



BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL: NUESTRA EXPERIENCIA

*Bueno González M^a del Mar; *García Izquierdo Olivia; *Urbano Reyes Maribel; *Esquinas Vega M^a Cruz; *López Soto Álvaro; *Jódar Pérez M. Ángeles; *Martínez Uriarte Juan; *García Romero Rafael.

*Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN

La biopsia de vellosidad corial (BVC) es un procedimiento diagnóstico invasivo que consiste en la obtención de vellosidades coriales para estudio citogenético o molecular. Requiere de entrenamiento y experiencia suficiente del operador, así como de su equipo y del laboratorio de Genética, ya que tanto las tasas de obtención del resultado como las de pérdida gestacional estarán relacionadas directamente con estos factores.⁽¹⁾ Existen dos vías para la realización de la BVC, la transcervical y la transabdominal.⁽²⁾ En nuestro centro se realiza principalmente por vía transcervical.

MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo de las gestantes que han sido sometidas a la realización de biopsia de vellosidad corial (BVC) en el Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena) durante el año 2016. En este póster se recoge nuestra experiencia en este procedimiento durante el primer año de su realización en nuestro hospital. Los datos han sido analizados con el software SPSS v.23.0. La población incluida fueron las pacientes gestantes de primer trimestre derivadas a consulta de diagnóstico prenatal que cumplían los criterios de inclusión para realización de la prueba.

RESULTADOS

Durante el año 2016 se han realizado un total de 143 BVC en el HGUSL.

La edad media de las gestantes que se realizaron dicha prueba fue de 34.11 años. (R mínimo:19 años, R máximo:43 años) (Mediana: 34) (Moda: 39).

La edad gestacional media a la que se realizó la prueba fue de 10.90 semanas (R Mínimo:5 semanas, R máximo:14 semanas) (Mediana:12) (Moda: 13) De nuestras pacientes, el 34.3% (49) eran nulíparas y el 65.7% (94) eran multiparas.

El 62.93% de nuestras pacientes no tenían antecedentes de interés.

El 99.3% se realizó la BVC por vía transcervical. El 0.7% se realizó por vía transabdominal.

La indicación de la prueba está recogida en la Fig 1. Siendo el principal motivo: screening de alto riesgo.

Los resultados de Cariotipo se recogen en la Fig 2.

10 pacientes se realizaron amniocentesis tras BVC (motivos: muestra insuficiente o necesidad de más muestra para Arrays, contaminación o por mosaïcismo)

❖ Complicaciones derivadas de la prueba:

- Sangrado:11 (7.69%)
- Dolor leve: 3 (2.09%)
- RPM: 2 (1.39%)
- Hematoma: 2 (1.39%)

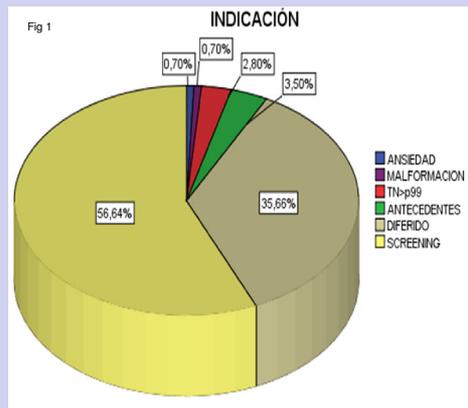


Fig 2

| RESULTADOS | |
|---------------------|------|
| Normal (46XX/ 46XY) | 69% |
| Contaminación | 8% |
| No informativo | 6% |
| T16 | 4% |
| T21 | 3% |
| 45X0 | 2% |
| T18 | 2% |
| T13 | 1% |
| Polimorfismo | 1% |
| 69XXX | 1% |
| 92XXXX | 1% |
| T9 | 1% |
| Sd Fraser | 0.6% |
| Sd Holt-oram | 0.6% |



CONCLUSIONES

La biopsia de vellosidades coriales es una técnica que resulta una herramienta muy importante para el diagnóstico prenatal.⁽¹⁾ Para ello es importante tener conocimientos en genética para saber interpretar el resultado. Al ser una técnica invasiva tiene una curva de aprendizaje y los resultados y las complicaciones derivadas de la técnica son, en parte, operador dependiente.⁽³⁾ Durante este primer año de realización en nuestro hospital, no hemos encontrado diferencias en cuanto a complicaciones con respecto a los datos publicados.

BIBLIOGRAFIA

1. Protocolo: Biopsia de vellosidades coriales. Unitat Diagnòstic Prenatal, Servei de Medicina Materno Fetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona.
2. Re: incidence of discrepant results between qf-pcr and karyotype testing in chorion villus samples: uk experience. Hamilton s, waters jj. Prenat diagn. 2012 may;32(5):503; author reply 504-5. Doi: 10.1002/pd.2925.
3. Total pregnancy loss after chorionic villus sampling and amniocentesis - a cohort study. Bakker m, birnie e, robes de medina p, sollie k, pajkrt e, bilardo cm. Ultrasound obstet gynecol. 2016 jun 3. Doi: 10.1002/uog.15986.