

Casos Clínicos

Ascitis fetal aislada idiopática: caso clínico

Ma. Fernanda López ¹, Santiago Chávez ², Ramiro Hidalgo ², Pablo Alvarado.²

¹Programa de Posgrado en Ginecología y Obstetricia, ²Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

RESUMEN

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.

PALABRAS CLAVES: *Ascitis fetal aislada idiopática, diagnóstico prenatal*

SUMMARY

Isolated fetal ascites is an entity commonly related to various diseases, the final diagnosis is made when multiple causes have been ruled out. We report an idiopathic fetal ascites, which had no effect on fetal and neonatal development. Early diagnosis and proper management allows good perinatal outcome.

KEY WORDS: *Isolated idiopathic fetal ascites, prenatal diagnosis*

INTRODUCCIÓN

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 (1).

Se han reportado pocos casos a nivel de Latinoamérica que han estado asociados a patologías fetales múltiples (1), en el cual nos reporta esta patología asociada a atresia ileal y peritonitis meconial. Reportamos el caso de ascitis fetal aislada

transitoria no asociada a patología fetal alguna con evolución favorable.

Caso clínico

Gestante de 28 años, nacida y residente en el Puyo, provincia de Pastaza – Ecuador, ARh+, comerciante. Sin antecedentes de importancia. Cursa al ingreso su cuarta gestación con edad gestacional de 30 semanas +3, con el diagnóstico de ascitis fetal más arteria umbilical única desde las 20 semanas. Los exámenes realizados previamente reportan: TORCH negativo, amniocentesis genética con cariotipo normal, estudio de líquido amniótico normal.

Al examen físico se observa una paciente en

adecuadas condiciones generales, con una altura uterina acorde a la edad gestacional. Feto único en presentación cefálica, con movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca fetal normal. Al tacto vaginal el cérvix es posterior, permeable a un dedo, con polo cefálico en primer plano.

La ecografía realizada en la Unidad de Medicina Materno Fetal observa un feto único, vivo, cefálica, sexo femenino, peso de 2.384 gramos, 31 semanas por antropometría fetal. Placenta posterior, grado I de maduración y líquido amniótico en adecuada cantidad. Se evidencia importante ascitis fetal y arteria umbilical única (Figura 1).

Durante la permanencia en el servicio de Alto Riesgo se realiza una paracentesis fetal en la que se obtiene 390 cc de líquido cetrino en un procedimiento sin complicaciones, cuya valoración citoquímica bacteriológica es normal. El control ecográfico a las 24 horas post paracentesis se evidencia nueva acumulación de líquido ascítico en una cantidad

considerable.

Llama la atención que durante los próximos 40 días post paracentesis, el líquido ascítico disminuye espontáneamente en forma gradual (Figura 2). Además, durante su estancia, recibe tratamiento intravenoso por una anemia ferropénica moderada. Por su evolución favorable es dada de alta con controles de seguimiento en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico.

Cumplidas las 37 semanas +4 de gestación, la paciente reingresa con labor de parto en fase latente. Se realiza cesárea por las características de la gestación. Se recibe un recién nacido de sexo femenino con Apgar 8-9, ingresando a la sala de cuidados intermedios para su cuidado y estudios respectivos. La recién nacida evoluciona favorablemente. Llama la atención la piel sobrante a nivel abdominal (Figura 3). A los 6 días de vida es dada de alta con peso de 3.355. La madre es dada de alta al tercer día de su puerperio sin complicaciones.



Figura 1. Ecografía a las 31 semanas. Se observa ascitis fetal y arteria umbilical única.



Figura 2. Ecografía a los 40 días post paracentesis, se observa que el líquido ascítico disminuye espontáneamente en forma gradual.



Figura 3. Pliegues de piel abdominal sobrante secundaria a ascitis fetal.

DISCUSIÓN

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 (Tabla I), se encuentran las anomalías gastrointestinales tales como peritonitis meconial, anomalías genitourinarias, anomalías cardiovasculares (incluyendo arritmias cardíacas) y TORCH (2-11). 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. La paracentesis

prenatal se ha sugerido como un medio útil para el diagnóstico y nos ayuda con la función pulmonar neonatal, incluso puede evitar la distocia abdominal en el momento del parto; por lo general la reaccumulación de líquido ascítico es rápida después de la paracentesis, por lo que en fetos que no presenten alteraciones fisiológicas importantes puede ser realizada anteparto o intraparto.

El momento del nacimiento la conducta expectante puede ser adoptada además de recomendada, con ultrasonido seriado con vigilancia estrecha del estado fetal para intentar el inicio espontáneo del trabajo de parto o el momento adecuado para la interrupción por vía alta, en donde se precisa tener las condiciones de neonatología adecuada para recibir al recién nacido.

Tabla I
CAUSAS DE ASCITIS FETAL AISLADA

	Causas
Sistema genitourinario	Uropatías obstructivas Ruptura vesical
Sistema cardíaco	Insuficiencia cardíaca
Enfermedades hepáticas	Tumores Quistes Enfermedades del metabolismo Hepatitis Hipertensión portal.
Infecciones sistémicas	Toxoplasmosis Citomegalovirus Parvovirus B19
Sistema linfático	Quiloperitoneo congénito
Ovárica	Quieste ovárico roto
Metabólicas	Enfermedades congénitas Errores del metabolismo
Sistema gastrointestinal	Obstrucciones intestinales Vólvulos Estenosis Intususcepción Perforación intestinal Peritonitis meconial

Idiopáticas

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 (12).

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 de 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 pueden recanalizarse en un tiempo posterior.

REFERENCIAS

1. Valdés P, Mir S, Ostojic A, Eskuche W. Caso clínico: ascitis fetal aislada. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68:129-32.
2. Flores X, Vaccarezza I, Pincheira V, Varela M, Maluenda V, Morales C, Carvallo R, Sepúlveda W. Ascitis fetal transitoria: alerta al ultrasonografista. *Rev Chil Ultrasonografía* 2009;12:23:9.
3. Hohlfeld P, MacAleese J. Fetal toxoplasmosis: ultrasonographic signs. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1991;1:241-4.
4. Zerbini M, Gentilomi G.A, Gallinella G, Morandi R, Calvi S, Guerra B, Musiani M. Intrauterine Parvovirus B19 infection and meconium peritonitis. *Prenat Diagn* 1998;18:599-606.
5. Campisi C, Bellini C, Eretta C, Zilli A, da Rin E, Davini D, Bonioli E, Boccardo F. Diagnosis and management of primary chylous ascites. *J Vasc Surgery* 2006; 43: 1244-8.
6. Yang JI, Kim HS, Chang KH, Hong J, Joo HJ, Ryu HS. Intrauterine intussusception presenting as fetal ascites at prenatal ultrasonography. *Am J Perinatol* 2004;21:241-6.

7. Ben-Haroush A, Yogev Y, Levit O, Hod M, Kaplan B. Isolated fetal ascites caused by Wolman disease. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:297-8.
 8. Piolat C, N'die J, Andrini P, Althuser M, Jouk PS, Jacquier C, Dyon JF. Perforated tubular duplication of the transverse colon: a rare cause of meconium peritonitis with prenatal diagnosis. *Pediatr Surg Int* 2005; 21:110-2.
 9. Camanni D, Zaccara A, Capitanucci ML, Mosiello G, Capolupo I, Iacobelli BD, De Gennaro M. Isolated fetal ascites secondary to persistent urogenital sinus. *Obstet Gynecol International* 2009;2009:219010. Hallado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778946/?tool=pubmed>
 10. Fariña González J, Escribano Adam N, Millana de Ynes C, Herraiz Martínez MA. Infección por parvovirus B19 asociada a hidrops fetal. Estudio de un caso con ecopsia. *Rev Esp Patol* 2007;40:127-30.
 11. Agrawala G, Predanic M, Perni SC, Chasen ST. Isolated fetal ascites caused by bowel perforation due to colonic atresia. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2005;17:291-4.
 12. Nose S, Usui N, Soh H, Kamiyama M. The prognostic factors and the outcome of primary isolated fetal ascites. *Pediatr Surg Int* 2011;27:799-804.
-