

# Nudo verdadero del cordón umbilical

Jimenez Silvana<sup>a,b</sup>, Buitrago-Toro Kenny<sup>a,b</sup>, Arango Jaime Andrés<sup>a,c</sup>



## Descripción de la imagen

Se trató de caso de una paciente de 21 años de edad, primigesta, quien ingresó en trabajo de parto a un hospital de primer contacto. Se encontraba cursando un embarazo de 39 semanas de gestación por ecografía, tuvo control prenatal completo sin encontrarse alguna complicación. A la exploración se encontró altura uterina adecuada e índice de líquido amniótico normal. Se realizó parto sin complicaciones con obtención de un recién nacido con adecuada adaptación neonatal. Durante la revisión macroscópica de la placenta se detecta nudo verdadero de cordón umbilical (NVCU).

El NVCU es una complicación rara que ocurre en 0.3%-2.1% de todos los embarazos,<sup>1</sup> aumentando su frecuencia en cordones largos o enroscados.<sup>2</sup> Existen dos tipos de nudos, el verdadero caracterizado por entrelazamiento completo de los extremos y el falso por una redundancia local de los vasos umbilicales, usualmente la vena, sin formación real de un nudo.

Fisiopatológicamente se asocia a condiciones que permiten una mayor movilidad fetal como el caso de polihidramnios o hiperlaxitud uterina.<sup>3</sup> Los factores de riesgo para presentarlo son edad materna avanzada, multiparidad, obesidad, aborto espontáneo, hipertensión crónica, diabetes gestacional, amniocentesis, la presencia de feto masculino, polihidramnios, cordón umbilical largo (mayor a 75 cm principalmente) y producto postérmino.<sup>1,3</sup>

Se produce principalmente entre la semana 9-12,

por ser un periodo con abundante líquido amniótico, aunque puede formarse durante cualquier periodo de la gestación, incluso durante el parto.<sup>2,3</sup> Generalmente no son apretados, pero a medida que avanza la gestación y el feto desciende, aumenta la tracción del cordón, generando complicaciones.<sup>2</sup> La constricción del cordón lleva a compresión de la gelatina de Wharton, congestión del lado placentario con una disminución de la circulación fetal, distensión de los vasos coriónicos y trombosis, llevando a retardo en el crecimiento intrauterino,<sup>3</sup> prolapso de cordón, circular de cuello, acidosis fetal, bajo APGAR al primer minuto, mayor riesgo de cesárea y muerte intrauterina.<sup>1</sup> A pesar de ello, la mayoría de los nudos verdaderos no se asocian con complicaciones y la tasa de mortalidad es del 10%.<sup>1-4</sup> El diagnóstico prenatal es complejo ya que no existe una característica ultrasonográfica típica. En pacientes de alto riesgo se sugiere ultrasonografía doppler.<sup>3,4</sup>

**Conflicto de interés.** Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización del caso presentado.

## Referencias bibliográficas:

1. Räisänen S, Georgiadis L, Harju M, Keski-Nisula L, Heinonen S. True umbilical cord knot and obstetric outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013;122:18-21.
2. Baergen RN. Umbilical cord pathology. *Surgical pathology clinics* 2013;6:61-85.
3. Hershkovitz R, Silberstein T, Sheiner E, et al. Risk factors associated with true knots of the umbilical cord. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2001;98:36-9.
4. Marino T. Ultrasound abnormalities of the amniotic fluid, membranes, umbilical cord, and placenta. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 2004;31:177-200.

a. Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia.

b. Hospital Nazareth, Quinchia-Risaralda, Colombia.

c. Clínica ESIMED, Pereira-Risaralda, Colombia.

## Autor para correspondencia

Buitrago-Toro Kenny. Universidad Tecnológica de Pereira. Médico Adscrito en el Hospital Nazareth, Quinchia-Risaralda, Colombia.

Domicilio: Cra 19 #17-50 conjunto residencial Verona II casa 17, C.P. 660004, Pereira Colombia.

Contacto al correo electrónico: kenny9012@hotmail.com