parte del cuadro de hidrops fetal. Presentamos el caso de una secundigesta de 31 años y 32 semanas y 5 días, que acude a urgencias por el hallazgo de polihidramnios y ascitis fetal masiva aislada en una ecografía rutinaria. La gestación había tenido una evolución normal hasta el momento. Como dato relevante presentó una translucencia nuchal (TN) en el primer trimestre por encima del percentil 99, con un estudio de aneuploidías y ecocardiografía precoz normales, y una ecografía a las 20 semanas sin hallazgos patológicos. Una vez ingresada la paciente se indica tocólisis, maduración pulmonar fetal, se completa el estudio ecográfico morfológico fetal, Doppler fetal incluyendo pico de velocidad sistólica de la arteria cerebral media, anticuerpos irregulares, serologías TORCH y parvovirus B19, amniocentesis diagnóstica (estudio de infecciones congénitas) y evacuadora. Las pruebas realizadas resultaron negativas, por lo que se diagnosticó de ascitis fetal aislada, finalizándose la gestación mediante cesárea a las 33 semanas y 3 días por un registro cardiotocográfico (RCTG) patológico. La ascitis no tuvo repercusión en el desarrollo neonatal.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ascites;
Isolated;
Idiopathic;
Foetus;
Hydrops;
Non-immune

Idiopathic isolated foetal ascites

Abstract Isolated foetal ascites is uncommon since, in most instances, it is diagnosed as being part of a clinical condition known as hydrops fetalis. We report the case of a 31-year-old secundigravida of 32 weeks and 5 days who came to A&E due to the finding of isolated massive foetal ascites and polyhydramnios in a routine ultrasound. The pregnancy had had a normal course until this point. Relevant data include a nuchal translucency (NT) in the first trimester above the 99th percentile with aneuploidy screening, normal early echocardiography and ultrasound at 20 weeks without pathological findings. Once the patient was admitted to hospital,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jor_cea@hotmail.com (J. Cea García).

tocolysis and foetal lung maturation were indicated as well as completion of a foetal morphological ultrasound study, foetal Doppler including middle cerebral artery peak systolic velocity, irregular antibodies, TORCH and parvovirus B19 serological tests, diagnostic (study of congenital infections) and reduction amniocentesis. The tests were negative; therefore the diagnosis was isolated foetal ascites. The pregnancy was terminated by caesarean section at 33 weeks and 3 days due to pathological cardiotocography (CTG) findings. The ascites had no effect on neonatal development.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La ascitis fetal aislada se define como aquella no asociada a hidrops fetal^{1,2}. Es una entidad infrecuente ya que aparece, en la mayoría de los casos, formando parte del cuadro clínico conocido como hidrops fetal no inmune, que a su vez puede deberse a múltiples etiologías. La ascitis aislada es generalmente consecuencia de trastornos abdominales como obstrucciones del tracto urinario o del tracto gastrointestinal como peritonitis meconial³⁻⁶. La mortalidad fetal y neonatal son altas, especialmente cuando se desarrolla antes de las 24 semanas de gestación. La resolución espontánea intrauterina de los casos graves es infrecuente, cuando este ocurre suele ser de buen pronóstico y tener una causa desconocida. Presentamos el caso de una ascitis fetal aislada de causa idiopática, sin resolución intraútero ni repercusión en el desarrollo neonatal. El diagnóstico oportuno y manejo adecuado permitieron buenos resultados perinatales.

Descripción del caso

Gestante de 31 años y 32 + 5 semanas derivada por polihidramnios y ascitis fetal. Como antecedentes personales destacan apendicectomía y alergia a dihidroergotamina-propafenona. Grávida 2 Para 1 (mujer de 3.254 g, eutócico). Como antecedentes familiares destaca sobrina fallecida por cardiopatía congénita.

El grupo y Rh maternos es 0 positivo, con un test de Coombs indirecto negativo. La serología del primer trimestre resultó rubeola inmune y resto negativa. El cribado de aneuploidías en el primer trimestre fue de 1/14 para trisomía 21, con una TN de 3,6 mm (> percentil 99) y hueso nasal ausente, por lo que se realizó una ecocardiografía precoz que fue normal, y una amniocentesis genética a las 16 + 5 semanas con resultado de cariotipo normal 46,XX. No se solicitó microarrays-CGH. En la ecografía morfológica de las 20 semanas no se identificaron hallazgos patológicos. La gestación hasta el momento del ingreso fue normoevolutiva (normotensa y euglucémica).

La gestante ingresa a las 32 + 5 semanas al objetivarse en ecografía de seguimiento ascitis fetal masiva y polihidramnios. Desde hace una semana presenta catarro sin fiebre. Percibe contracciones y presenta disnea. El registro cardiotocográfico (RCTG) es reactivo con dinámica regular. El informe de la ecografía de urgencias es el siguiente: cefálica, latido fetal positivo, polihidramnios y placenta posterior. La circunferencia abdominal es de 375 mm. El peso fetal estimado es de 3.200 g y la cervicometría de

37 mm (la menor de las medidas). En cuanto a los análisis realizados en urgencias: hemoglobina (Hb) 10,8 g/dl, 11.970 leucocitos/mm³, 80% neutrófilos, plaquetas, bioquímica con proteína C reactiva (PCR) y coagulación normales. Leucocituria intensa y células descamativas moderadas en sedimento. Se inicia antibioterapia, tocolisis y maduración pulmonar fetal. Ingreso hospitalario para evaluación en Hospital de Día Obstétrico.

En Hospital de Día Obstétrico se inicia el protocolo de estudio. En la ecografía los movimientos fetales fueron escasos, el índice de líquido amniótico (ILA) de 30, con columna vertical máxima (CVM) de 13 cm. Destaca una ascitis fetal masiva que desplaza el paquete intestinal hacia el dorso fetal, visualizándose hígado y vejiga fetales suspendidos en líquido ascítico (fig. 1). Se realiza neurosonografía y ecocardiografía que fueron normales. No se evidencia hidrotórax u otros signos de hidrops. Existe una placentomegalia con grosor de 7,54 cm sin signos de corioangiomatosis. Se solicitan anticuerpos irregulares, serologías para infecciones congénitas TORCH y parvovirus B19. Se realiza amniocentesis diagnóstica y evacuadora, extrayéndose 600 cc de líquido amniótico claro, y se envía líquido amniótico al laboratorio de microbiología solicitando PCR para toxoplasma, sífilis, parvovirus B19 y citomegalovirus, en caso de que las serologías fuesen positivas. Se interrumpe el procedimiento de amniocentesis evacuadora por síncope vasovagal. La CVM tras el procedimiento es de 12 cm. El índice de pulsatilidad de arteria umbilical, de arteria cerebral media, velocidad sistólica máxima de arteria cerebral media y ductus venoso, normales. Las serologías solicitadas y los anticuerpos irregulares fueron negativos.

A las 33 + 1 semanas aparece una taquicardia fetal leve a 165 latidos por minuto, con un RCTG reactivo. A las 33 + 3 semanas el RCTG tiene escasa reactividad y variabilidad disminuida. Se realiza cesárea urgente. Nace mujer, Apgar 8-9-9 y 3.030 g. Precisa reanimación con BIPAP y se traslada a UCI neonatal con oxigenoterapia en gafas nasales. Postoperatorio de la madre sin incidencias, recibiendo el alta a los 4 días.

Evolución neonatal

Al ingreso la exploración revela un abdomen con marcada distensión por ascitis no a tensión. Perímetro abdominal de 37,5 cm a la altura del ombligo; edema de labios mayores. Se realizan radiografías de tórax-abdomen (fig. 2) identificándose desplazamiento de asas intestinales por líquido abdominal. El resto de la exploración es normal. Se avisa a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8644072>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8644072>

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