

HOSPITAL DOCENTE GINECOBSTETRICO PROVINCIAL CAMAGÜEY

Anasarca fetoplacentario: diagnóstico intraútero por ecografía. (Presentación de un caso)

Por los Dres.:

MARIA TERESA GARCIA GARCIA*, ORLANDO VALDES ALVAREZ**,
LUIS BASTIAN MANSO***

Y el Téc.:

JUAN APOLA SARDUY

García García, M. T. y otros. *Anasarca fetoplacentario: diagnóstico intraútero por ecografía. (Presentación de un caso)*. Rev Cub Ped 55: 4, 1983.

Se presenta un caso de anasarca fetoplacentario diagnosticado por ultrasonido a las 22,6 semanas de gestación en una paciente con historia de sensibilización en embarazo anterior. Se describe el equipo utilizado y los resultados anatomopatológicos encontrados.

* Especialista de I grado en obstetricia y ginecología. Instructora de la Facultad de Ciencias Médicas de Camagüey. Jefa del servicio de ginecología del Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial Camagüey.

** Especialista de I grado en obstetricia y ginecología. Profesor asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de Camagüey. Jefe del grupo provincial de ginecobstetricia. Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial Camagüey.

*** Especialista de I grado en anatomía patológica. Instructor de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas de Camagüey. Jefe del departamento de anatomía Patológica. Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial Camagüey.

**** Técnico en radiología. Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial Camagüey.

INTRODUCCION

El anasarca fetoplacentarario, también denominado *hidrops foetus universalis et placentae*, es para el feto la forma más grave de la enfermedad hemolítica perinatal.

Según *Botella* se presenta en el 1,3/1 000 de los partos.¹

Entre los métodos diagnósticos utilizados para detectar esta enfermedad se encuentra la ecografía.²

En este trabajo pasaremos a presentar la evolución de una gestante que presentaba una enfermedad hemolítica, atendida en el Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial Camagüey, en la cual el diagnóstico de anasarca fetoplacentario se realizó por ecografía.

Presentación del caso

Paciente D. R. C., 26 años de edad con tres gestaciones anteriores que se desarrollaron de la siguiente forma:

Primer embarazo

Parto eutócico con R. N. vivo, normal, que pesó 2 500 gramos.

Segundo embarazo

Interrupción de la gestación en el primer trimestre.

Tercer embarazo

Coombs positivo y espectrofotometría en la zona C de Liley con gestación aproximada de 35 semanas, según el estudio radiológico. Se realizó cesárea de urgencia y se extrajo feto hidrópico de 1 915 gramos, el cual falleció a las 25 horas de nacido después de tres exanguinotransfusiones.

Embarazo actual (segundo matrimonio)

A las 22,6 semanas es enviada por el obstetra del área a que se le realice una ecografía por presentar una desproporción de altura uterina con signo de más (AU 30 cm). En esos momentos era negativo el Coombs.

El 8-3-82 se le realiza la ecografía (figuras 1-3) y se le encuentran los signos siguientes:

Feto en pelviana con DBP (eco medio completo) de 6 cm.

En corte coronal se observa marcada zona ecolucente que desplaza las asas intestinales a nivel del abdomen fetal, formando una especie de anillo a algunos niveles. Placenta grande, de alrededor de 10 cm de grosor. Se interpreta ecográficamente como un feto y una placenta hidrópicas.

La paciente es ingresada. Se le realiza de nuevo Prueba de Coombs y es positiva al 1 x 64.

A los tres días de ingresada no percibe movimientos fetales, por lo que se repite la ecografía, y se constata la ausencia de latido cardíaco fetal.

El embarazo se termina con cesárea y salpingectomía parcial bilateral; se extrae un feto de 1 100 gramos de aspecto hidrópico, así como la placenta, lo cual comprueba el diagnóstico ecográfico (figuras 4 y 5).

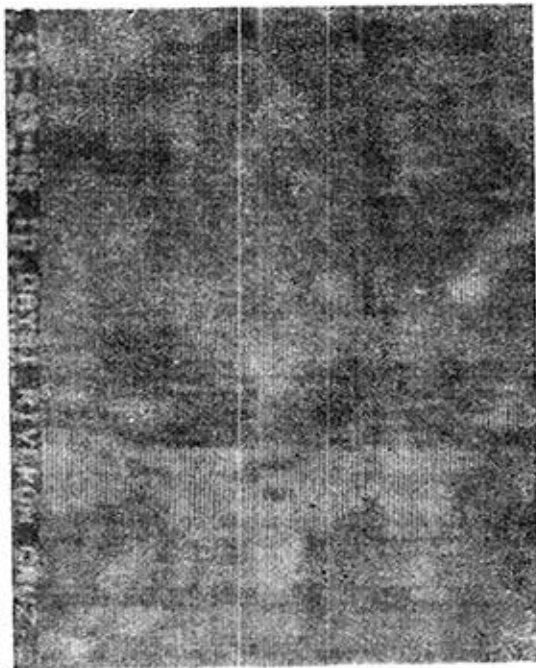


Figura 1
Corte coronal en fondo uterino donde se observa macroplacenta en cara anterior y lateral derecha.

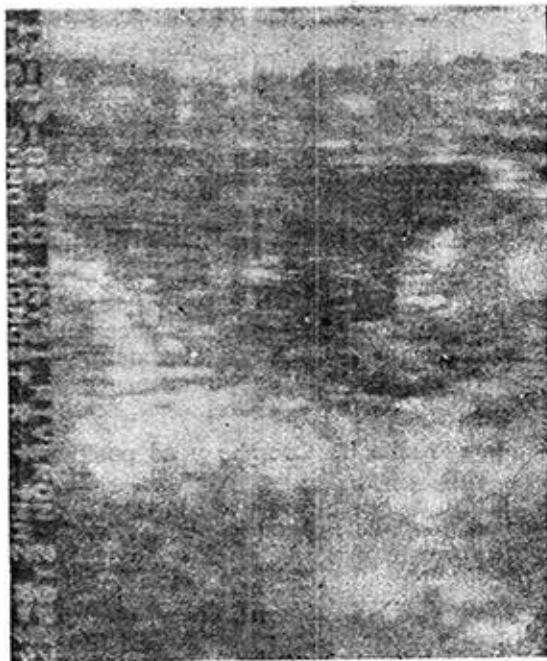


Figura 2
Corte coronal a nivel del abdomen fetal en su porción infraumbilical, donde se observa zona ecolucente que ocupa la mitad del mismo, desplazando las asas intestinales hacia la derecha (ascitis).



Figura 3
Corte coronal del abdomen fetal a nivel de la arteria umbilical. Se observa anillo ecolucente (ascitis) y macroplacenta.



Figuras 4 y 5
Feto hídrico con macroplacenta.

Hallazgos anatomopatológicos

En el examen anatomopatológico se constató una placenta hidrópica que pesó 800 gramos. El feto tenía signos de maceración y también estaba hidrópico, con el peso referido anteriormente. En el estudio microscópico se comprobó la existencia de eritoblastosis en los capilares del pulmón y en los de las vellosidades de la placenta.

COMENTARIOS

Con el advenimiento de la ecografía y su aplicación en obstetricia, se ha podido llegar a estudiar el crecimiento del feto en útero³⁻⁵ y las alteraciones que éste presente durante la gestación.^{6,7} Los signos de eritoblastosis fetal en la forma más grave, anasarca fetoplacentario, se pueden detectar con facilidad con el ultrasonido bidimensional con escala de grises.^{2,8}

En nuestro hospital comenzamos en marzo de 1981 a utilizar el Sono diagnost R de la Phillips, fabricado en Holanda; ecógrafo bidimensional, con escala de grises, memoria, teclado digital y cámara fotográfica incorporada, equipo con el cual se realizó este diagnóstico.

SUMMARY

García García, M. T. et al. *Feto-placental anasarca: intrauterine diagnostic by echography.* Rev Cub Ped 55: 4, 1983.

A case of feto-placental anasarca diagnosed by ultrasound at 22,6 weeks of pregnancy in a patient with sensitiveness history in previous pregnancy, is presented. Equipment used and anatomopathologic results found are described.

RÉSUMÉ

García García, M. T. et al. *Anasarque foeto-placentaire: diagnostic intrautérin par échographie. (A propos d'un cas).* Rev Cub Ped 55: 4, 1983.

Il s'agit d'un cas d'anasarque foeto-placentaire diagnostiqué par ultrason au cours de la 22,6 semaine de la grossesse chez une patiente avec des antécédents de sensibilisation pendant la grossesse précédente. Il est décrit l'instrument utilisé et les résultats anatomo-pathologiques obtenus.

BIBLIOGRAFIA

1. Botella-Llusia, J.: Enfermedad hemolítica perinatal. Tratado de Ginecología. 12a. edición, Tomo II, Madrid, Editorial Científico-Médica, 1981. Pp. 355-391.
2. Shirley, I. M.; B. A. Richards; R. H. Ward: Ultrasound diagnosis of hydrops fetalis due to fetal tachycardia. Br J Radiol 54: 815, 1981.
3. Créteur, V.; C. Schmitz; J. C. Brombart: Contrôle échocardiographique de la grossesse normale. J Belge Radiol 64: 343, 1981.
4. Meire, H. B.: Ultrasound assessment of fetal-growth patterns. Br Med Bull 37: 253, 1981.
5. Sampson, M. B. et al.: Prediction of intrauterine fetal weight using real-time ultrasound. Am J Obstet Gynecol 142: 554, 1982.

6. *Suk, V.; K. Kotasev*: Ultrazvuková diagnostika v perinatolc g i.
7. *Alexander, E. S.; H. M. Spitz; R. A. Clark*: Sonography in polyhydramnios. Am J Roentgenol 138: 343, 1982.
8. *Sabbagha, R.; R. Depp*: Sonar: a tool for the detection of fetal congenital anomalies. Clin Obstet Ginecol 20: 279, 1977.

Recibido: 12 de septiembre de 1982.

Aprobado: 27 de octubre de 1982.

Dra. María T. García
Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial
Camagüey.