

Presentación de caso

Hospital Pediátrico Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Holguín

A propósito de un caso con hidrops fetal infecciosa con escleredema rosa**Presentation of a Patient with Fetal Infectious Hidrops with Scleredema**

*Tania García Mariño*¹, *Consuelo Leyva Leyva*², *Diego M, Labarta Rodríguez*³,
*Ariagna Batista Hernández*⁴

- 1 Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Policlínica Docente José Ávila Serrano. Velasco. Gibara. Holguín
- 2 Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer Grado en Imagenología. Asistente. Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Holguín
- 3 Máster en Urgencias Médicas. Especialista Primer Grado en Pediatría. Asistente. Policlínica Docente José Ávila Serrano. Velasco. Gibara. Holguín
- 4 Máster en Enfermedades Infecciosas. Licenciatura en Enfermería. Policlínica Docente José Ávila Serrano. Velasco. Gibara. Holguín

RESUMEN

Se realizó la presentación de caso de un recién nacido a término de 37 semanas de gestación, con diagnóstico prenatal ultrasonográfico de hidrops fetal. Hijo de madre de 32 años de edad, con antecedentes de cuatro partos con hijos sanos, que durante el embarazo presentó secreción vaginal abundante, blanquecina, fétida con ruptura de membranas de cinco días antes del parto y se constató bradicardia fetal, por lo que se realizó el parto por cesárea y se obtuvo un recién nacido severamente deprimido con apgar 1, al minuto de vida, que resultó imposible reanimar por el gran

escleredema presente y falleció a los diez minutos de vida extrauterina, fue el diagnóstico final de hidrops fetal no inmunológico de causa infecciosa, con escleredema marcado. La madre del niño fue egresada con tratamiento para la infección vaginal.

Palabras clave: hidrops fetal no inmunológico, hidropesía fetal infecciosa, escleredema.

ABSTRACT

A case report of a newborn of 37 weeks of gestation was presented in this work, with ultrasound prenatal diagnosis of fetal hidrops. Mother's son of 32 years old, with history of 4 childbirths with healthy children, during pregnancy she had abundant whitish and fetid vaginal discharge, with rupture of membranes of 5 day before childbirth and the doctors verified low heart fetal rate ,so that the childbirth for cesarean operation was done, and had a newborn with a severe depression, with apgar 1 on the first minute of life, the revive was impossible because the presence of great escleredema, and the baby died 10 minutes later of the childbirth. Fetal Hidrops no immunogenic caused by infections with scleredema was the final diagnosis. The child's mother was discharged with treatment for vaginal infection.

Key words: non immunogenic fetal hidrops, fetal infectious hydropsy, scleredema.

INTRODUCCIÓN

El hidrops fetal es definido como el edema subcutáneo en el feto o recién nacido (RN), generalizado y patológico, que se acompaña de acumulación de líquido en cavidades serosas, predominando la ascitis y el derrame pleural y pericárdico. Se considera hidrops la presencia de líquido libre en 2 o más espacios ¹.

Desde el punto de vista fisiopatológico en su origen existen tres elementos fundamentales:

- Anemia con falla cardiaca secundaria.

- Insuficiencia cardíaca congestiva asociada con hipervolemia.
- Hipoproteinemia (con disminución de la presión coloidosmótica: hipoalbuminemia).

El aumento de la permeabilidad capilar, asfixia y anomalías de la perfusión placentaria, se plantean forman parte de la patógena de algunos hidrops.

Como causa se señalan:

1. Hidrops fetal inmune: enfermedad hemolítica Rh y enfermedad hemolítica subgrupos sistema Rh (C, c, E, e).
2. Hidrops fetal no inmune: dentro de estas se incluyen las disritmias; malformaciones: cardíacas, renales, pulmonares; infecciones intrauterinas, cromosopatías, metabólicas y transfusión feto-fetal, entre otras².

El diagnóstico en general se realiza en diferentes situaciones clínicas como: diagnóstico casual por ecografía en control de embarazo rutinario cuando por el tamaño uterino determina un polihidramnios, cuando existe anemia severa en la madre, hipotensión o hipertensión o embarazo de madre Rh- con riesgo de hidrops por antecedente de hijo afectado previamente.

Cuando un hidrops es diagnosticado se realizarán exámenes maternos, fetales y amniocentesis con el propósito de investigar la causa. (En los no inmunes se encontrará sólo en 68-85% de los casos)³.

Por orden de frecuencia, las primeras causas las constituyen las afecciones cardiovasculares con el 19,3%, las cromosopatías con el 13% y las idiopáticas con el 15,7%^{2,3}.

La hidropesía fetal infecciosa secundaria a una infección materno fetal es una forma de presentación y solo se reporta en el 1 a 8% de los casos, asociada con escleredema no se ha encontrado en la literatura revisada⁴. El hecho de diagnosticarla por ultrasonografía facilita la toma de decisiones en cuanto a la etiología y tratamiento médico oportuno según sea la edad gestacional en el momento del diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 32 años de edad, procedente de área urbana, con cinco gestaciones y cinco partos, con tiempo de gestación de 37 semanas, embarazo

único, con diagnóstico prenatal de hidropesía fetal (fig. 1). Su tipo de sangre es grupo O, Rh+; fue ingresada en nuestro servicio por pródromo de parto y realizada cesárea por signos de sufrimiento fetal con hidrops ecocardiográfico. Fue evaluada en la Unidad de Obstetricia donde se constata ecográficamente 37 semanas, hidropesía fetal (ascitis y derrame pleural). Se observa rigidez de extremidades por escleredema, así como el abdomen (fig. 2).



Fig. 1. Hidropesía fetal.



Fig. 2. Rigidez por escleredema.

DISCUSIÓN

La incidencia de HFNI se plantea aproximadamente entre un caso por cada 1 500-3 500 nacidos vivos. Antes de la introducción en 1960 de la profilaxis con gammaglobulina anti-D, el 80% de los casos de hidropesía fetal se debía a isoimmunización Rh. En la actualidad esta enfermedad se previene con éxito, y el HFNI constituye el 75% de todos los casos de hidropesía en los países desarrollados. El grupo de las causas idiopáticas ha disminuido en porcentaje a medida que se conoce más cada uno de los síndromes que lo componen, y los avances del diagnóstico prenatal ⁵.

Existe una lista de agentes infecciosos que se asocian con hidropesía fetal. Las causas más comunes son: los agentes TORCH como toxoplasmosis, citomegalovirus, y la sífilis, parvovirus B19 ⁴⁻⁶.

Existen varios mecanismos por lo que la infección fetal lleva a hidropesía no inmunológica. Hay evidencias de que la infección viral afecta al miocardio y produce miocarditis e insuficiencia cardíaca congestiva. La infección también puede producir hidropesía como resultado de insuficiencia cardíaca congestiva de alto gasto por anemia severa. La disminución en la producción de células rojas sanguíneas puede ser el resultado de la destrucción infecciosa del mayor órgano hematopoyético: el hígado, o por infección de las células progenitoras eritroides, como es el caso de la infección por parvo virus B19. Esta infección causa lisis de las células eritroprogenitoras antes de su madurez.

Otro papel de las infecciones en la patogénesis de la hidropesía es la infección fetal (sepsis fetal) que conduce a anoxia, daño de células endoteliales e incremento de la permeabilidad capilar. El pronóstico del feto con HFNI es malo, depende del origen de la hidropesía. Las malformaciones anatómicas, presentes en aproximadamente el 40% de los casos, comportan el peor pronóstico y constituyen situaciones letales en casi todos los casos. Otros factores asociados y que contribuyen a mal pronóstico son pre eclampsia, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, hemorragia posparto y dificultad para extraer la placenta ¹⁻⁴.

En este caso, el diagnóstico antenatal fue realizado horas antes del parto, por ecografía donde se encontró ascitis y líquido pleural, obsérvese (fig. 1 y 2) el edema que presentó el niño y la rigidez marcada debido al escleredema palpable en el momento de su nacimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Figueiredo Cristin A, De Oliveira Matos I, Afonso Sardinha AM, Andrade Queiroz J, Brizot Miller L, Zugaib Bizet M, et al. Detection of human parvovirus B19 in cases of hydrops fetalis in São Paulo, Brazil 2008. [citado 12 mar 2012]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-577426>
- 2 Padilla Pérez AI, Álvarez de la Rosa Rivero M, Rodríguez Alfaro M, Carballo Lara Y, de la Torre Fernández F, Troyano Lin J. Hidrops fetal como manifestación ecográfica de una enfermedad familiar: Incontinencia pigmenti (síndrome de bloch-sulzberger) [citado 12 marzo2212]. Rev Chil Obstet Ginecol.2010;75(4):257-259. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-515118>
- 3 Figueroa Padilla J, Campanella Risco C, Pérez Molina AL, Ruiz Ferraz M, Canela Cudina M, Parra Leyva M, Peña Laborí V, Ferrand Rodríguez P, et al. Alfa talasemia e hidrops fetal no inmune a propósito de un caso diagnosticado en la Unidad de Ultrasonografía del Hospital Clínico San Borja Arriarán.[citado 12 mar 2012]. Rev Chil Ultrason. 2008; 11 (3):77-83. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-609851>
- 4 Gutiérrez Pupo J, Vásquez UP, Sepúlveda LW. Hidrops fetal: diagnóstico etiológico y manejo. [citado 12 mar 2212]. Rev Méd Clín Condes. 2008; 19(3): 185-95. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-503388>.
- 5 Blasco GL, Paredes RB, Rodríguez GR, Muñoz MM, Deiros BL. Hidrops fetal no inmune por anemia diseritropoyética congénita. [citado 12 marzo 2012]. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2011;76(4): 261-4. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-603036>.
- 6 Lacoconi S, Arrieta Bretón S, López Velasco N, Cuerva González M, Magdaleno Dans F, González González A. Hemorragia feto-materna masiva como causa de hidrops en gestación a término: reporte de caso y revisión de la literatura. [citado 12 mar 2012]. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011;62(4):338-44. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-616828>.

Correspondencia

Dra. Tania García Mariño. Correo electrónico: arirachel@gibara.hlg.sld.cu.