



Variz de vena umbilical intra-abdominal: a propósito de dos casos

Beatriz Rojas-Pérez-Ezquerra,¹ Lorena Guardia D,¹ Teresa Arribas M,¹ Belén Carazo H²

RESUMEN

La variz de la porción intra-abdominal de la vena umbilical es un diagnóstico ecográfico poco habitual, que puede ir en aumento en los próximos años por la mejora de los equipos ecográficos y el avance en el conocimiento de la anatomía fetal. La bibliografía la reúne, en muchos casos, asociada con anomalías cromosómicas, otras malformaciones mayores y mal resultado perinatal, aunque parece que las últimas revisiones publicadas, sobre todo en los casos en que aparece de forma aislada, el pronóstico neonatal no es tan malo. Se comunican dos casos de variz de vena umbilical diagnosticados en nuestro servicio a las 20 y 33 semanas, ambos con buen resultado perinatal.

Palabras clave: variz, vena umbilical, diagnóstico prenatal, ecografía obstétrica.

ABSTRACT

Varix of the intra-abdominal portion of the umbilical vein is an uncommon sonographic diagnosis, which may be increasing in the coming years for the improvement of ultrasound equipment and the advances in knowledge of fetal anatomy. It has been reported in the literature in many cases associated with chromosomal defects, additional sonographic abnormalities and poor fetal outcome, but, in contrary to earlier reports, especially in cases in which it appears isolated, a good fetal outcome is expected.

We report two cases of umbilical vein varix diagnosed in our department at 20 and 33 weeks, both with good perinatal outcome.

Key words: varix, umbilical vein, prenatal diagnosis, fetal ultrasound.

RÉSUMÉ

Varice de la portion intra-abdominale de la veine ombilicale est un diagnostic échographique inhabituelle, qui peut être augmenté dans les prochaines années à l'amélioration des équipements à ultrasons et les progrès de la connaissance de l'anatomie du foetus. La bibliographie rassemble ce, dans de nombreux cas associés à des anomalies chromosomiques autres grands de malformations et de la mauvaise santé périnatale, mais il semble que les derniers correctifs publiés, en particulier dans les cas où il apparaît dans l'isolement, le pronostic néonatal n'est pas si mal. Nous rapportons deux cas de la veine ombilicale varice diagnostiqués dans notre département à 20 et 33 semaines, les deux avec un bon résultat périnatal.

Mots-clés: varices, la veine omb.

RESUMO

Varix da porção intra-abdominal da veia umbilical é um diagnóstico ultra-sonográfico incomum, o que pode aumentar nos próximos anos, para a melhoria dos equipamentos de ultra-som e os avanços no conhecimento da anatomia fetal. A bibliografia reúne-lo, em muitos casos associados com anormalidades cromossômicas outras malformações e resultados perinatais pobres, embora pareça que os últimos patches lançados, especialmente em casos em que aparece de forma isolada, o prognóstico neonatal não é tão ruim. Relatamos dois casos de varizes veia umbilical diagnosticados em nosso serviço aos 20 e 33 semanas, ambos com bom resultado perinatal.

Palavras-chave: varizes, veia umbilical, o diagnóstico pré-natal, ultra-sonografia obstétrica.

¹ Facultativo especialista de área, servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Barbastro.

² Facultativo especialista de área, servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Correspondencia: Dra. Beatriz Rojas Pérez-Ezquerra
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital de Barbastro
Carretera Nacional 240 s/n.

Huesca, España.
brojasp@salud.aragon.es

Recibido: abril 2013

Aceptado: junio 2013

Este artículo debe citarse como: Rojas-Pérez-Ezquerra B, Guardia DL, Arribas MT, Carazo HB. Variz de vena umbilical intra-abdominal: a propósito de dos casos. Ginecol Obstet Mex 2013;81:472-476.

www.femecog.org.mx

La variz de vena umbilical es una dilatación focal del diámetro de la vena umbilical, generalmente descrita en su porción intra-abdominal, que se diagnostica por ecografía al visualizarse en el corte transverso del abdomen, a nivel de la medida de la circunferencia abdominal, una imagen econegativa entre la pared abdominal y el límite inferior hepático (Figura 1).^{1,2} El Doppler color la distingue de otras estructuras abdominales quísticas como el quiste de uraco, quiste de colédoco o vejiga hiperdistendida,¹ y suele tener flujo turbulento.³

La mayoría de los autores coinciden en definirla como un diámetro de la vena umbilical mayor de 9 mm o un incremento en el diámetro igual al superior al 50% respecto de la porción de la vena umbilical adyacente.^{3,4}

La prevalencia según estudios es de 1 entre 1000-2000 partos^{2,4} pero es difícil de estimar puesto que sólo hay descritos unos 180 casos en la bibliografía. El pronóstico de esta anomalía es motivo de controversia por este motivo y, aunque los primeros estudios la asociaban con mal resultado perinatal,³ en revisiones recientes parece que el resultado no es tan malo,⁴ sobre todo si se manifiesta de forma aislada.²

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 37 años, segunda gestación con un embarazo y parto anterior normal, con otoesclerosis como único antecedente de interés. Cribado combinado del primer trimestre con resultado de bajo riesgo (riesgo de síndrome de Down 1/3197), por lo que se desestima amniocentesis. Diabetes gestacional durante este embarazo, controlada con insulina. En la ecografía de control a las 33 semanas se visualizó variz de vena umbilical en su porción intra-abdominal, de 18 mm en su máximo grosor, con flujo turbulento en su interior (Figuras 1 y 2). Se consultó la bibliografía y en ausencia de protocolos propios o de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se decidió la inducción del parto a las 36 semanas, se obtuvo un recién nacido mujer de 3080 g, Apgar 9/10, tras parto eutóxico y con buena evolución postnatal.

Caso 2

Paciente de 25 años, sin antecedentes de interés, segunda gestación con un parto anterior a término normal. Acudió a realizarse una ecografía obstétrica de nivel II a las 20.4

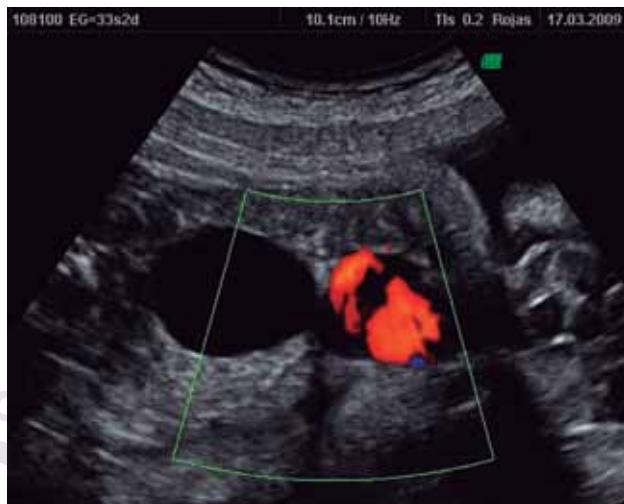


Figura 1.



Figura 2.

semanas objetivándose dilatación varicosa de la vena umbilical intraabdominal en su extremo proximal a la pared abdominal, de 6 mm de máximo grosor y aproximadamente 18 mm de longitud, con flujo turbulento (Figuras 3-5). Se realizó control ecográfico a las 25 semanas y se comprobó un aumento del calibre de la variz hasta de 9 mm, sin signos de trombosis en su interior. A las 30 semanas la medición fue de 15 mm, y 28 mm de largo, manteniéndose así hasta final del embarazo (Figuras 6 y 7). A las 39.2 semanas se produjo parto eutóxico y se obtuvo un recién nacido mujer de 4180 g, Apgar 9/10, con buen estado general y evolución postnatal sin incidencias.



Figura 3.



Figura 6.



Figura 4.

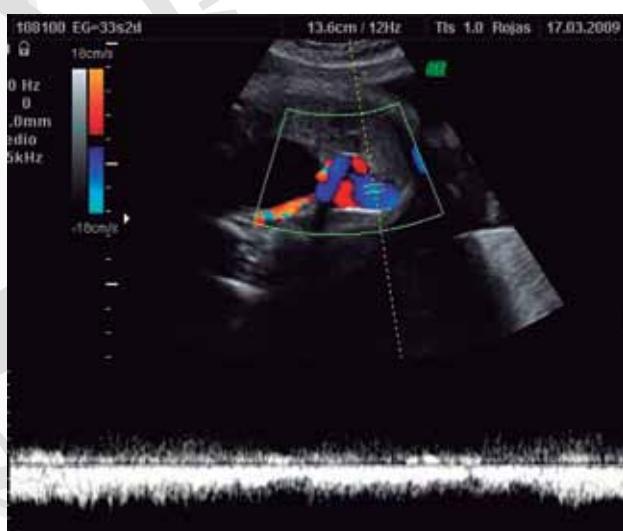


Figura 7.



Figura 5.

DISCUSIÓN

La porción intraabdominal de la vena umbilical en el feto va de la inserción del cordón en la pared abdominal al hígado y se anastomosa con la vena porta. Esta parte de la vena umbilical se ve habitualmente durante la exploración ecográfica del abdomen, que es uno de los puntos de referencia para la medición de la circunferencia abdominal y para descartar defectos en la línea media de la pared abdominal.

La variz de la vena umbilical es la dilatación de este vaso dentro del cordón, dentro de la porción intraabdo-

minal o en ambas áreas. Esta anomalía es infrecuente (representa sólo 4% de todas las anomalías del cordón)⁵ y, según las series publicadas, correspondería a una incidencia de 0.5-1 casos por cada 1000 embarazos,⁴ aunque su diagnóstico quizás irá aumentando gracias a la mejora de los equipos ecográficos y la generalización del Doppler color.

Se desconoce su etiología pero, quizás, resulta de una debilidad intrínseca de la propia pared del vaso que predispone a la dilatación de la vena y a la aparición de la subsiguiente variz.

El diámetro medio de la dilatación en el momento del diagnóstico suele estar entre 9-12 mm, aunque hay algún caso descrito de dilataciones gigantes.⁷ El calibre normal de la vena umbilical aumenta progresivamente durante el embarazo, desde aproximadamente 3 mm a las 15 semanas hasta 8 mm a término,⁸ por lo que la medida de la dilatación depende de las semanas de gestación. En el primero de nuestros casos, diagnosticado a las 33 semanas, el diámetro permaneció estable en 18 mm, con último control a las 35 semanas antes del parto. En el segundo caso, quizás por su diagnóstico más temprano, pasó de 6 mm a las 20 semanas a 9.9 mm a las 25 semanas y 15 mm a las 30 semanas, manteniéndose en esas medidas hasta el final del embarazo con última ecocardiografía a las 38 semanas.

Aunque hay casos que finalizaron con recién nacidos normales, hay series con 40-44% de casos asociados con pronóstico adverso, como prematuridad, isoinmunización o fistulas.⁵ Pueden presentar anomalías estructurales, trisomías 21 y 18,⁶ síndrome triple-X e, incluso, muerte fetal⁵ relacionada con insuficiencia cardíaca o trombosis de la variz, detectables ecográficamente estas últimas por ausencia de flujo en la porción central de la misma con el Doppler color, aunque también asociadas con buen resultado perinatal.^{9,10} Esta asociación con aneuploidías es lo que hace que muchos autores recomiendan pruebas invasivas de diagnóstico prenatal, sobre todo si se asocia con otros marcadores de cromosomopatía o con anomalías estructurales, hallando sólo un caso descrito de trisomía 21 en variz de vena umbilical aislada.³

Cuando se diagnostica una variz de vena umbilical debe realizarse una exhaustiva ecografía en busca de malformaciones asociadas, incluida la ecocardiografía, y ofrecer estudio de cariotipo fetal si se asocia con otras anomalías. En nuestro caso, a una de las pacientes no se le ofreció por estar en 33 semanas al diagnóstico y a la otra por no hallarse otras anomalías asociadas y tener

tamizaje combinado de primer trimestre de bajo riesgo. Aunque en este caso se dejó evolucionar el parto normal, en el primer caso sí se decidió la inducción selectiva a las 36 semanas, por las series de casos que la vinculaban con un peor resultado perinatal, además de asociarse con otro factor de riesgo, como la diabetes gestacional.

En la revisión de la bibliografía, las últimas series de casos descritas^{4,11} muestran que el pronóstico no es tan malo como se presuponía con los primeros casos descritos. No obstante, la mayoría de los autores, en vista del resultado y pronóstico incierto, recomienda seguimiento ecográfico más o menos estricto. La indicación de finalizar el embarazo debe tener en cuenta si existen anomalías asociadas u otros factores de riesgo, si aparecen cambios significativos en el diámetro de la dilatación o si se ha detectado trombosis en el seno de la variz con el Doppler color, y siempre, si es posible, con la seguridad de haber alcanzado la madurez pulmonar.

En vista de que son escasos los casos asentados en la bibliografía pediátrica,¹² parece ser que la variz de vena umbilical en el neonato es clínicamente irrelevante, quizás por su resolución espontánea tras el clampaje del cordón.¹³

CONCLUSIÓN

El hallazgo de una variz de vena umbilical se había asociado, en la mayor parte de las series de casos publicados, con mayor morbilidad y mortalidad perinatal, aunque se van reuniendo más artículos con resultado perinatal normal, sobre todo si aparece de forma aislada. Quizás en los próximos años se describirán más casos por la mejor formación de los ecografistas y el avance de la ecografía obstétrica de alta resolución. La exploración exhaustiva del feto y el seguimiento estrecho deben ser la norma y, hasta que se aclare el pronóstico de estos casos, con más estudios de revisión se debe considerar como un embarazo de alto riesgo y plantearse la inducción del parto a las 37-40 semanas, sobre todo si se asocia con otras anomalías.

REFERENCIAS

1. Valsky DV, Rosenak D, Hochner-Celnikier D, Porat S, Yagel S. Adverse outcome of isolated fetal intra-abdominal umbilical vein varix despite closing monitoring. *Prenat Diagn* 2004;24:451-454.

2. Mankuta D, Nadjari M, Pomp G. Isolated fetal intra-abdominal umbilical vein varix: clinical importance and recommendations. JUM 2011;30:273-276.
3. Fung TY, Leung TN, Leung TY, Lau TK. Fetal intra-abdominal umbilical vein varix: what is the clinical significance? Ultrasound Obstet Gynecol 2005;25:149-154.
4. Navarro González T, Bravo Arribas C, Pérez Fernández-Pacheco R, Gámez Alderete F, De León Luis J. Resultados perinatales luego del diagnóstico ecográfico prenatal de variz de la vena umbilical intra-abdominal. Ginecol Obstet Mex 2013;81:140-145.
5. Bonilla Musoles F, Machado L, Osborne N, Raga F, Bonilla F, Machado F. Valoración morfológica del cordón umbilical. Ultrasonidos en 3D-4D. Madrid: Médica Panamericana, 2010;361-388.
6. Berg C, Geipel A, Germer U, Gloeckner-Hoffman K, Gembruch U. Prenatal diagnosis of umbilical cord a new reason aneurism in a foetus with trisomy 18. Ultrasound Obstet Gynecol 2001;17:79-81.
7. Fuster JS, Benasco C, Saad I. Giant dilatation of the umbilical vein. J Clin Ultrasound 1985; 13:363-365.
8. Byers BD, Goharkhay N, Mateus J, Ward KK, Munn MB, Wen TS. Pregnancy outcome after ultrasound diagnosis of fetal intra-abdominal umbilical vein varix. Ultrasound Obstet Gynecol 2009;33:282-286.
9. Allen SL, Bagnall C, Roberts A, Teele R. Thrombosing Umbilical Vein Varix. J Ultrasound Med 1998;17:189-192.
10. Viora E, Sciarrone A, Bastonero S, Errante G, Campogrande M. Thrombosis of umbilical vein varix. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;19: 212-213.
11. Weissmann- Brenner A, Simchen MJ, Moran O, Kassif E, Achiron R, Zalel Y. Isolated fetal umbilical vein varix: prenatal sonographic diagnosis and suggested management. Prenat Diagn 2009;29:229-233.
12. Melcer Y, Ben-Ami I, Wiener Y, Livne A, Herman A, Maymon R. Long-term outcomes of children with umbilical vein varix diagnosed prenatally. Prenat Diagn 2013;26:1-5.
13. Sepúlveda W, Mackenna A, Sánchez J, Corral E, Carstens E. Fetal prognosis in varix of the intrafetal umbilical vein. J Ultrasound Med 1998;17:171-175.