



PRESENTACIÓN DE CASO

HIDROPESÍA FETAL NO INMUNE Y ATRESIA ANORECTAL CON PERFORACION ILEAL. INFORME DE CASO

FETAL HYDROPS NOT IMMUNE AND ATRESIA ANORECTAL WITH PERFORATION ILEAL. INFORM OF CASE

*Autor: Yoani Vladimir Pedroso Pérez**

*Licenciado en Imagenología. Máster en Medios Diagnósticos. Profesor Instructor. Hospital Docente Ginecobstétrico. Materno Infantil 10 de Octubre La Habana, Cuba. Email: yvpedroso@gmail.com; yoanisvla@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de una gestante de 38 años, con una edad gestacional de 32 semanas, la cual acude al servicio de obstetricia del Hospital Regional del distrito de Pala, Mayo Kebbi Ouest, República del Tchad, refiere opresión torácica, dificultad respiratoria y dolor abdominal. Se le realiza una ecografía exploratoria abdominal y obstétrica, observándose la existencia de abundante cantidad de líquido libre en cavidad abdominal materna, con alteraciones hepáticas de aspecto cirrótico y presencia de un feto de crecimiento normal acorde a la edad gestacional, que presentaba una ascitis fetal e hidrocefalia; por lo cual se decide la valoración por los servicios de Obstetricia y Cirugía. Se describe el diagnóstico prenatal de un paciente con hidropesía fetal, realizándose una amniocentesis y cordocentesis ante la sospecha de anemia fetal, al no encontrarse otras patologías que corroboraran el diagnóstico. El procedimiento posnatal se concreta a la realización de una colostomía en las primeras horas de nacido, la cual ofrece un diagnóstico postoperatorio de atresia anorectal y peritonitis meconial secundaria por perforación de íleon distal, realizándose posterior reconstrucción anal y su enlace con el recto. Muestra una evolución positiva, gracias al diagnóstico precoz y las atenciones neonatales.

Palabras clave: ascitis, hidropesía, hidrocefalia, amniocentesis, cordocentesis.

ABSTRACT

The case of a pregnant woman of 38 years, with a gestational age of 32 weeks, which attends to the obstetrics service of the Regional Hospital of the district Pala, Kebbi Ouest Mayo, Republic of Chad, is presented with chest tightness, shortness of breath and abdominal pain. It is an exploratory ultrasound abdominal and obstetric, observing the existence of plenty of fluids in maternal abdominal cavity, with alterations in liver cirrhotic appearance and presence of a fetus of normal growth according to the gestational age, presenting a fetal ascites and hydrocephalus; so it is decided the full assessment by the Obstetrics and Surgery services. One description the prenatal diagnosis of a patient with hydropsfetalis, performing an amniocentesis and cordocentesis suspected fetal anemia, to not be other pathologies that substantiate the diagnosis. Postnatal procedure consists of performing a colostomy in the first hours of born, which offers a postoperative diagnosis of atresia, anorectal and secondary meconium peritonitis perforation in distal, performing ileum rear anal reconstruction and its link to the rectum. It shows a positive trend, thanks to early diagnosis and neonatal care.



PRESENTACIÓN DE CASO

Key words: *ascites, hydrops, hydrocephalus, amniocentesis, cordocentesis.*

INTRODUCCIÓN

La acumulación de líquido en la cavidad abdominal o ascitis durante el embarazo, se asocia a la posible existencia de diversas patologías; dentro de las más frecuentes se encuentran, la cirrosis hepática, nefropatías, tumores o lesiones exudativas intrabdominales, insuficiencia cardíaca, hígado graso del embarazo, pancreatitis y el hiper o hipotiroidismo.¹

En el caso de la cirrosis hepática se describe como una enfermedad crónica del hígado, progresiva, difusa, irreversible, de causa variada, que se caracteriza por la presencia de fibrosis en el parénquima hepático y nódulos de regeneración que lleva a una alteración de la arquitectura vascular.²

La ascitis fetal es una entidad infrecuente asociada a múltiples patologías tales como hidropesía fetal inmune y no inmune, infecciones congénitas, anomalías gastrointestinales, genitourinarias y cardíacas.^{3,4} La ascitis fetal aislada tiene mejor pronóstico que las entidades anteriormente mencionadas.^{3,5} El diagnóstico se realiza usualmente cuando fueron descartadas las causas mencionadas.

La hidropesía (hidrops); se define como la presencia anormal de líquido seroso en al menos dos compartimentos fetales (derrame pericárdico, derrame pleural, ascitis, edema subcutáneo). El polihidramnios y el aumento de grosor placentario (>6 cm) están frecuentemente asociados. La principal clasificación del hidrops se basa en dos grupos de etiologías: inmune y no inmune.⁶

La hidrocefalia fetal no se puede diagnosticar hasta el segundo o el tercer trimestre del embarazo; ya que hasta la 15 semana es normal la dilatación de los ventrículos laterales del cerebro, por lo que no se puede establecer el diagnóstico hasta la 18a o la 20a semana. Si la ventriculomegalia (aumento del tamaño ventricular) es extrema y hay un aumento del diámetro biparietal (DBP), el pronóstico es peor que si fuera moderada y el DBP fuera normal. Igualmente empeorará el pronóstico si existieran otras malformaciones del sistema nervioso; como ocurre entre el 40 % y el 84 % de los casos, u otras malformaciones importantes asociadas fuera del sistema nervioso central (24 %).⁷

Se desconocen en el país casos que han estado asociados a patologías fetales múltiples, en los cuales se reporte esta patología asociada a atresia anorectal y peritonitis meconial. Reportamos el caso de embarazo monocigótico con ascitis materna por cirrosis alcohólica e hidropesía fetal no inmune.

INFORMACION DEL PACIENTE

Gestante de 38 años, de raza negra, nacida y residente en el distrito de Pala, región Mayo Kebbi Ouest-Tchad, ama de casa, ARh +, sin antecedentes patológicos personales, consumidora habitual de alcohol de tipo tradicional. Historia obstétrica, 5 gestaciones, 3 partos, 1 aborto espontáneo, partos vaginales sin complicaciones, FUM 5/10/2016 con un embarazo actual con edad gestacional por fecha de última menstruación de 40 semanas, con valoraciones obstétricas anteriores con ganancia de peso suficiente.



PRESENTACIÓN DE CASO

HALLAZGOS CLÍNICOS

En la valoración actual al examen físico se observa una paciente en adecuadas condiciones generales y nutricionales, con una sobredistensión abdominal y cambios en la coloración de la piel. Feto único en presentación cefálica, con movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal normal.

EVALUACION DIAGNÓSTICA

La ecografía realizada en el departamento de Imagenología del Hospital Regional de Pala, observa un feto único, vivo, en posición cefálica, sexo masculino, peso de 2300gramos, 41 semanas por antropometría fetal. Placenta antero lateral derecha, grado II de maduración y líquido amniótico en cantidad elevada, con ILA de 26 cm, haciéndose evidente la presencia de un polihidramnios. Se evidencia importante ascitis fetal y arteria umbilical única.

INTERVENCION TERAPÉUTICA

Durante la exploración se observa la presencia de una ventriculomegalia, la cual no modifica el DBP, planteándose la existencia de una hidrocefalia moderada (Figura 1); por lo que es indicada el traslado para el Hospital Ginecobstétrico "De la Mère et enfant" en la capital del país, la realización de una amniocentesis y cordocentesis; con el objetivo de descartar la presencia de anomalías cromosómicas y anemia fetal, que pudieran correlacionarse con la existencia de una hidropesía fetal.



Fig. 1. Ecografía del paciente en estudio que muestra corte coronal del abdomen fetal (izquierda), con presencia de líquido libre en cavidad abdominal y presencia de una arteria umbilical única; así como la localización de la placenta. A la derecha; corte coronal del cráneo fetal, que evidencia la existencia de una ventriculomegalia moderada y la valoración cualitativa de uno de los bolsones de líquido amniótico.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados de ambos exámenes complementarios y teniendo en cuenta el estado de salud de la gestante, se decide la realización de la cesárea electiva, se obtiene un recién



PRESENTACIÓN DE CASO

nacido con 2400 gramos de peso, el cual presenta atresia ano-rectal; procediéndose a la realización de una colostomía, obteniéndose un diagnóstico postoperatorio de atresia ano-rectal y peritonitis meconial secundaria por perforación de íleon distal, se le realiza posterior a los 40 días de nacido la reconstrucción anal y su enlace con el recto. Muestra una evolución positiva, gracias al diagnóstico precoz y las atenciones neonatales.

DISCUSIÓN

El hidrops no inmune (HNI) se define por la ausencia materna de anticuerpos circulantes contra las células rojas sanguíneas. La frecuencia de aparición del hidrops no inmune varía según series de entre 1/1500 y 1/4000 partos. Se trata de una situación siempre grave por lo que debe ser estudiada y si es posible tratada en un centro terciario y por un equipo multidisciplinar. El pronóstico es malo, con una mortalidad global muy alta, a pesar de que cada vez disponemos de medios para un diagnóstico cuidadoso y podemos seleccionar los casos susceptibles de tratamiento intraútero.^{6,8}

Respecto a las anomalías gastrointestinales, la atresia se distribuye en un 20% en íleon distal, un 13% íleon proximal y en un 51% en yeyuno.⁸ La atresia ileal es una patología que tiene una prevalencia de 1/300 a 5000 recién nacidos vivos.⁸ Se clasifica en tipo I, II y III, según el grado de comunicación entre los segmentos intestinales. Etiológicamente se describe que ocurriría por una alteración vascular durante el desarrollo embriológico, ocluyéndose alguna rama de la arteria mesentérica superior, durante la reincorporación del intestino al abdomen.⁸

Ecográficamente los hallazgos que se describen corresponden a imágenes eco negativas que en ocasiones parecen tabicadas, que corresponden a repliegues de asas. Se asocia a polihidramnios en un 24% y si existe el hallazgo de ascitis es que existe perforación intestinal.⁹ Como malformaciones asociadas hay reportes de un 7% de atresias esofágicas y ano-rectal. Respecto al pronóstico estaría dado por el nivel de la obstrucción y la presencia de peritonitis meconial, que en un 40% se asocian a atresia intestinal.^{6,9} (Ver figura 2)



Fig. 2. Corte coronal ecográfico en el cual se observa la presencia de una ascitis fetal, y se confirma la existencia de una arteria umbilical única. Imagen tomada de la Rev. chil. obstet. ginecol. v.68 n.2 Santiago 2003.



PRESENTACIÓN DE CASO

Al momento del parto la conducta expectante puede ser adoptada, con ultrasonido seriado, supervisándose el estado fetal para de forma intencional dar inicio espontáneo del trabajo de parto, que en el caso presentado fracasó, o el momento adecuado para la interrupción vía alta, en donde se precisa tener las condiciones de neonatología adecuada para recibir al recién nacido.

Al ser una patología tan poco prevalente, su pronóstico en cuanto a morbimortalidad aún no está bien establecido, se describen series con muy buen pronóstico, las cuales ocurren en ascitis aislada sin patología concomitante¹⁰⁻¹² y otras con resultados no tan favorables al asociarse a otras patologías tanto maternas como fetales.^{13,14}

El seguimiento del recién nacido en una unidad de neonatología es crucial por la eventualidad de realizar mayores intervenciones. Esta atención especializada se ve perjudica al no disponer el sistema de salud del país en cuestión, de especialistas y personal capacitado en todos los centros de atención terciaria.

CONCLUSIONES

Lo relevante es la importancia del control prenatal en toda embarazada, ya que ello nos va a permitir, ante la eventualidad de hallazgos de este tipo, determinar cierta conducta tanto en la búsqueda del diagnóstico etiológico como en el tratamiento a seguir de acuerdo a los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Mabie BC. Cuidados intensivos en obstetricia. En: Gleicher N, Buttino L, Elkayam U, Gall SA, et al. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. Tercera ed. Buenos Aires. Editorial Panamericana, 2004. pp. 1831-1839.
- 2- Diplomado de ultrasonografía médica [En línea]. 2014 [Consultado: 21 septiembre 2017]; 1(2): [2 páginas] Disponible en: <http://diplomadomedico.com/comportamiento-ecografico-de-la-cirrosis-hepatica/>
- 3- Zelop C, Benacerraf BR. The causes and natural history of Fetal ascites. PrenatDiagn 1994; 14: 941-6.
- 4- Reguerre Y, de Dreuzy O, Boithias C. An unknown etiology of fetal ascites: acute intestinal intussusception, Arch Pediatr 1997; 4(12): 1197-9.
- 5- Stiller RJ, Herzlinger R: Fetal ascites associated with ABO incompatibility: case report and review of the literature. Am J ObstetGynecol 1996; 175(5): 1371-2.
- 6- Borobio Virginia. Goncé Anna: Guía clínica hidrops fetal no inmune. Hospital universitario Clinic Barcelona.2013 diciembre 17, p1
- 7- 21Pérez Díaz Carlos José. Hidrocefalia fetal. [En línea]. 2004. [Consultado: 21 septiembre 2017]; 1(2): [2 páginas] Disponible en: www.saludinfantil.com
- 8- Bajo Arenas. Ultrasonografía Obstétrica. Editorial Marban 2000; 211-26
- 9- Fung TY, Fung HY, Lau TK, Chang AM: Abdomino-amniotic Shunting in isolated fetal ascites with polyhydramnios. ActaObstetGynecolScand1997; 76: 706-7.
- 10- Han SJ, Han A, Choi SH, Hwang EH: Biliary atresia associated with meconium peritonitis caused by perforation of small bowel atresia. J Pediatr Surg. 2001; 36(9): 1390-3.
- 11- Chou YY, Huang HC, Liu HC, Chung MY, Huang CB: Isolated fetal and neonatal ascites: report of two cases. ActaPaediatr Taiwan 2001; 42(3): 166-8.
- 12- Winn HN, Stiller R, Grannum PA, Crane JC, Coster B, Romero R: Isolated fetal ascites: prenatal diagnosis and management. Am J Perinatol1990; 7: 370-3.
- 13- Chitayat D, Grisaru-Granovsky S: Familial ileal perforation: prenatal diagnosis and postnatal follow-up. PrenatDiagn 1998; 18(1): 78-82.



PRESENTACIÓN DE CASO

- 14- Kaminski K, Dzielicki J, Janicki A: A cause of fetal ascites during intrauterine ileus with perforatiointesine. Ginekol Pol 2000; 71(7): 632-5.

No existe conflicto de intereses.

Fecha de recibido: 24 de septiembre de 2017

Fecha de aprobado: 3 de mayo de 2018



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).