

Hidrotórax fetal primario, causa de hidrops fetal.

Céspedes Casas M.C.¹, Aguilar Galán E.V.¹, Garrido Esteban R.A.¹, León Molina M.¹

Resumen

El hidrotórax fetal se define por la presencia de líquido en el espacio pleural fetal. Su incidencia se estima entre 1/10000 embarazos. Su etiología puede ser secundaria a malformaciones, alteraciones genéticas o infecciones fetales entre otras causas. El diagnóstico de hidrotórax fetal primario se realiza por exclusión. El pronóstico dependerá de la severidad del derrame pleural y de la causa subyacente. En casos seleccionados está indicado la realización de técnicas invasivas como el drenaje pleuroamniótico.

Abstract

Fetal hydrothorax is defined by the presence of fluid in the fetal pleural space. Its incidence is estimated between 1/12500 pregnancies. Its etiology may be secondary to malformations, genetic alterations or fetal infections among other causes. The diagnosis of primary fetal hydrothorax is made by exclusion. The prognosis will depend on the severity of the pleural effusion and the underlying cause. In selected cases, invasive techniques such as pleuroamniotic drainage are indicated.

Palabras clave: Hidrotórax fetal primario — Hidrops fetal — Derivación pleuroamniótica

Keywords: Primary fetal hydrothorax — Fetal hydrops — Pleuroamniotic derivation

Correspondencia:

Carmen Céspedes Casas
email: carmencespedescasas@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

El hidrotórax fetal es una anomalía poco frecuente, con una incidencia aproximada de 1 de cada 10000 embarazos⁽¹⁾. Su diagnóstico es ecográfico, mediante la presencia de una imagen anecoica alrededor de los pulmones, este acúmulo de líquido puede derivar a hipoplasia pulmonar e insuficiencia respiratoria al nacimiento, compresión mediastínica, polihidramnios fetal, así como hidrops fetal. El

pronóstico fetal dependerá del grado y de la etiología. La mortalidad, sin tratamiento fetal, varía entre el 22-55%⁽²⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 21 años, gestante de 25 semanas y 6 días, que acudió a urgencias por dolor abdominal. Sin antecedentes personales de interés y control de la gestación dentro de la normalidad. En la exploración física no se encontró ningún hallazgo patológico. En la ecografía fetal se identificó presencia de líquido en

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología. HGUCR.

abdomen, hidrotórax derecho y edema nucal, cuadro compatible con hidrops fetal (Figura 1).

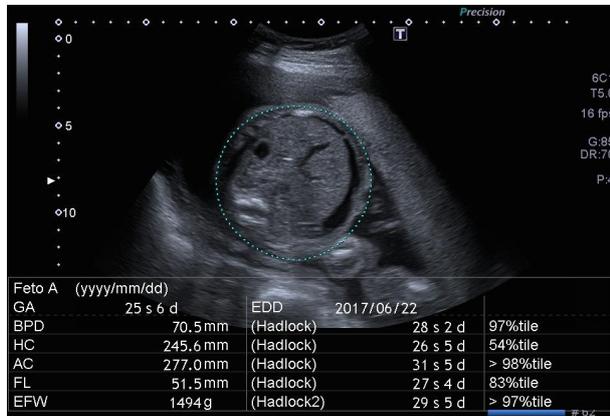


Fig. 1. Líquido acumulado en el abdomen fetal en un cuadro compatible de hidrops fetal.

El acúmulo de líquido desplazaba el eje cardiaco a la izquierda (Figura 2), el líquido amniótico y la placenta presentaban hallazgos dentro de la normalidad. La longitud de cérvix fue de 32 mm. Se descartó la presencia de contracciones mediante Registro Cardiográfico (RCTG).



Fig. 2. Hidrotórax derecho fetal con desplazamiento del eje cardiaco a la izquierda y colapso pulmonar.

Se realizó diagnóstico de hidrotórax fetal derecho con hidrops fetal, y se completó el protocolo de estudio mediante las siguientes pruebas:

- Analítica de sangre: 8200 Leucocitos, Hemoglobina 12,6 g/dl, Plaquetas, coagulación normal. Glucosa: 89 mg/dl,

Proteínas totales dentro de la normalidad. PCR 0,2.

- Grupo Sanguíneo: 0 Rh: Positivo. Coombs indirecto negativo. No detección de anticuerpos irregulares.
- Test Kleihauer Betke negativo.
- Serología: Negativa para Parvovirus B19, Citomegalovirus, Herpes Virus, enterovirus, adenovirus, VIH, VHB, VHC, Sífilis. Resultado inmune para rubeola y toxoplasma.
- Cariotipo mediante Amniocentesis: 46 XY cromosómicamente normal.
- Doppler Fetal: Velocidad Pico sistólica ACM 10.1 cm/s (No compatible con anemia fetal).
- Morfología Fetal: No malformaciones cardiacas, no arritmias cardiacas, no malformaciones gastrointestinales, urinaria, ni displasia esquelética.
- Se derivó a la paciente a un centro de referencia donde se le realizó toracocentesis fetal, con salida de material lechoso sugerente de quilotórax.

Posteriormente, se realizó una derivación pleuroamniótica fetal. La gestación finalizó mediante cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal en semana 37 de gestación, falleciendo el recién nacido a los días de vida por insuficiencia respiratoria.

DISCUSIÓN

La etiología es muy variada. Puede estar producido por diferentes causas⁽³⁾ como trastornos cardiovasculares (50%), alteraciones cromosómicas (10%), trastornos hematológicos (anemia), malformaciones pulmonares, digestivas, infecciones (parovirus B19). El diagnóstico de hidrotórax primario, es un diagnóstico de exclusión. En estos casos el quilotórax con frecuencia es el diagnóstico final, aunque en ocasiones corresponde a una linfangiectasia pulmonar congénita. Diferenciar un hidrotórax primario de un hidrotórax secundario puede ser difícil. Si el derrame es aislado, es más probable que sea primario, pero puede evolucionar incrementando el volumen y convertirse en bilateral; puede aparecer posteriormente edema subcutáneo, y finalmente ascitis. Algunos fetos presentarán, en la primera valoración ecográfica, un cuadro de hidrops fetal debido a un diagnóstico tardío. Pero si el derrame es más significativo en el tórax y el edema predomina en la parte superior del cuerpo, es más probable que el hidrotórax sea primario⁽⁴⁾.

Los principales objetivos del tratamiento son la prevención o resolución del hidrops, hipoplasia pulmonar, polihidramnios, evitando la muerte intrauterina o el parto pretérmino. Se considera el drenaje pleural o toracocentesis en el feto con hidrops fetal, desviación mediastínica o compresión pulmonar⁽⁵⁾. La toracocentesis se considera un paso importante para el diagnóstico y pronóstico. Por lo general, en el transcurso de 24 horas el líquido pleural se vuelve a acumular, por lo que dicha técnica, no ofrece ventaja de descompresión prolongada.

Para favorecer la descompresión prolongada se diseñó la derivación pleuroamniótica. Consiste en introducir un catéter que comunica la cavidad pleural con la cavidad amniótica. Entre las posibles complicaciones de la técnica se incluye la rotura prematura de membranas en el 17% corioamnionitis, parto pretérmino u obstrucción del catéter⁽⁶⁾. La supervivencia de fetos tratados con shunt toracoamniótico es de un 50% aproximadamente en fetos hidrópicos y entre 70-100% de los fetos sin hidrops fetal. En casos de hidrotórax leve-moderado sin hidrops es preferible el manejo expectante con control ecográfico semanal⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES

El hidrotórax fetal es una anomalía poco frecuente. La etiología es variada. El diagnóstico de hidrotórax primario es por exclusión. La causa más frecuente de hidrotórax primario es el quilotórax. La supervivencia va a depender de la severidad y de la etiología del derrame pleural.

Respecto al tratamiento, la opción estándar actualmente es el shunt de derivación pleuroamniótico en fetos con hidrotórax severo o con hidrops fetal, con una tasa de supervivencia del 50% aproximadamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longaker MT, Laberge JM, Dansereau J, Langer JC, Crombleholme TM, Callen PW, et al. Primary fetal hydrothorax: natural history and management. *J Pediatr Surg.* 1989;24:573-6.
2. Klam S, Bigras JL, Hudon L. Predicting outcome in primary fetal hydrothorax. *Fetal Diagn Ther.* 2005;5:366-70.
3. Machin GA. Hydrops revisited: literature review of 1414 cases published in the 1980s. *Am J Medical Genetics.* 1989;34:366-90.
4. Yinon Y, Kelly E, Ryan G. Fetal pleural effusions. *Best Pract Res Obstet Gynaecol.* 2008;22:77-96. 11.
5. Aubard Y, Droineau I, Aubard V. Primary fetal hydrothorax. A literature review and proposed antenatal clinic strategy. *Fetal Diagn Ther.* 1998;13:325-33.

6. Nicolaidis KH, Azar GB. Thoraco-amniotic shunting. *Fetal Diagn Therapy.* 1990;5:153-64.

7. Rustico MA, Lanna M, Coviello D, Smolienec J, Nicolini U. Fetal pleural effusion. *Prenat Diagn.* 2007;27:793-9. Fresneda MD, Gómez L, Molina F, Romero Espinar Y, Padilla MC. Hidrotórax fetal primario, experiencia propia y revisión de la literatura. *Diagn Prenat* 2012; 23(4):167-173.