

Feto papiráceo

Laura E. Mendoza Arzate,* Raúl M. Sánchez Conde,† Adolfo A. Camacho González,‡
Ricardo Balcázar Vázquez,§ Agustín I. Rodríguez Blas,§ Gustavo A. Casian Castellanos||

RESUMEN

El término feto papiráceo se utiliza para describir un feto momificado asociado a una gestación gemelar o múltiple. La incidencia más alta es en gestaciones gemelares monocoriónicas. Su incidencia es baja, 1/12, 000 nacidos vivos. Presentamos un caso clínico de una gestación gemelar monocoriónico, monoamniótico, con un feto papiráceo de 15 SDG y un segundo gemelo que se obtuvo por parto eutóxico de 39 semanas sin complicaciones.

Palabras clave: Feto papiráceo, embarazo gemelar, muerte fetal.

ABSTRACT

The term fetus papyraceus is used to describe a mummified fetus associated with a viable twin or multiple gestation. The incidence is higher in monochorionic twin pregnancy. The incidence is low, 1/12, 000 live born and 1/184 twin gestation. We present a clinical case of a monochorionic, monoamniotic twin gestation with fetus papyraceus, the diagnostic was ultrasonography examination at 15 weeks and the second twin was obtained a spontaneous vaginal delivery of 39 weeks without any complications.

Key words: Fetus papyraceous, twin pregnancy, fetal death.

INTRODUCCIÓN

El término feto papiráceo se utiliza para describir un feto aplanado y momificado y es producto de un embarazo gemelar o múltiple. La muerte intrauterina ocurre en el primer trimestre después de la octava semana, reteniéndose por un mínimo de 10 semanas, dando como resultado una compresión mecánica por el feto vivo en crecimiento produciendo que asemeje a un papel.⁴

Se ha descrito como probables causas de este fenómeno la insuficiencia placentaria secundaria a vasculopatía hipertensiva, inserción anómala de cordón, anastomosis vasculares entre los fetos.⁵

El diagnóstico puede realizarse mediante la ecografía en el primer trimestre (sobre la octava semana).

Las principales causas de muerte fetal en gestaciones gemelares monocoriales en el primer y segundo trimestre son: patología de cordón, enfermedad vascular decidual, síndrome de transfusión feto-fetal.⁶

La muerte de un gemelo *in utero* aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad del gemelo vivo.

CASO CLÍNICO

Multigesta de 30 años de edad con los siguientes antecedentes: estado civil: casada; escolaridad: secundaria terminada; ocupación: hogar; religión: católica; originaria del D.F. Antecedentes heredofamiliares: abuelos finados, desconoce causas; padre finado por complicaciones de DM 2; hermanos cuatro: tres sanos y uno padece hipertiroidismo; hijos: tres sanos. Antecedentes personales patológicos negados. Antecedentes ginecológicos: menarca 14 años, eumenorreica, G IV, P III, A: 0, FUR 23-nov-08, FPP 30-ago-09. Control prenatal mensual con embarazo normoevolutivo, realizándose ultrasonografías trimestrales reportando lo siguientes diagnósticos:

- Ultrasonido obstétrico 13-may-09. Embarazo gemelar, monocoriónico, monoamniótico. Gemelo I 15 SDG no frecuencia cardiaca fetal, disminución de la fotometría. Gemelo II vivo de 22 SDG por fotometría, presentación pérvica (Figuras 1 y 2).
- Ultrasonido obstétrico 9-jul-09. Gemelo I 13.4 SDG sin frecuencia cardiaca fetal. Gemelo II de 31.4 SDG, vivo (Figura 3).

* Médico del Diplomado de Ultrasonografía del H M.
† Médico Radiólogo adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, H M.
‡ Médico Ultrasonográfiasta adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, HGM ISSSTE.
§ Médico Radiólogo titular del Diplomado de Ultrasonografía del HJM.
|| Médico Radiólogo Jefe del Servicio de Radiología e Imagen del H M.

- Ultrasonido obstétrico 11-agosto-09. Gemelo I 48 mm LCC. Gemelo II 38 SDG por fotometría (Figura 4 y 5).

Así también se realizaron exámenes de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, cuantificación de fibrinógeno, deshidrogenasa láctica; proteína c reactiva, en parámetros normales; perfil biofísico el día 22-agosto-09 con diagnóstico de: Gemelo II con 6/10 puntos.

Ingresa a HJM el día 24-agosto-09 en trabajo de parto, a la exploración física presenta al tacto 3 cm de dilatación, 10% borramiento y FCF de 144 x min; con adecuada evolución del parto, se obtiene a las 15: 20 hrs producto masculino con peso de 2,820 g, talla 48 cm, apgar 8/9,



Figura 3. Feto papiráceo 13.4 SDG por fetometría.



Figura 1. Gemelo I feto papiráceo.



Figura 4. Feto papiráceo 48 mm de longitud por ecografía.



Figura 2. Circunferenciacefálica de gemelo I y II.



Figura 5. Gemelo II de 38 SDG por fetometría.

capurro 39 SDG. Posteriormente la expulsión de un feto papiráceo de sexo indefinido de peso 40 g, talla 12 cm; el gemelo vivo y la madre con buena evolución pasan a alojamiento conjunto, 24 hrs posteriores al parto y sin complicaciones, egresan del HJM.

DISCUSIÓN

En México la incidencia de embarazo gemelar es de 1.6%. La muerte de un gemelo ocurre de 2.2-6%, aumenta 4-5 veces en productos monocorionico en los que ocurre el síndrome de transfusión gemelo-gemelo, que consta de la comunicación de la circulación arterial de un gemelo con venosa del otro por medio de anastomosis arteriovenosas, provocando la muerte de un feto; con la reabsorción del líquido del cuerpo de este feto y por la compresión progresiva ocasionada por el crecimiento del feto vivo da como resultado un feto de aspecto papiráceo.³

Una adecuada atención prenatal y realizar un ultrasonido obstétrico en el primer trimestre nos ofrece un diagnóstico oportuno de una muerte fetal en los embarazos gemelares, nos obliga realizar examen bioquímico de los factores de coagulación lo que ofrece una vigilancia y bienestar materno fetal.

REFERENCIAS

1. Vargas HV, Lujan IJ, Ibarra GA. Feto papiráceo complicación de un embarazo gemelar. Rev Hosp Jua Mex 2005; 72(4): 165-7.
2. Livnat EJ, Burd L, Cadkin A, Keh P, Ward AB. Fetus papyraceus in twin pregnancy. Obst 1988; 51(1): 41-5.
3. Hanna J, Hill J. Single Intrauterine demise in multiple gestations. Obstet Gynecol 1984; 63: 126-8.
4. Lujan IJ, Ibarra GA, Inclán BJ, Rascón AA, López CG. Feto papiráceo: Complicación de un embarazo gemelar. Clin Hosp Infant Edo Son 2005; 22(2): 145-7.
5. Moore CM, McAdamn AF, Sutherland J. Intrauterine disseminated intravascular coagulation. A syndrome of multiple pregnancy with a dead twin fetus. Pediatr 1990; 74: 523-8.
6. Craven C, Ward K. Placental causes of fetal malformation. Clin Obstet Gynecol 1996; 3: 606.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Laura E. Mendoza A.
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional No 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P.07760, México D.F.