

Acardia fetal en un embarazo triple

Fetal acardia in triple pregnancy

Carlos Alva-Menesses^{1,a}, Santiago Llatas-Delgado^{1,b}, Karin Montenegro-Díaz^{1,2,c}

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 24 años que ingresa al Hospital Regional de Lambayeque con una gestación doble bicorial biamniótica de 34 semanas 4 días por ecografía de II trimestre, en cuya ecografía al ingreso se evidenciaba una imagen dependiente de placenta probable teratoma placentario. Es hospitalizada con diagnósticos: Amenaza de parto pretérmino, feto 2 en transverso. Habiendo recibido tocólisis y maduración pulmonar se culmina la gestación por cesárea por parto pretérmino, obteniéndose dos recién nacidos de adecuado peso para la edad gestacional con dos placentas y una masa sólida de tejido embrionario con cordón procedente de una de las placentas, cuya anatomía patológica concluye: feto acárdico amorfo, producto de una perfusión feto fetal.

Palabras clave: Acardia fetal, gestación múltiple, transfusión fetofetal. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

We report the case of a 24-year-old female patient who entered the Regional Hospital of Lambayeque with a double-biannual bicentennial gestation of 34 weeks 4 days by ultrasonography of the third trimester, on whose ultrasound on admission a placenta-dependent image was evidenced, probably placental teratoma. She is hospitalized with diagnoses: Threat of preterm birth, fetus 2 in transverse. Having received tocolysis and pulmonary maturation, gestation by cesarean section is terminated by preterm delivery, with two newborns of adequate weight for gestational age with two placentas and a solid mass of embryonic tissue with a cord from one of the placentas whose pathological anatomy concludes: Amorphous acardic fetus, product of a fetal fetal perfusion.

Keywords: fetal delay, multiple gestation, fetal transfusion (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

Los fetos en embarazos múltiples (dos o más fetos) son conocidos por estar en mayor riesgo de anomalías anatómicas, aunque se debate el grado exacto de riesgo, este es de aproximadamente 1,7 veces más que en embarazos únicos, la mayoría de estos se da en gemelos monozigotos⁽¹⁾. Una de estas anomalías se denomina secuencia de perfusión arterial inversa en

gemelos (twin reversed arterial perfusion -TRAP) es una afección que ocurre en 1 de cada 35.000 a 1 de 48 000 embarazos, 1 de cada 100 gemelares monocigóticos y en 1 de cada 30 embarazos triples monocigóticos⁽²⁻⁴⁾. Un gemelo acárdico que es un feto con malformaciones no definidas, sin corazón o sólo el tejido cardíaco rudimentaria en asociación con varias otras anomalías del desarrollo, en aproximadamente un tercio de los gemelos acárdicos, el cariotipo se ha encontrado anormal. El co-gemelo, referido como bomba, es generalmente normal, con un riesgo 9% de aneuploidía⁽⁵⁾.

REPORTE DE CASO

Segundigesta de 24 años, quien ingresa por emergencia, referida del centro de primer nivel de atención por presentar contracciones uterinas. Sin última regla confiable y sin ecografía de primer trimestre que daten la fecha exacta de edad gestacional, con control prenatal inadecuado y una ecografía de segundo trimestre donde se describe un embarazo doble sin ningún otro dato de importancia, con el cual se calcula una gestación de 34s 4 días. Al ingreso se le realiza una ecografía donde se evidenciaba una masa de bordes regulares y calcificación central de 84x71x76 aparentemente dependiente de placenta: probable teratoma placentario. La paciente es hospitalizada con diagnósticos: amenaza de parto pretérmino, feto dos en transverso, recibe tocolíticos y al completar maduración pulmonar se realiza cesárea por parto pretérmino, recibiendo dos recién nacidos con peso adecuado para la edad gestacional y dos placentas una con cordón propio y la otra con inserción

1. Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo-Perú.

2. Universidad Nacional Pedro Ruiz, Lambayeque-Perú.

a. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Medicina Fetal.

b. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Medicina reproductiva.

c. Médico Residente de ginecología y obstetricia.

en forma de Y uno normal y el otro hipotrófico en cuyo extremo se encontraba una masa amorfa correspondiente según el examen de anatomía patológica a un feto acárdico amorfo.



Figura N°1:
Feto acardico amorfo



Figura N°2:
Feto acardico con cordón que comparte con una de las placentas

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente cuyo diagnóstico ecográfico se muestra difícil, la presencia de un cordón umbilical y la existencia de un grado de organización del esqueleto se dice que son los principales criterios para la distinción de un feto acárdico y un teratoma placentario; sin embargo, en ciertos casos es difícil separar las dos entidades⁽⁶⁾. Nos encontramos con un caso así, La AcF es la máxima expresión del síndrome de transfusión fetal⁽⁵⁾. En la secuencia TRAP la sangre fluye desde la arteria umbilical del gemelo sano en dirección inversa hacia la arteria umbilical del gemelo acardio a través de anastomosis arterio-arteriales. El patrón de circulación anormal lleva sangre desoxigenada del gemelo bomba al gemelo acardio a través de sus arterias ilíacas, que llega primero a la mitad inferior de su cuerpo y con dificultad a su porción superior, lo que contribuye a la evolución de las alteraciones estructurales características⁽²⁾. Acéfalo u holoacardio (65%): es la forma más común. Se caracteriza por la ausencia de cabeza y extremidades inferiores con diversos grados de desarrollo, no contiene órganos

torácicos ni abdominales⁽⁵⁾, lo que podría confundirse con un teratoma placentario, distinguiéndose de este por la presencia de un cordón umbilical invariablemente corta⁽⁷⁾, como el caso que se reporta en el que el tejido fetal era amorfo y sin corazón.

El tratamiento expectante es razonable en ausencia de características de mal pronóstico, y buenas tasas de supervivencia han sido reportados (88% en una serie) cuando la relación en peso del acárdico a la bomba gemela es 50% o menos, como se pudo observar en la evolución de esta paciente en quien por desconocimiento el manejo fue expectante con buena evolución del embarazo⁽¹⁾.

El diagnóstico prenatal mediante ecografía de un feto acárdico coexistiendo con un co-gemelo normal es bastante sencillo; sin embargo, la paciente no presenta ecografías ni controles suficientes. El gemelo acárdico claramente tiene ninguna posibilidad de sobrevivir, pero su presencia no es inocua para el gemelo bomba normal. El gemelo bomba está en mayor riesgo de insuficiencia cardíaca en el útero y el parto prematuro. En ausencia de la intervención, se han reportado tasas de mortalidad de 50% o superior⁽¹⁾.

El embarazo múltiple con AcF, trae complicaciones para el gemelo donador, como la insuficiencia cardíaca congestiva, polihidramnios y el parto prematuro, el cual ocurre alrededor de la semana $29 \pm 7,3^{(4,8)}$. El gemelo donador es obligado a mantener un flujo sanguíneo adicional que lo lleva a desarrollar un alto gasto cardíaco, que provoca una perfusión renal anormalmente elevada y en consecuencia un aumento de la diuresis y polihidramnios. En la fase final el feto bomba entra en insuficiencia cardíaca⁽⁷⁾.

A veces, uno de los gemelos muere en el útero, el hidramnios desaparece, y el embarazo llega a término con un gemelo normal y el otro un feto papiráceo (5), en el caso probablemente la muerte fetal se produjo en una edad gestacional temprana sin afección del feto donador.

Se puede concluir que, si se detecta un embarazo múltiple temprano, se deberían realizar seguimientos más cortos tanto clínicos como sonográficos para establecer un pronóstico de la viabilidad fetal, la presencia de una masa apoyara la idea de que es un verdadero feto acardius en lugar de un teratoma y la acardia fetal amorfa es una rara entidad y es la máxima expresión del síndrome de transfusión fetal, conllevando a riesgos para la progresión del embarazo.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gabbe and Jennifer, Steven G. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. EEUU: editorial elsevier; 2017
2. Holland MG, Mastrobattista JM, Lucas MJ. Diagnosis and management of twin reversed arterial perfusion (TRAP) sequence. Up to date 2013.
3. Simpson LL. Ultrasound in twins: dichorionic and monochorionic. *Semin Perinatol*. 2013; 37(5):348-58.
4. Corbacioglu A, Gul A, Bakirci IT, et al. Treatment of twin reversed arterial perfusion sequence with alcohol ablation or bipolar cord coagulation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012; 117(3):257-9.
5. Benirschke, Kurt, Creasy y Resnik de medicina materno-fetal: Principios y Práctica séptima edición. EEUU: Editorial elsevier; 2009, 2004, 1999, 1994, 1989, 1984
6. Badr A. Hassan Y. Soyara F. Nadia J. Teratoma de la placenta o el feto acardius amorfo? *Hematología / Oncología y Terapia de células madre*. 2008, 1(1), 57-61; El Hospital King Faisal Specialist
7. Romero Milagros, Villalobos Noren, Ávila Alejandro, Fassolino Carmine, López Carol. Acardia fetal en embarazo triple. Reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]*. 2002 Sep [citado 2017 Feb 25] ; 62(3): 203-206. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000300006&lng=es
8. Bello L, Scuses M. Síndrome de perfusión arterial invertida en un gemelo (acardia-crania). Caso clínico. *Rev Obstet Gynecol Venez* 2001;61(3):175-178.

Correspondencia

Karin Montenegro Díaz.

Correo: karin.montenegro@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 29/02/2017

Aceptado: 15/03/2017