

Multimed 2017; 21 (1)

ENERO-FEBRERO

CASO CLÍNICO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CARLOS M. DE CÉSPEDES**Torsión umbilical en un feto muerto a término****Umbilical torsion in a dead fetus to term**

Ms.C. Atenc. Integ. Mujer. Rolando Vega Torres,¹ Ms.C. Atenc. Integ. Mujer. Cesar Emilio Sánchez Alarcón,¹ Esp. Ginecobstet. Reynier Santiesteban Vázquez,¹ Res. 2do año. Ginecobst. Dailen Velázquez Durañones,¹ Res. 2do año. Ginecobst. Lina María Feliu Fonseca.¹

¹Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el cordón umbilical es el pedúnculo que une el feto a la placenta. Las torsiones umbilicales se definen como una o más rotaciones completas del cordón sobre su eje longitudinal.

Presentación de caso: se presenta un caso de una paciente 34 años que ingresa remitida al servicio de obstetricia del hospital Carlos M. de Céspedes, en Bayamo, Cuba del área de salud por polihidramnios y 39.4 semanas de gestación, asintomática. Se le realizó parto por cesárea, feto muerto del sexo femenino, peso 4020 g, líquido amniótico meconial, con una torsión del cordón umbilical.

Conclusiones: encontramos un feto muerto anteparto con 39.4 semanas de edad gestacional en un embarazo simple, que presentó un cordón umbilical con una torsión y una estenosis en la base desde su origen fetal.

Palabras clave: anomalía torsional, cordón nuchal, muerte fetal.

ABSTRACT

Introduction: the umbilical cord is the peduncle that connects the fetus to the placenta. The umbilical torsions are defined as one or more complete rotations of the cord on its longitudinal axis.

Case presentation: a case of a 34-year-old woman submitted to the obstetrics service of the Carlos M. de Céspedes hospital in Bayamo, Cuba, from the health area by polyhydramnios and 39.4 weeks' gestation, asymptomatic. She underwent cesarean delivery, female fetus died, weight 4020 g, meconial amniotic fluid, with an umbilical cord twist.

Conclusions: we found a fetal antepartum fetus with 39.4 weeks of gestational age in a simple pregnancy, which presented an umbilical cord with torsion and a stenosis at the base from its fetal origin.

Keywords: torsion abnormality, muerte fetal.

INTRODUCCIÓN

El cordón umbilical (CU) es el pedúnculo que une el feto a la placenta. Se origina en la porción del mesodermo extraembrionario denominada pedículo de fijación, envuelto por el amnios. La luz de la vena es mayor que la de las arterias, pero sus paredes son más finas, lo que le confiere una posibilidad de aplastamiento mayor.

Cerca de la octava semana los vasos umbilicales empiezan a enrollarse y para la duodécima a la décimo cuarta semana, los vasos estarán altamente enrollados, todos en la misma dirección, con distribución espacial similar entre ellos para prevenir el hiperenrollamiento u oclusiones cuando el cordón se deforma. ¹

El cordón umbilical tiene aproximadamente unos 50 cm de longitud y su diámetro varía entre 1 a 2,5 cm, lo cual le permite al feto moverse libremente en la cavidad amniótica. ^{2,3}

El pedículo de fijación está formado por dos arterias, una vena, gelatina de Wharton. Las anomalías relacionadas con el tamaño se conocen como pedículo corto, cuando es menor de 30 cm (compromiso funicular) y largo cuando tiene más de 80 cm (circular al cuello, torsiones y contricciones); además, cuando la arteria ocupa entre 0.25 a 1 %, se relaciona con defectos cardiacos del feto.

Las torsiones umbilicales se definen como una o más rotaciones completas (360°) del cordón sobre su eje longitudinal que resulta en deformación compresiva de su contenido relacionándose con asfixia, pH de arteria umbilical.⁴

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presentó una embarazada de 34 años con grupo sanguíneo O+, serología no reactiva, sin sepsis vaginal ni urinaria. No refiere antecedentes patológicos vaginales ni familiares. No se señala nada importante en la atención prenatal. Se ingresó remitida del área de salud por polihidramnios y 39.4 semanas de gestación, asintomática. Al examen físico, presentó mucosas coloreadas y húmedas, pulso en 86 latidos por minuto y tensión arterial en 110 con 60. En el abdomen la altura uterina (AU) era de 39 cm con situación oblicua, el dorso derecho foco fetal (DD, FF) de 144 por minutos.

La exploración con espéculo mostró un cuello central cerrado, sin leucorrea. Ingresada en sala de gestantes patológicas, se le realiza prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) que fue negativa y una hemoglobina de 106 g/L.

El perfil biofísico fetal mostró un diámetro biparietal de 98, con madurez II – III, el índice de líquido amniótico (ILA) fue de 34, el peso se calculó en 4000 gramos aproximadamente.

Al siguiente día comienza con dolor en bajo vientre y contracciones. No se ausculta foco fetal (FF). Se le realiza ultrasonido de seguimiento (USS) urgente para precisar presentación y vitalidad fetal. Se confirma situación oblicua y ausencia de latido cardiaco. Se decidió realizar parto por cesárea, se encontró como hallazgo feto muerto del sexo femenino, con peso de 4020 g, líquido meconial, con una torsión del cordón umbilical (figura).



Fig. Hallazgo de torsión del cordón umbilical en feto muerto.

DISCUSIÓN

Son múltiples las enfermedades que pueden afectar el cordón umbilical. Entre ellas se hallan las de tipo infeccioso, las relacionadas con anomalías del desarrollo del cordón, degenerativas, relacionadas con la dinámica del cordón umbilical, de tipo vascular, tumorales y del amnios.¹

El aborto por torsión umbilical es probablemente el aborto no infeccioso más común en la actualidad. Antiguamente, antes de la utilización del ultrasonido solamente era superado por los abortos gemelares.

El cordón umbilical, normalmente, es una estructura que presenta giros sobre sí mismo y lo causa la morbilidad fetal que comienza alrededor del día 60 de gestación en donde el feto puede girar sobre su propio eje hasta alrededor de los siete meses de gestación cuando deja de hacerlo por cuestiones de espacio y se define la presentación para el parto, que generalmente es anterior.

Las torsiones umbilicales se relacionan en ocasiones con cordones más largos de lo normal (35 a 85 cm) y en ocasiones no es tan fácil diagnosticarlos porque no presentan edema, hemorragias o una notoria congestión. Se piensa que en ocasiones pueden producir una obstrucción parcial y también causar el aborto; sin embargo, en esos casos el feto puede estar moderadamente autolizado y delgado al momento del aborto.

La afección funicular tiene una gran importancia perinatal, ya que se observa en el 17-38 % de los partos.⁴ Representa, después de la maceración, el hallazgo más frecuente en casos de mortalidad fetal anteparto y en muchas ocasiones puede ayudar a esclarecer la causa de determinadas situaciones de hipoxia o muerte fetal.^{5,6} La mortalidad perinatal de causa funicular se observa con preferencia en el embarazo a término y en el período anteparto.⁴

En general, el cordón tiene forma de espiral, probablemente debido, entre otras causas, a los movimientos de rotación del feto dentro de la cavidad amniótica. El número de giros varía entre 5 y 20, según las series. La ausencia de espirales está asociada a inactividad del feto, probablemente debido a problemas del sistema nervioso central. El exceso de las mismas, en casos extremos, reduce la luz de los vasos y podría ser una causa de mortalidad fetal,⁶⁻⁸ principalmente en los casos en los que esta constricción se observa en su origen fetal.

En ocasiones, en la estenosis se encuentra una zona de cordón con reducción de la gelatina de Wharton, sobre todo en la unión escamoamniótica, que puede producir una torsión, con dilatación venosa distal,⁸⁻¹⁰ como ocurre en el caso que presentamos. Es importante comprobar que la torsión del cordón persista después de aislarlo y evidenciar congestión y, en su caso, trombosis funicular para poder así vincular la torsión con la muerte fetal.⁴

No obstante, la torsión del cordón umbilical es una afección muy poco frecuente. Cuando incluye tanto la estenosis como la atresia y la estrechez de los vasos, su incidencia en abortos espontáneos es del 8,6 %.¹¹ Esta incidencia es mayor en embarazos gemelares.^{9,10} Martin y colaboradores describen un caso en una gestante con un embarazo gemelar a las 33 semanas.¹²

En el caso que presentamos encontramos un feto muerto anteparto 39.4 semanas de edad gestacional en un embarazo simple, que presenta un cordón umbilical con una torsión y una estenosis en la base desde su origen fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olaya M, Gordillo González G. Anomalías del cordón umbilical relacionadas con cromosomopatías. Iatreia [Internet]. 2010 [citado 14 Dic 2015]; 23(4-S).

Disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/8256>.

2. Fernández Costa J, Fernández Arias M. Cordón umbilical. En: Vademécum de valores biomédicos normales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.61.
3. Rosell Puig W, Dovale Borjas C, Álvarez Torres I. Cordón umbilical. En: Morfología humana I. t1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 65-6.
4. England M. Gran atlas de la vida antes de nacer. Barcelona: Océano; 1999.
5. De Miguel JR, Del Barrio R, Devesa R, García J, Ceballos C, Mora R, et al. Patología funicular (circular, nudo o bandolera) como causa probable de mortalidad perinatal tipo I: análisis del período 1984-1993. Act Obstet Ginecol. 1994; 6:281-5.
6. De Miguel Sesmero JR, Montero Fanjul JJ. Prolapso de cordón umbilical y otras patologías de los anejos ovulares. En: Fabre González E, editor. Manual de asistencia al parto y puerperio patológico. Zaragoza: INO Reproducciones; 2011. p. 425-51.
7. Walter PR, Phippe E. Examen de la placenta. En: EMC ginecología-obstetricia. Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier; 2002.5070-C-20:5-16.
8. López de la Osa E. Patología del cordón umbilical. En: González-Merlo J, Del Sol JR, eds. Obstetricia. Barcelona: Masson-Salvat; 1992. p. 448-9.
9. Kiley KC, Perkins CS, Penney LL. Umbilical cord stricture associated with intrauterine fetal demise. Reprod Med. 2010; 31:154-6.
10. Dimmick JE, Kalousek. En: Developmental pathology of the embryo and fetus. J.B. Lippincott Company, 1992; p. 294.
11. Sun Y, Arbuckle S, Hcking G, Billson V. Umbilical cord stricture and intrauterine fetal death. Pediatr Pathol Lab Med 1995; 15:723-32.
12. Martin AM, Martino M, de Miguel JR, Arce F. Estenosis del cordón umbilical como causa de muerte fetal anteparto. Clín Inv Ginecol Obstet. 2002; 29(9): 343-5.

Recibido: 7 de septiembre de 2016.

Aprobado: 24 de noviembre de 2016.

Rolando Vega Torres. Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes.
Bayamo. Granma, Cuba.