

PRESENTACIÓN DE CASO

Diagnóstico prenatal ultrasonográfico de higroma quístico

Prenatal Ultrasonographic Diagnosis of Cystic Hygroma

**Damaris Rodríguez Padrón¹, Julio Rodríguez Padrón², Maritza Cabrera Pupo³,
Diexán Alberto Amat Sousa⁴**

1. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Cuello. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado Medicina General Integral. Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
4. Alumno de cuarto año de la carrera de medicina. Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.

RESUMEN

El higroma quístico es el resultado de segmentos del saco linfático yugular que están fuera de sitio o de la falla de los espacios linfáticos para conectar con los principales canales linfáticos y constituye un tumor líquido claro, limpio y transparente; se diagnostica por ecografía en el primer trimestre del embarazo, porque se aprecia una masa que sobresale en la pared posterior o lateral del cuello, su aparición se asocia a cariotipos anormales, por lo cual es indispensable un estudio de cariotipo humano. El higroma quístico está asociado a trisomía 21, 18 y 13, entre otras. Se reportó el caso de una paciente con embarazo de 13,2 semanas, a la cual se le realizó marcador genético, detectándose un feto con una tumoración quística en la región cervical. Se decidió la interrupción de la gestación, mediante el uso de misoprostol, obteniéndose un higroma quístico como resultado anatomopatológico, que reafirmó el diagnóstico ultrasonográfico.

Palabras clave: gestación, higroma quístico, linfangioma.

ABSTRACT

Cystic hygroma is a result of jugular lymph sac segments that are out of place or the failure of the lymphatic spaces to connect with the main lymphatic channels. It is a clear, clean and transparent liquid tumor, diagnosed by ultrasound in the first trimester of pregnancy, for a mass that protrudes in the back or side wall of the neck can be seen, its onset is associated with abnormal karyotypes, which is indispensable for a study of the human karyotype. Cystic hygroma is associated with trisomy 21, 18 and 13, among others. A case of a patient with pregnancy of 13.2 weeks, who underwent genetic marker, detecting a fetus with a cystic tumor in the cervical region was reported. Interruption of pregnancy was decided by using misoprostol, a cystic hygroma was revealed that confirmed the ultrasonographic diagnosis.

Keywords: pregnancy, cystic hygroma, lymphangioma.

INTRODUCCIÓN

El linfangioma o higroma quístico se desarrolla a partir de los sacos linfáticos secundarios cuando son secuestrados por los primarios durante la vida embrionaria. Esta malformación es el resultado de segmentos del saco linfático yugular que están fuera de sitio o de la falla de los espacios linfáticos para conectar con los principales canales linfáticos y constituye un tumor líquido claro, limpio y transparente¹.

La mayoría se asocia a cariotipos anormales, por lo cual es indispensable un estudio de cariotipo humano; el higroma quístico se asocia con trisomías 21, 18 y 13, síndromes como Turner, Noonan, Roberts, Cuming, Lowchock, Teringuin letal múltiple, androgénesis tipo II y algunos agentes teratógenos. Puede también estar presente en fetos con cariotipo normal y sin malformaciones ecográficas^{2, 3}.

El higroma quístico se diagnostica por ecografía en el primer trimestre del embarazo, porque se aprecia una masa que sobresale en la pared posterior o lateral del cuello, comparte imagen con otras anomalías como: el bocio, quiste branquial, meningocele cervical, encefalocele posterior, mielomeningocele, teratoma quístico, edema de la nuca, o hemangioma, etc., normalmente en el higroma el feto tiene el cráneo y la columna íntegros, el tumor no es sólido y presentan cavidades y tabiques⁴.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 28 años de edad, de la raza blanca, con antecedentes de salud, y antecedentes obstétricos de dos embarazos, ningún parto y un aborto (provocado); es de procedencia urbana del área de salud de la Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Su última fecha de menstruación fue el 18 de noviembre de 2011, con captación de la gestación a las ocho semanas y que acude a consulta de marcado genético a las 13,2 semanas, no se reflejó antecedentes de consumo de teratógenos.

Antecedentes ginecosbtréticos

Tuvo su menarquia a los 13 años, con fórmula menstrual cinco días cada 28 días, eumenorreica y uso de anticonceptivos orales (Etinor). Su primera relación sexual fue a los 17 años y ha tenido dos parejas sexuales.

Complementarios: serología (VDRL) y VIH ambas no reactivas.

Marcador genético: realizado el 07 de febrero del año 2012, en el cual se informó: feto único, con aumento de la translucencia nucal 7,2 mm; con presencia de hueso nasal, índice corona rabadilla (ICR) de 35 mm para 13,2 semanas de gestación; fémur de 11,8 mm para 13,3 semanas; se observó hacia la parte posterior de cráneo y cuello gran imagen sonoluciente que recuerda una imagen quística que mide 17,5 mm por 20,0 mm. Se planteó posible higroma quístico ([fig.](#)).

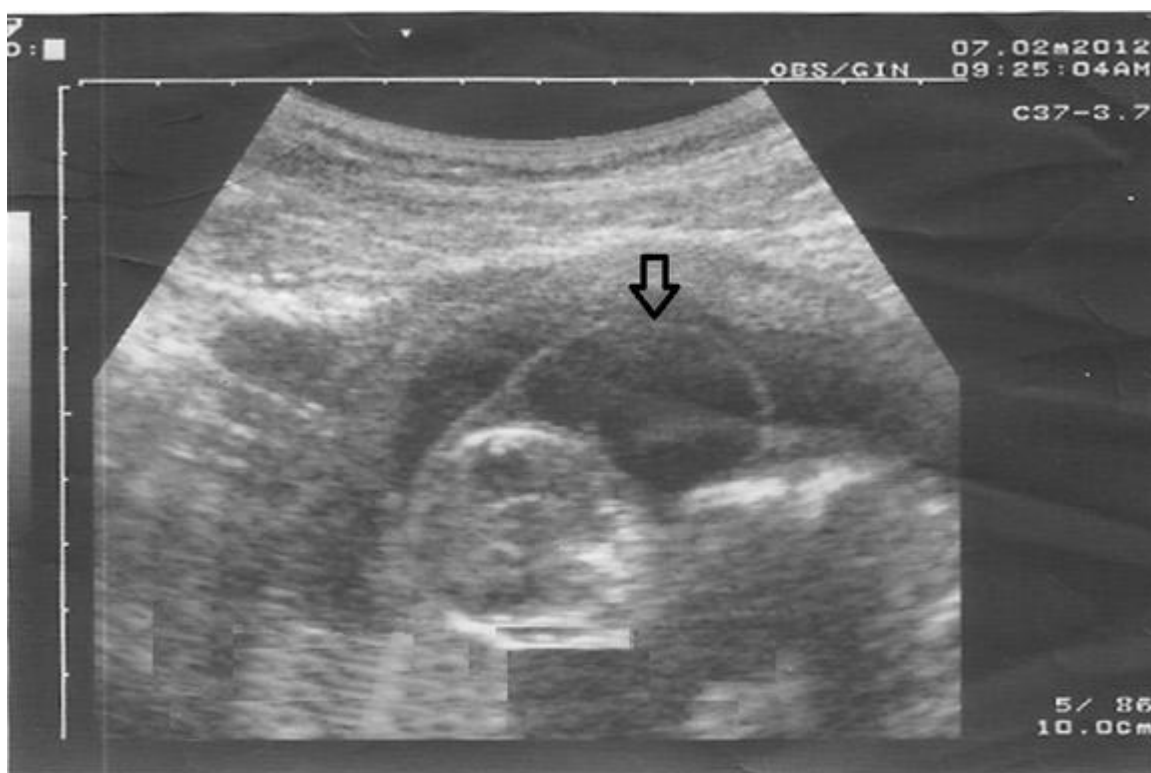


Fig. Ultrasonografía a las 13, 2 semanas

Se remitió la paciente al Departamento de Genética Provincial donde se corroboró diagnóstico y se sugirió interrupción del embarazo. Ingresó en el Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, en el Servicio de Ginecología, el 16 de febrero de 2012, se decidió interrupción de la gestación utilizando misoprostol, luego de ocho horas expulsó un feto masculino en el cual se apreció en la región cervical una tumoración quística de 2 cm de diámetro y se obtuvo placenta completa.

Se egresó la paciente en buenas condiciones y se envió el feto a Anatomía Patológica la cual informó, feto de aproximadamente 13 semanas, muerte fetal por interrupción del embarazo por causa genética, higroma quístico del cuello con resto de los órganos normales.

DISCUSIÓN

La situación del higroma quístico observada en la región cervical y del lado izquierdo es la más frecuente descrita en la bibliografía, ya que el 75% de los casos referidos presentan esta localización. Sin embargo, desde el punto de vista embriológico todavía no se ha podido explicar cuál es la causa que determina la mayor incidencia del higroma quístico a este nivel³.

Clínicamente estos tumores se presentan como una masa cervical quística única o múltiple de tamaño variable, consistencia blanda, indolora, mal delimitada, fluctuante, lobulada, multitabicada, translúcida, no adherida a tejidos profundos y la piel que lo cubre puede ser delgada y de color azul. Su crecimiento es lento y progresivo a lo largo del primer año de vida. Cuando no hay infección, las paredes de los quistes son delgadas de color perlado, casi transparentes, que contienen líquido claro. En ocasiones sucede ruptura de algunos quistes con hemorragia y se confunde con un linfohemangioma^{4, 5}.

Los síntomas están relacionados con las localizaciones del quiste y su tamaño. Si la masa quística comprime la vía aérea, ocasiona síndrome de dificultad respiratoria y trastornos de la deglución. Cuando está localizado en la región perifaríngea puede ocasionar alteraciones en la función de la articulación temporomandibular. La masa supraclavicular se puede evidenciar al realizar la maniobra de Valsalva y en estos casos el higroma está asociado a una localización mediastínica.

Dichas ubicaciones guardan relación con la embriogénesis, ya que en el final de la novena semana de la gestación comienza a desarrollarse el sistema linfático, análogamente al sistema venoso, para luego separarse de éste y formar 5 sacos linfáticos: uno retroperitoneal simple y dos pares cerca de la vena yugular y ciática respectivamente⁶.

Cuando se detecta un higroma quístico fetal, se recomienda la realización de un estudio ecográfico minucioso, con el fin de descartar otras anomalías, porque se ha descrito que puede asociarse con linfedema (69%), hidrops (46%), oligohidramnios (68%), retardo en el crecimiento intrauterino, polihidramnios y alteraciones cardíacas, que traen como consecuencia disminución o ausencia de los movimientos fetales^{5, 6}.

El feto estudiado correspondió al sexo masculino, dato que coincide con el de algunos investigadores, quienes señalan que el 86,7% de los casos estudiados por ellos eran del sexo masculino y tenían testículos bien definidos. Las características externas observadas en el tumor cervical, así como las descritas en el estudio histopatológico, permitieron corroborar el diagnóstico referido en el estudio ecosonográfico prenatal⁶.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Querejazu Torrico S, Díaz Babbista G, Aillón López H, Portugal Claros JC. Higroma quístico (a propósito de un caso). Rev Instituto Médico Sucre 2002. [citado 28 ene 2013]; 21(1).
2. Barriga J, Murillo C, Agreda JA. Higroma quístico, a propósito de un caso. Rev Bol Ped. 2002.[citado 28 ene 2013];41 (2).
3. Moreira Duerto WA, Cabrera Marante O, Da Silva De Abreu AJ. Higroma Quístico. Rev Cient Cienc Méd. 2011. [citado 28 ene 2013]; 14 (1).
4. Montilla L, Petrosino P, Sotolongo A, Uzcátegui ML, Moreno F, de Castillo J. Higroma quístico fetal. Reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez.2003. [citado 28 ene 2013]; 63 (3).
5. Nemera P, Rittler M, Ingildea M, Chernovetzky G, Kopuchiana N, Faganello A, et al. Resolución espontánea del higroma quístico en un feto con síndrome de turner y evolución postnatal. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2010. [citado 28 ene 2013]; 29 (3).
6. López Gutiérrez P, García Hernández JÁ. Higroma quístico cervical fetal: evolución y resultados perinatales. Prog Obstet Ginecol.2007. [citado 28 ene 2013];50 (3).

Recibido: 23 de mayo de 2013

Aprobado: 19 de junio de 2013

Dra. *Damaris Rodríguez Padrón*. Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Cuello.
Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: aps@cristal.hlg.sld.cu