

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSGRADOS

ASCITIS FETAL AISLADA IDIOPATICA

MARIA FERNANDA LOPEZ VACA, MD.

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la
obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, febrero de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Ascitis Fetal Aislada Idiopática

MARIA FERNANDA LÓPEZ VACA, MD.

Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.

Director del Programa de Posgrados en
Especialidades Médicas

Andrés Gonzalo Calle Miñaca, Dr.

Tutor del Posgrado de Ginecología y
Obstetricia

Ricardo Javier de la Roche, Dr.

Tutor del Posgrado de Ginecología y
Obstetricia

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, Dr.

Decano del Colegio de Ciencias de la
Salud USFQ

Víctor Viteri Breedy, PhD.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, febrero de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSGRADOS

DESCRIPCIÓN DE TRABAJOS Y PUBLICACIONES

PUBLICACIÓN DE TRABAJOS EN REVISTAS Y LIBROS

- López M., Chávez S., Hidalgo R., Alvarado P. Ascitis Fetal Aislada Idiopática: Caso Clínico. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2012; 77 (4): 301 – 305.
- Bucheli R, Jibaja I, López M, Aguilar E. Monte de Venus. Malformación. Corrección Quirúrgica. En: Bucheli R, editor. Piso Pélvico. Quito: Editorial Ecuador; 2015. p. 250 – 256. (In Press)
- Bucheli R, Jibaja I, López M. Himen. En: Bucheli R, editor. Piso Pélvico. Quito: Editorial Ecuador; 2015. p. 257 – 266. (In Press)
- Bucheli R, Jibaja I, López M. Agenesia de Vagina - Neovagina. En: Bucheli R, editor. Piso Pélvico. Quito: Editorial Ecuador; 2015. p. 267 – 285. (In Press)

PRESENTACIÓN ORAL EN CONGRESOS NACIONALES

- López M. Conducta ante el Hidrops Fetal, Hidrotórax y Ascitis Aislada. Curso de Actualización Materno Infantil, 18 al 28 de Junio de 2012, Quito – Ecuador.
- López M. Conducta ante el Onfalocelo Fetal. Segundo Curso de Actualización Materno Infantil, 8 al 17 de Abril de 2013, Quito – Ecuador.

PRESENTACIÓN ORAL EN CONGRESOS INTERNACIONALES

- López M. Enfermedad Tromboembólica Venosa en el Embarazo. Segundo Congreso Internacional de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas Aplicadas a la Práctica Diaria, 19 al 28 de Noviembre de 2012, Quito – Ecuador.

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, febrero de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento, certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la política

Así mismo, autorizo a la USFQ para que se realice la digitalización y publicación de estos trabajos de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma: _____

Nombre: María Fernanda López Vaca, MD.

Cédula de Ciudadanía: 171384650-7

Fecha: Quito, febrero de 2015

DEDICATORIA

Con todo el Amor, Respeto y Admiración dedico este trabajo a mis Padres, ya que con su Ejemplo me enseñaron lo valioso del Trabajo Duro, el Honor y Honestidad como medios para alcanzar Grandes Metas.

A mis Amados Padres:

César Augusto López Sánchez.

Elina Lasteña Vaca Navarro

TABLA DE CONTENIDOS

I.	RESÚMENES DE TRABAJOS DE PUBLICACION	8
	a. ASCITIS FETAL AISLADA IDIOPATICA.....	8
	b. MONTE DE VENUS. MALFORMACIÓN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.....	9
	c. HIMEN.....	10
	d. AGENESIA DE VAGINA. NEOVAGINA.....	11
II.	RESUMENES DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN.....	12
	a. CONDUCTA ANTE EL HIDROPS FETAL, HIDROTÓRAX Y ASCITIS AISLADA.....	12
	b. CONDUCTA ANTE EL ONFALOCELE FETAL.....	14
	c. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL EMBARAZO.....	15
III.	JUSTIFICACIÓN DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN	16
	a. ASCITIS FETAL AISLADA IDIOPATICA.....	16
	b. MONTE DE VENUS. MALFORMACIÓN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.....	17
	c. HIMEN.....	18
	d. AGENESIA DE VAGINA. NEOVAGINA.....	19
IV.	JUSTIFICACIÓN DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN.....	20
	a. CONDUCTA ANTE EL HIDROPS FETAL, HIDROTÓRAX Y ASCITIS AISLADA.....	20
	b. CONDUCTA ANTE EL ONFALOCELE FETAL.....	22

c. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL	
EMBARAZO.....	23

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE PUBLICACIÓN

ASCITIS FETAL AISLADA IDIOPATICA

La ascitis fetal aislada es una entidad comúnmente relacionada a distintas patologías, el diagnóstico final se realiza cuando se han descartado sus múltiples causas. Presentamos el caso de una ascitis fetal de causa idiopática, que no tuvo repercusión en el desarrollo fetal y neonatal. El diagnóstico oportuno y manejo adecuado permite buenos resultados perinatales.

La ascitis fetal forma parte, en la mayoría de los casos, de la presentación clínica del hidrops fetal inmune o no inmune, pero su presentación como una patología aislada es infrecuente y suele variar en intensidad al igual que en su permanencia, es por eso que se puede hablar en ciertas ocasiones de ascitis fetal aislada transitoria que en reportes de algunos casos la asocian con patologías de la arteria umbilical. Se han reportado pocos casos a nivel de Latinoamérica que han estado asociados a patologías fetales múltiples como: atresia ileal y peritonitis meconial. Reportamos el caso de ascitis fetal aislada transitoria no asociada a patología fetal alguna con evolución favorable.

MONTE DE VENUS. MALFORMACIÓN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA

El monte de Venus es una masa de tejido fibroadiposo que descansa sobre las ramas pubianas superiores, sínfisis pubiana y tubérculos pubianos. Su nombre proviene de "Venus" que según la mitología romana es la deidad relacionada con el amor, belleza y fertilidad, por lo que es común llamar al monte de Venus, el monte del amor.

Durante la pubertad con el aumento de los niveles de estrógenos en la circulación esta estructura toma forma de una protuberancia triangular, que se diferencia de manera fácil de las demás estructuras que lo rodean. La piel que lo cubre se encuentra provista de glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y muchas terminaciones nerviosas.

En ciertas ocasiones el tejido adiposo en esta zona de los genitales femeninos es excesivo, con la particular característica que este exceso no desaparece con la pérdida de peso. Con lo cual se puede producir un desplazamiento anormal de la vagina hacia atrás, dándole a los genitales externos un aspecto y una posición anómalas.

HIMEN

El himen es una membrana frágil, delgada e incompleta que se ubica en la unión entre la vulva y el conducto vaginal. Hasta la vida fetal tardía, la luz vaginal se separa de la cavidad del seno urogenital por una membrana, el Himen, que se forma por una invaginación de la pared posterior del seno urogenital resultante de la expansión del extremo caudal de la vagina. El himen se rompe durante el período perinatal y permanece como un pliegue delgado de mucosa, justo detrás del orificio vaginal.

El tamaño y forma varía mucho de una mujer a otra, al nacer, la mayoría de los bebés de sexo femenino no tienen himen, ya que el tejido se divide completamente estando aún intrauterino. En algunas ocasiones esto no sucede, y las niñas nacen con un himen no perforado. Si la niña nace con el himen no perforado (membrana que debe ser incompleta y éste permanece así hasta la primera menstruación (algo no muy común), ocasionara que, no fluya libremente hacia fuera el flujo menstrual, lo que resulta muy doloroso y requerirá de tratamiento quirúrgico.

AGENESIA DE VAGINA. NEOVAGINA

La agenesia de vagina se engloba en un síndrome descrito como Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser), descrita también como agenesia Mulleriana, se identifica por presentar trastornos severos en el desarrollo de los conductos de Muller, cuyo cuadro clínico se caracteriza por presentar amenorrea primaria en pacientes fenotípicamente femeninas, pero con ausencia de vagina y útero, los ovarios son funcionales.

Su prevalencia se estima en 1 por cada 5000 recién nacidos de sexo femenino. Se ha asociado a una falta de receptores a las hormonas sexuales en los conductos de Müller, así como un déficit enzimático (galactosa 1 fosfato uridiltransferasa).

Sus características cromosómicas son normales (46, XX)⁸ Las mujeres con agenesia mulleriana por lo general descubren el trastorno cuando, durante su desarrollo sexual, no aparece la menarquia.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

RESÚMENES DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN

CONDUCTA ANTE EL HIDROPS FETAL, HIDROTÓRAX Y

ASCITIS AISLADA

Se define como hidrops a la acumulación de líquido en el tejido celular subcutáneo y en una o más cavidades serosas fetales (pleura, peritoneo y pericardio). Se acompaña invariablemente de edema placentario y generalmente de polihidroamnios en etapas iniciales de la enfermedad, aunque la anuria fetal es frecuente en casos de fetos muy comprometidos, lo que condiciona oligoamnios severo. Antiguamente esta condición fue considerada idiopática, hasta que el descubrimiento de los grupos sanguíneos de sensibilización materna al antígeno Rh estableció una causa conocida de índole inmunológica. Sin embargo, paulatinamente fueron surgiendo otras causas diferentes a la isoimmunización Rh, las cuales se hicieron más prevalentes debido al uso masivo de la inmunoglobulina anti-D y la consecuente disminución de la enfermedad hemolítica fetal. Hoy en día se prefiere no hablar de hidrops inmune o no inmune, dado que carece de gran utilidad clínica.

El hidrotórax fetal se define como una acumulación de líquido libre en la cavidad pleural en cualquier momento de la gestación. Es posible realizar el diagnóstico

ecográfico en el primer trimestre de embarazo, aunque la mayoría de los casos son detectados en la segunda mitad del mismo. Puede ser primario, quilotórax, con una incidencia de 1/15.000 gestaciones, o secundario a otras patologías fetales como anemia, cardiopatías, cromosomopatías, infecciones o lesiones pulmonares. El quilotórax congénito es la causa más frecuente de hidrotórax neonatal. Puede ser causa de distrés respiratorio y muerte en el período neonatal por hipoplasia pulmonar secundaria a una ocupación pleural importante. La evolución natural si se complica con hidrops se asocia con alta mortalidad perinatal.

En la literatura existen pocos reportes de casos de ascitis fetal aislada, habitualmente se describe ascitis en asociación a otra patología con diversos resultados posnatales. Dentro de las causas de ascitis fetal aislada: se encuentran las anormalidades gastrointestinales tales como peritonitis meconial, anormalidades genitourinarias, anormalidades cardiovasculares (incluyendo arritmias cardíacas) y TORCH. Además, la ascitis fetal aislada evidente puede ser una muestra temprana de hidrops fetales inmunes o no-inmunes. La ecografía junto con el estudio de flujos Doppler seriados, nos permiten establecer el diagnóstico diferencial de casi todas estas condiciones que pueden provocar ascitis fetal.

CONDUCTA ANTE EL ONFALOCELE FETAL

El Onfalocele es un defecto en el desarrollo de la pared abdominal, de tamaño variable, en que las vísceras herniadas están cubiertas por una membrana de peritoneo en la superficie externa, amnios en la interna y gelatina de Wharton entre ambas.

Durante la vida fetal el intestino medio migra dentro del cordón umbilical, para retornar a la cavidad alrededor de la 10 a 12 semana de embarazo; el defecto es consecuencia de una falla en el retorno del intestino medio a la cavidad durante este periodo, el contenido intestinal se queda fuera de la cavidad y queda cubierto por el peritoneo y la membrana amniótica, quedando el cordón umbilical inserto en este saco que cubre el defecto.

La incidencia de alteraciones estructurales y cromosómicas es de 36- 67%, lo cual tiene relación con la edad de gestación en la cual se origina embriológicamente el defecto. Entre la más asociadas se destacan las gastrointestinales, craneofaciales, genitourinarias, cardíacas y diversos síndromes como son el de Cantrell y el de Bekwith-Wiedemann. La etiología del onfalocele, como ocurre en la mayoría de las anomalías congénitas, es desconocida. Se postulan factores como la exposición a agentes teratógenos como por ejemplo los inhibidores de la recaptación de serotonina en las primeras semanas de gestación, deficiencias nutricionales y predisposición genética posiblemente vinculada a defectos enzimáticos maternos, edad materna mayor de 30 años y raza negra.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo la hemostasia materna se caracteriza por ser un estado protrombótico en el cual se producen cambios en el sistema hemostático con el objetivo de prevenir una posible hemorragia durante la implantación, el parto y la placentación, sin embargo, la adaptación del sistema hemostático materno al embarazo predispone a la mujer a un riesgo incrementado de trombosis venosa profunda en combinación con otros factores predisponentes.

El diagnóstico de los eventos tromboembólicos en el embarazo constituye un reto para los equipos interdisciplinarios tratantes porque los hallazgos clínicos y paraclínicos característicos de esta enfermedad que incluye la Trombosis Venosa Profunda (TVP) y la Tromboembolia Pulmonar (TEP) que pueden estar enmascarados en los cambios fisiológicos propios de la gestación. De esta manera el inicio de su evaluación suele ser complejo, lo que lleva a sobre o subestimar este diagnóstico.

Para el correcto y oportuno diagnóstico de TVP y TEP se requiere de una combinación de varias modalidades que incluye: síntomas y signos, estudios de laboratorio e imagenología.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

JUSTIFICACIÓN DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN

ASCITIS FETAL AISLADA IDIOPATICA

Por tratarse de una patología poco frecuente, el pronóstico aún no está bien establecido en relación a la morbimortalidad tanto fetal como neonatal, existen varias series que reportan muy buen pronóstico siempre y cuando no este asociada a otra patología concomitante y otras con resultados perinatales desfavorables si se relacionan con patologías tanto maternas como fetales.

Luego de un adecuado diagnóstico prenatal, uno de los factores más importantes responsables de mal resultado neonatal es la tardanza en reconocer la presencia o ausencia de signos orientadores como desbalances acido-base, peritonitis bacteriana sobre agregada y shock séptico que puede llevar a muerte neonatal.

De no existir signos de obstrucción o peritonitis, el pronóstico es usualmente bueno. Ante la presencia de signos de obstrucción, se debe proceder con el tratamiento quirúrgico, complementando con resecciones en casos de necrosis, drenajes de los quistes si se presentan, e ileostomías las cuales

MONTE DE VENUS. MALFORMACIÓN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA

Seis de cada diez mujeres entre 20 y 40 años de edad presentan hipertrofia genital lo que genera problemas de autoestima y en la vida sexual. En el tiempo actual donde la cirugía estética genital está en auge, se plantean varios tipos de tratamiento para esta patología benigna. La lipoescultura de pubis corrige el desplazamiento de la vagina y da un aspecto más juvenil de la región. La operación consiste en realizar una pequeña lipoescultura de la zona para eliminar el exceso de tejido adiposo. Existe además la opción de la resección quirúrgica que aunque de mayor complejidad es una excelente opción para los casos severos.

HIMEN

El himen está constituido por un esqueleto conjuntivo-fibroelástico, ricamente vascularizado e innervado, que se encuentra recubierto por mucosa. Esta capa fibroelástica varía extraordinariamente en cuanto a su desarrollo y es la responsable de la consistencia y elasticidad del mismo. El himen no desaparece cuando se inserta un cuerpo extraño en la vagina. Puede estirarse sin romperse o rasgarse.

El himen imperforado suele permanecer asintomático hasta la edad de la menarquia, cuando la sangre menstrual retenida en la vagina, el útero y las trompas de Falopio puede dar como resultado hemocolpos, hematometra y hematosalpinx progresivamente. La forma de presentación clínica más frecuente suele ser la de una adolescente con amenorrea primaria, caracteres sexuales secundarios desarrollados e historia de dolores en el abdomen inferior de carácter cíclico.

Su diagnóstico y tratamiento tardío puede producir endometriosis, adenosis vaginal y hemoperitoneo. El diagnóstico es fundamentalmente de sospecha clínica, confirmado con una simple exploración genital. La ecografía permite evaluar el total de estructuras involucradas, calcular el volumen hemático acumulado y seguir la evolución postratamiento. El tratamiento es quirúrgico mediante la incisión del himen.

AGENESIA DE VAGINA. NEOVAGINA

Esta alteración se caracteriza por una alteración congénita en la cual, los conductos de Muller en el embrión, no se desarrollan de acuerdo al proceso normal común en el embrión y como consecuencia hay ausencia de útero. La edad promedio al momento del diagnóstico va entre los 15 y 18 años (4, 5). La forma de presentación más frecuente es la amenorrea primaria, en una joven con proporciones corporales adecuadas, y un desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios.

Es una patología que tiene un enfoque multidisciplinario, en la que deberán participar, ginecólogo, urólogo, cirujano, psicólogo y dependiendo de la edad de la paciente un pediatra. Aunque el enfoque es ginecológico el complemento profesional dará resultados satisfactorios de acuerdo al diagnóstico y caso tratado, siendo las que mejores resultados dan aquellas que tienen de base una vagina existente pero incompleta en su longitud. Esto no implica el que la ausencia total de vagina impida mediante una técnica adecuada el obtener una vagina funcional.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

JUSTIFICACIÓN DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN

CONDUCTA ANTE EL HIDROPS FETAL, HIDROTÓRAX Y

ASCITIS AISLADA

Una vez realizado el diagnóstico ecográfico de hidrops fetal se debe iniciar simultáneamente el análisis materno y la evaluación del feto por medio de exámenes de laboratorio y de imágenes, partiendo por los análisis o pruebas menos invasivos y simples y continuando con los de mayor complejidad y/o más invasivos. El diagnóstico de hidrops fetal se basa en la presencia de derrames serosos en un feto con edema subcutáneo al examen ultrasonográfico. Se puede observar la presencia de derrame aislado en un área del cuerpo fetal (quilotórax aislado o ascitis aislada), pero en general, y de acuerdo a evidencia reciente, esto está indicando la fase inicial del proceso hidrópico, por lo que es fundamental el estudio seriado.

Para el tratamiento exitoso del feto con hidrops, hidrotórax o ascitis es de capital importancia el diagnóstico preciso y detallado de la causa desencadenante, lo cual no siempre es posible. La evidencia médica disponible es incierta con respecto a los resultados y éxitos de las intervenciones realizadas. Muchos autores publican éxitos apoyados más en experiencia que en evidencia basada en estudios prospectivos randomizados. Hay que considerar además que puede

existir remisión espontánea en casos de arritmias fetales, síndrome de transfusión feto-fetal, secuestros pulmonares, malformaciones adenomatoideas quísticas pulmonares, higroma quístico, infecciones por citomegalovirus o parvovirus, corioangiomas placentarios y ascitis o derrames pleurales idiopáticos

CONDUCTA ANTE EL ONFALOCELE FETAL

El onfalocele fetal se divide en 2 categorías: aquellos que contienen hígado (onfalocele gigante) y aquellos que no contienen hígado, conteniendo solamente intestino. El diagnóstico ecográfico de aquellos defectos que no contienen el hígado suele realizarse en forma confiable a partir de las 12 semanas de edad gestacional; antes de ese tiempo es difícil diferenciarlo de la hernia fisiológica del intestino medio. Una anomalía cromosómica, como la trisomía 18, 21 o 13, está presente en 40 a 60 % de los fetos con este tipo de onfalocele.

El Onfalocele Gigante engloba en el saco a parte o la totalidad del hígado, pudiendo estar presentes también el intestino u otras vísceras abdominales, el diagnóstico ecográfico de esta patología puede ser realizado antes de las 12 semanas de gestación debido a que la herniación del hígado no es un hallazgo del desarrollo normal. Los fetos con este tipo de onfalocele típicamente, aunque no siempre, tienen un cariotipo normal.

En el manejo postnatal se presentan varias opciones cuando no es posible el cierre primario o por etapas en pacientes con onfalocele; una de las preferidas es hacer aplicaciones de sulfadiazina de plata y permitir la epitelialización en semanas o meses. Posteriormente se puede hacer la reparación de una hernia ventral a los 6 a 12 meses de edad o esperar aún más.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL EMBARAZO

La incidencia de Enfermedad Tromboembólica Venosa en el embarazo se incrementa aproximadamente de 5 a 10 veces más en comparación con mujeres no embarazadas, debido a las modificaciones que el propio embarazo produce sobre los factores de la coagulación y los sistemas fibrinolíticos. Se estima que la Enfermedad Tromboembólica Venosa en el embarazo complica entre 0,76 y 1,7 por cada 1.000 embarazos. En países desarrollados, esta patología ha superado a la hemorragia y a la hipertensión como la principal causa de mortalidad materna.

El uso de anticoagulantes en pacientes obstétricas requiere de un plan de interrupción del embarazo lo más detallado y controlado posible. Lastimosamente, en la práctica cotidiana esto no siempre es posible y la incapacidad de predecir el curso de una labor de parto coloca al personal de salud en la situación de tomar decisiones basadas en planes de contingencia y en análisis de riesgos y beneficios elaborados al instante.

De las posibles emergencias clínicas con las que puede tener que enfrentarse un gineco-obstetra esta patología es una de las más críticas, por lo tanto, es esencial el conocimiento de la fisiología y de la fisiopatología de la hemostasia y de la trombosis en el embarazo. Ello permitirá detectar a las pacientes de mayor riesgo,

realizar un diagnóstico temprano y certero, así como el apropiado tratamiento, esencial para reducir la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal.