

Hospital Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla", Pinar del Río

## ***DERRAME FETAL SEVERO CON TERAPIA MEDICAMENTOSA ANTEPARTO. PRESENTACIÓN DE 1 CASO***

*Dr. Luis Raúl Martínez González,<sup>1</sup> Dra. Caridad Pérez Martínez,<sup>2</sup> y Dra. Lourdes Reyes<sup>3</sup>*

**RESUMEN:** Se presentó 1 caso en el cual se diagnosticó un derrame pericárdico severo en el feto, a las 30 sem de gestación, con bradicardia que se fue incrementando con riesgo de taponamiento cardíaco y de muerte fetal intraútero. Como la paciente, después del asesoramiento genético, deseaba continuar el embarazo se decidió realizar terapia fetal con digitálicos a razón de 0,50 mg diarios y antibioticoterapia, pensando en una posible miocardiopatía y sin hallar en el ecocardiograma fetal otras alteraciones anatómicas. Se observó la evolución del caso ultrasonográficamente, se lograron resultados satisfactorios pues el derrame fue disminuyendo paulatinamente de 22, hasta 4 mm con buena contractilidad del miocardio y mejoría de la frecuencia cardíaca fetal, además disminuyó el índice de líquido amniótico del 97,5 percentil a 50, la biometría fetal se comportó en límites normales. Se practicó cesárea a las 40 sem por sufrimiento fetal agudo y se extrajo el feto femenino de 3 040 g con Apgar 8-9 puntos y evolución satisfactoria. El examen del recién nacido fue normal por cardiología; se siguió la evolución en consultas de puericultura, integralmente y se comprobó que esta fue satisfactoria. Se considera en estos momentos una niña sana.

**DeCS:** DERRAME PERICARDICO/congénito; DERRAME PERICARDICO/terapia; ENFERMEDADES FETALES/diagnóstico; ANOMALIAS/diagnóstico; ULTRASONOGRAFIA PRENATAL; CESAREA; TAPONAMIENTO CARDIACO.

Durante muchos años, el objetivo principal de la medicina fue evitar riesgos en la vida de la mujer, durante el parto, la obstetricia estaba encaminada a salvar vidas maternas.

El perfeccionamiento de técnicas y de resultados dio lugar en el segundo tercio del siglo XX a un progresivo criterio por la

vida fetal, lo cual aumentó el porcentaje de recién nacidos vivos, pero surgió el problema de los neonatos enfermos o subnormales.

En los años 60 se comenzó a pensar y actuar sobre el feto en el útero, y el tratamiento fetal pasó a ser un aspecto nuevo e interesante de la medicina de la reproducción,

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Ultrasonografista.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Ultrasonografista.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Radiología.

aparecieron nuevos métodos diagnósticos y de exploración del contenido intrauterino, con posibilidades de actuar, directa o indirectamente, sobre el organismo fetal. El pionero en estos fue el australiano *Liley* que, en 1963, consiguió diagnosticar la enfermedad hemolítica perinatal y tratarla por medio de transfusiones fetales intrauterinas.<sup>1,2</sup>

Solo una parte de las fetopatías pueden ser tratadas prenatalmente, sin embargo, los resultados obtenidos en algunas de ellas como arritmias cardíacas o fallo cardíaco congestivo, anomalías renales, hidrocefalias etc., son alentadores, otros casos solo son tratables después del nacimiento y algunos, por desgracia, son solo susceptibles de una interrupción.

Existen 3 métodos fundamentales de tratamiento positivo, uno es el tratamiento médico con fármacos u hormonas administradas a la madre que actúan a través de la placenta; otro es la adopción de medidas quirúrgicas intrauterinas en el feto y un tercero es el tratamiento médico o quirúrgico posnatal, bien en el parto a término o adelantando el final de la gestación.<sup>2-4</sup>

Nos motivamos a realizar este trabajo por tratarse de un caso que presentó un derrame fetal intraútero severo, se impuso tratamiento desde las 32 sem y se logró un recién nacido a término, de buen peso, que evolucionó satisfactoriamente.

### **Presentación del caso**

Paciente de 30 años de edad, negra, G3 P2 A0 con antecedentes de salud. Acude a la captación a las 7 sem, con cifras tensionales normales y sobrepeso. Fue clasificada como caso de riesgo. Todos los análisis indicados en la primera consulta fueron normales así como la alfafetoproteína realizada a las 17 sem que estuvo en 0,5.

Se realizó el pesquisaje de malformación a las 23 sem que fue normal, solo con un índice de líquido amniótico muy cerca del 97,5 percentil por lo que se cita de nuevo a las 2 sem y es remitida a la consulta provincial de Genética con diagnóstico de polihidramnios.

En esta primera consulta, el ultrasonido realizado fue normal incluyendo el eco fetal en el cual se constata aumento del líquido amniótico por encima del 97,5 P y un tiempo gestacional de 26 sem. Se citan para reconsulta al mes.

Se valora a las 30 sem de embarazo y en el examen ultrasonográfico se reporta biometría fetal normal. El líquido amniótico continúa aumentado y se diagnostica un derrame pericárdico de 18 mm con bradicardia ligera de 110 lat/min, así como discreta hipertrofia del ventrículo izquierdo. En ese momento no se descarta la idea de una fibroelastosis subendocárdica y un riesgo elevado de taponamiento cardíaco.

Por todo lo anteriormente expuesto se discute el caso y se decide su ingreso en el hospital ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" pues la paciente decide, a pesar del asesoramiento genético donde se le explica el mal pronóstico fetal, continuar el embarazo.

Ya ingresada, se decide valorar de nuevo a los 10 d en la consulta provincial de Genética. En el ultrasonido se observa un derrame pericárdico fetal de 22 mm, con mensuraciones normales y mejoría discreta del polihidramnios. Dado el aumento del derrame, en comparación con el examen anterior, se discute el caso en un colectivo multidisciplinario que incluyó un cardiólogo. Se concluyó que, al no presentar otras alteraciones anatómicas cardíacas (pero sin descartar una miocardiopatía) se comenzaría una terapia fetal intraútero mediante la administración a la madre de digoxina, 0,50 mg diarios repartidos en 2 dosis y

antibioticoterapia que comenzaría con penicilina cristalina 8 millones EV diario y amikacina 1g IM.

A los 15 d, con un tiempo de gestación de 34 sem, se repite la ecografía fetal donde se reporta diámetro biparietal de 87 mm, fémur: 67 mm, placenta grado II, índice de bolsones normal entre el 50 y 95 percentil y peso fetal aproximado de 2 299 g. El derrame pericárdico había disminuido notablemente, midió en su zona más amplia 15 mm con ligera hipertrofia de ambos ventrículos, buena contractilidad del miocardio y frecuencia cardíaca en 150 lat/min.

Se repite la ecografía a las 36 sem, se mantiene el tratamiento con digitálicos y se indica un segundo ciclo con antibióticos, en este caso kanamicina (600 mg/d) y se informa un diámetro biparietal de 90 mm, fémur de 69 mm, placenta grado III y el líquido amniótico normal con un cálculo de peso de 2 770 g y mejoría ostensible del derrame que ahora solo mide 7 mm.

A las 39 sem se repite la ultrasonografía, ya se había retirado el antibiótico y se mantenía la digoxina. Se observa un de-

rrame de solo 4 mm, el resto del estudio fue normal, el peso de 3 070 g y el índice de líquido entre 5 y 50 P.

Con 40,4 sem se decide comenzar inducción por oligoludrauma y alteraciones del foco fetal. Se anuncia el caso para cesárea con el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, y se obtiene un feto femenino de 3 040 g y Apgar 8-9 puntos.

El recién nacido fue valorado por el neonatólogo y el cardiólogo que encuentran en el examen físico un soplo sistólico I-II/VI en foco pulmonar con segundo ruido desdoblado y pulsos presentes. El electrocardiograma fue normal y el telecardiograma con ápex elevado sin cardiomegalia. Se mantuvo la niña ingresada en observación durante 5 d y el ecocardiograma fue normal por lo que se decide el alta con turno para la consulta de cardiología en un mes.

En las consultas de seguimiento del caso, el examen físico ha sido normal, según el cardiólogo, así como los ultrasonidos realizados y su valoración integral en la consulta de puericultura corresponde en estos momentos, con la de una niña sana.

**SUMMARY:** A case was reported in which the diagnosis was a severe pericardial effusion in a fetus, at 30 weeks of gestation, with increasing bradycardia and risk of cardiac tamponade and intrauterine fetal death. After the genetic counseling service, the patient decided to continue her pregnancy, so it was determined to apply digitalis therapy to the fetus at a dose of 0,50 mg daily and antibiotic therapy to treat a possible myocardiopathy since no other anatomic alterations was observed in the fetal echocardiogram. The progress of this case was followed-up by ultrasonography. Positive results were achieved because the pericardial effusion was progressively reduced from 22 to 4mm with good contractibility of myocardium and improved heart rate. The amniotic fluid index dropped from 97,5 percentiles to 50; the fetal biometry was normal. Cesarean section was performed at 40 weeks of gestation due to acute fetal distress and a female fetus weighing 3 040 g with Apgar 8-9 score was born. Her development was satisfactory. The examination of the neonate was normal according to the cardiologist. Her development was comprehensively followed up in the puericulture service and it was satisfactory. At present, she is considered to be a healthy girl.

**Subject headings:** PERICARDIAL EFFUSION/congenital; PERICARDIAL EFFUSION/therapy; FETAL DISEASES/diagnosis; ABNORMALITIES/diagnosis; CESAREAN SECTION; CARDIAC TAMPONADE.

## **Referencias bibliográficas**

1. Botella Llusia J. Recientes avances en perinatología. Acta Ginecol 1986;43:629.
2. Johnson MJ, Sherman E. Tratamiento prenatal: métodos genéticos en el feto. Clin Nort Obstet Ginecol 1988;2:379-380.
3. Sosa Olavarria A. Ciemopatías torácicas. En su: Ultrasonografía y clínica embrio fetal. Cap. 11. Venezuela: Editora Tatum; 1994:180.
4. Fleisher Ac, Finderberg HJ, Graham DF. Sonography in Obstetrics and Gynecology. Principles and Practice. Cap 32. 1996:508.

Recibido: 19 de marzo de 2001. Aprobado: 20 de julio de 2001.

Dr. *Luis Raúl Martínez González*. Hospital Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla", Méndez Capote No. 133, Pinar del Río, Cuba.