

XXX REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA CARTAGENA



GESTACIÓN BICORIAL TRIAMNIÓTICA CON ONFALOCELE EN FETO B Y TN AUMENTADA. REDUCCIÓN EMBRIONARIA DE FETOS MONOCORIALES

García Castejón M, Ferrández Martínez M, Maqueda Martínez IM, Diago Muñoz DM, Garví Morcillo J, Moya Jiménez C, Miranda Panaaker A.

INTRODUCCIÓN:

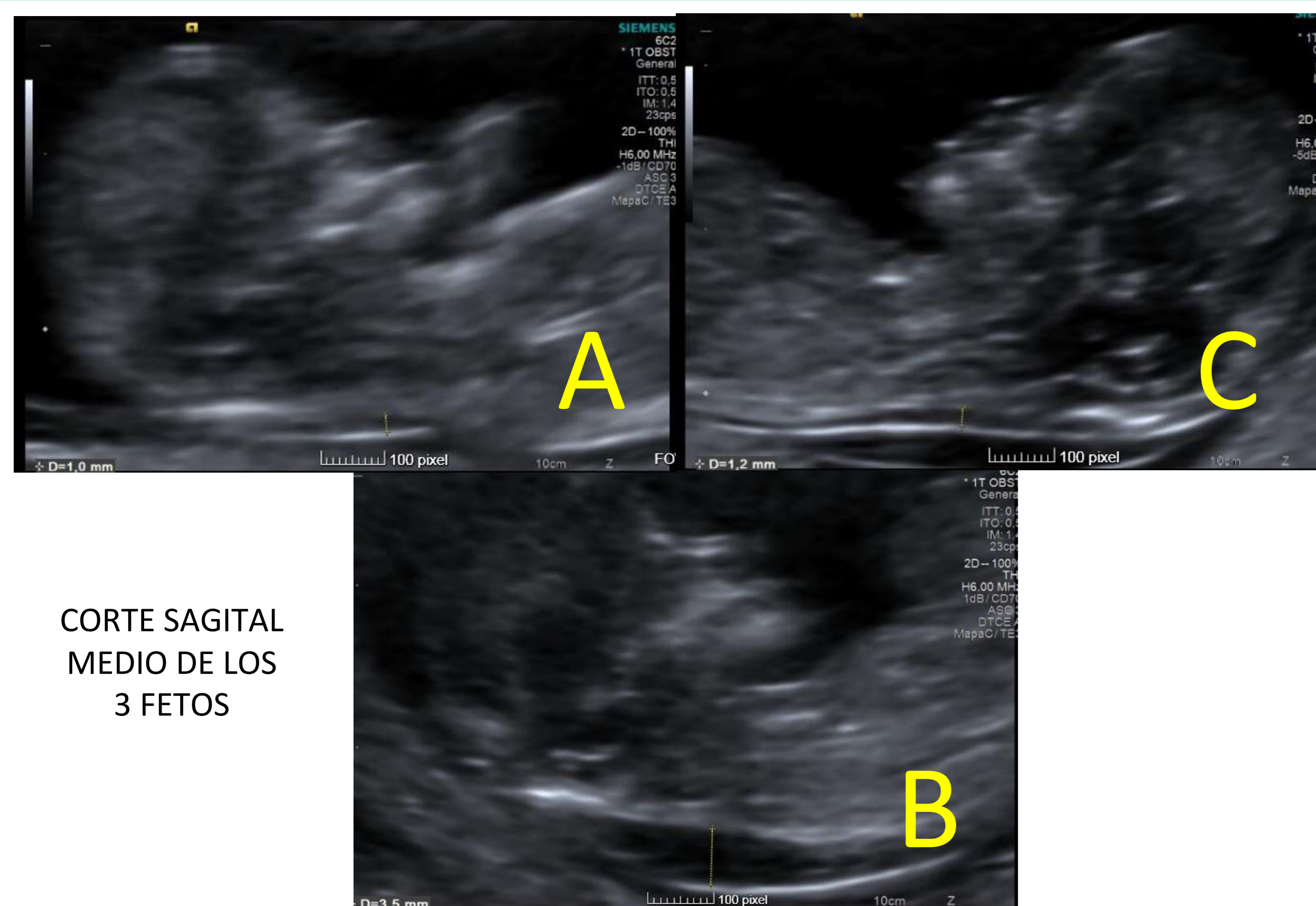
Las gestaciones múltiples han aumentado en incidencia debido a las TRA. El principal problema asociado a las mismas viene derivado de tasas de parto pretérmino antes de las 34 SG del 63.1%, tasas de PCI de 28/1000 RNV y mortalidad perinatal de 52.5/1000 RNV. La reducción embrionaria se utiliza para disminuir dicho riesgo así como solución para determinados diagnósticos prenatales. Se lleva a cabo mediante la inyección de cloruro potásico intraabdominal. El onfalocele es un defecto mayor congénito de la pared abdominal que aparece en torno a las 10-12 SG y consiste en la herniación de vísceras abdominales recubiertas por peritoneo, amnios y gelatina de Wharton.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

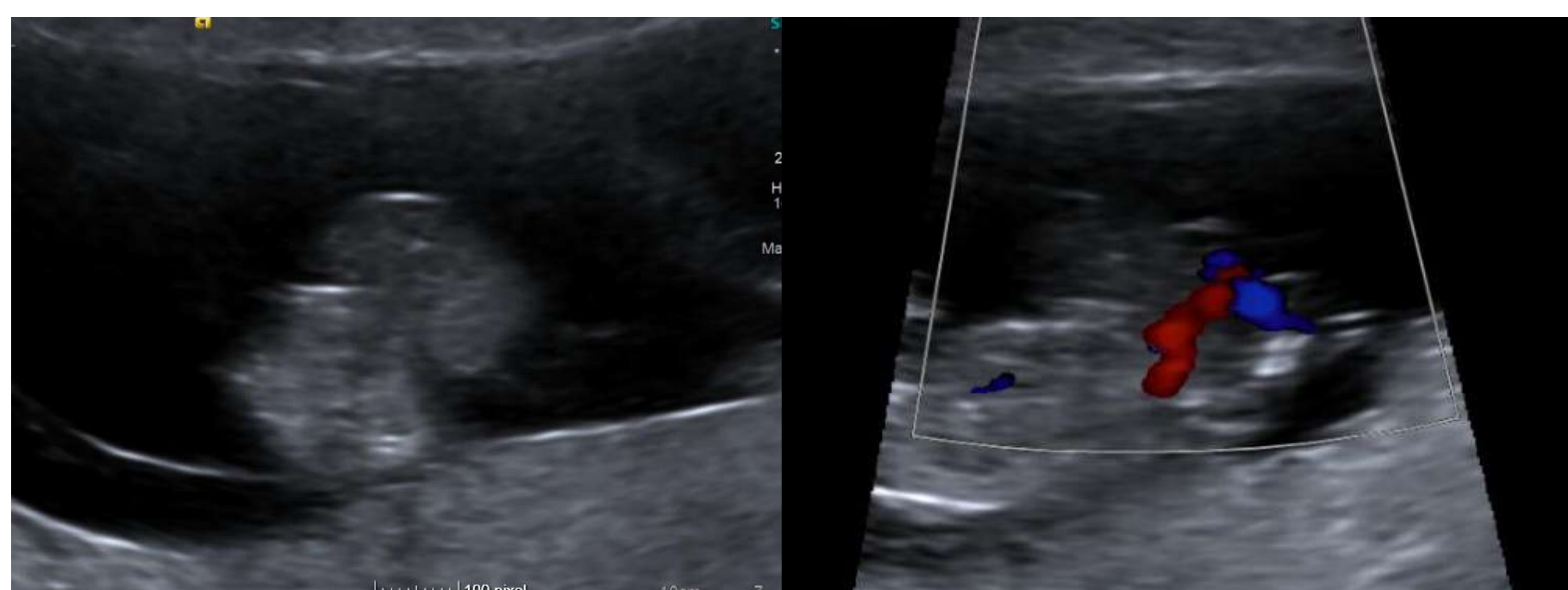
Paciente de 36 años. Gestación triple BC/TA tras FIV (transferencia de dos embriones y duplicación de uno de ellos). FPP por eco: 12/07/22. Ecografía 12 SG: **FETOS A Y B: monocoriales, biamnióticos. FETO C: gestación simple. Ambas placentas posteriores.**

***FETO A: TN 1 mm, eco 12 normal. FETO B: TN 3.5 mm, pared abdominal anormal.- Gran ONFALOCELE que parte de defecto abdominal lateralizado a la derecha e implica asas de ID e hígado. Ecocardio aparentemente normal, a pesar de levorotación de eje cardíaco que en principio podría ser atribuible a la tracción del defecto de pared. FETO C: TN 1.2 mm, eco 12 normal.**

Se explica a los padres el pronóstico de dicha patología y que sería recomendable realizar biopsia de vellosidades coriales de la gestación monocorial para filiar posible afectación genética de FETO B antes de realizar la interrupción/feticidio selectivo. La pareja finalmente acudió a clínica privada donde recomendaron reducción de ambos gemelos monocoriales y así lo hicieron.



CORTE SAGITAL
MEDIO DE LOS
3 FETOS



Imágenes de gran onfalocele de feto B en corte transversal y sagital

- ✓ La etiología del onfalocele es desconocida. Como FRs se encuentran: exposición a agentes teratógenos (recaptadores de serotonina), deficiencias nutricionales y predisposición genética (defectos enzimáticos maternos, edad materna > 30 a y raza negra).
- ✓ Existe una elevada asociación del onfalocele a otras anomalías estructurales y cromosómicas. Las más frecuentes son las cardiopatías (50%) y trisomías 18 y 13. Existe también una elevada asociación a síndromes genéticos como la pentalogía de Cantrell, el síndrome de bandas amnióticas, síndrome OEIS y síndrome de Beckwith-Wiedemann.
- ✓ El diagnóstico del onfalocele es ecográfico. Se debe realizar precozmente en la ecografía del 1T a partir de las 12 SG. Algunos estudios defienden que el onfalocele de contenido hepático puede ser diagnosticado por ecografía transvaginal a las 9-10 SG.
- ✓ Se debe realizar un asesoramiento multidisciplinar, con un estudio ecográfico detallado, ecocardiografía fetal y cariotipo.
- ✓ La tasa de supervivencia en el onfalocele aislado se sitúa en torno al 90% ya que los riesgos de complicaciones intestinales, CIR y pérdida de bienestar fetal son bajos, debido a que el contenido herniado no se halla en íntimo contacto con las partículas tóxicas del LA. Se recomienda un control ecográfico mensual.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓C. Stoll, Y. Alembik, B. Dott, M.P. Roth. Omphalocele and gastroschisis and associated malformations. Am erican Journal Medicine Genetics, 15 (2008), pp. 1280-1285
- ✓A. Iglesias. First trimester prenatal diagnosis: fetal omphalocele. Revision Argentina Ultrasound, 8 (2009), pp. 68-71
- ✓S. Fernández. Defectos de la pared abdominal. Cursos Clinic de formación continuada en obstetricia y ginecología, Ed. Menarini, (2009)