

**POLICLÍNICO DOCENTE
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA”
CAMAJUANÍ, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

HUEVO ANEMBRIÓNICO. PRESENTACIÓN DE TRES GESTANTES.

Por:

Dr. Yenicén Torres Sotolongo¹, Dra. Nancys Cordero Gutiérrez² y Dr. Ángel Miguel Álvarez Donis²

1. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia y Medicina General Integral. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO
HEMORRAGIA UTERINA/etiología

Subject headings:

PREGNANCY TRIMESTER, FIRST
UTERINE HEMORRHAGE/etiology

En vista de los complicados cambios genéticos, hormonales, inmunológicos y celulares que deben integrarse para que se logre la fecundación y anidación, es notable que los embarazos exitosos se produzcan con tanta frecuencia. Cuando ocurren alteraciones tempranas en un embarazo, la razón puede radicar en varios factores: embrionarios o de causa genética materna o paterna. En el primero, casi todas las alteraciones se producen por defectos intrínsecos no repetitivos en el producto en desarrollo, como anomalías en las células germinales, defectos en la implantación, en la placenta o del embrión en desarrollo, así como otras causas. Algunos de los casos de sacos gestacionales vacíos o “huevos destruidos” representan en realidad embarazos fallidos con reabsorción subsecuente del embrión. Al parecer el alto porcentaje de estos cuadros es el resultado de un proceso selectivo que elimina cerca del 95 % de las alteraciones morfológicas y citogenéticas. El índice de anomalías genéticas es aún mayor en los huevos anembriónicos.

Existen otros factores, como los maternos o paternos, donde en la mayoría de los casos la pareja tiene cromosomas normales y el producto es anormal; esto ocurre de forma aleatoria y esporádica. En un pequeño por ciento de los casos, un miembro de la pareja es portador de una translocación balanceada y los embarazos terminan en bolsas vacías. Algunos agentes, como las infecciones, consumo de cigarrillos, café, alcohol, sustancias químicas y fármacos, incrementan notablemente la aparición de estos cuadros, aunque se resalta que esos factores provocan en muy pocos casos la pérdida temprana del embarazo¹.

Sobre la génesis de este tipo de entidad, algunos autores plantean que se deben a defectos estructurales del útero, trastornos endocrinos, –donde se hace alusión a la deficiencia de la fase lútea, que ocasiona una función ovárica anormal, con síntesis insuficiente de progesterona y su acción pobre sobre el endometrio–, autoinmunidad (se refieren al síndrome antifosfolípido, el cual está considerado como causa comprobada de pérdida del embarazo, ya que está presente el anticoagulante lúpico en niveles medios o altos de anticardiolipinas o ambos) y causas idiopáticas, donde se refiere o se sospecha la participación de factores aloinmunitarios relacionados con factores inmunosupresores del trofoblasto, como la citocina, factores determinantes del crecimiento, hormonas, enzimas y proteínas endometriales².

En el 90 % de los casos el diagnóstico se realiza mediante ultrasonido, y se observa un saco gestacional intrauterino que está vacío, con un diámetro inferior al normal y bordes pobremente definidos, que toman una configuración que recuerda una raqueta de tenis. El grosor del anillo que

rodea al saco es variable; algunas áreas son normales, otras aparecen delgadas y, en ocasiones, se incompletan. Otro signo de valor es la desproporción que existe entre el tamaño del saco gestacional y el útero, ya que este último involucre más rápidamente, por lo que el saco gestacional ocupa gran parte de la cavidad uterina³.

Otros autores informan que en la ecografía de un huevo anembrionario se observa un aumento inusitado solo del saco ovular⁴.

Cuando se realiza el estudio macroscópico anatomopatológico, se encuentra líquido libre sin la presencia del feto. Al abrir el saco coriónico por su extremo estrecho para liberarlo, se debe medir su tamaño, que en condiciones normales se corresponde con la edad gestacional, pero en esta situación puede estar disminuido. En el examen microscópico, las vellosidades placentarias suelen hallarse engrosadas y distendidas, con líquido en su interior⁵.

Presentación de pacientes:

Paciente 1: Paciente de 32 años de edad, blanca, con antecedentes de un hermano con síndrome de Down, y personales de G₄P₂ (interrupción tardía de la gestación por onfalocela y parto eutócico), A₁ (diferido a las 10 semanas de gestación) y un carcinoma ductal de la mama derecha, para lo cual llevó tratamiento combinado inicialmente con radioterapia y quimioterapia, luego tratamiento quirúrgico (mastectomía con vaciamiento ganglionar) y actualmente lleva tratamiento con quimioterapia nuevamente. En esta ocasión, con amenorrea de ocho semanas de gestación, acude a consulta por presentar sangramiento vaginal en forma de manchas, y al realizar el examen ginecológico se comprueba un útero grávido de ocho semanas de gestación y sangramiento vaginal rojo y escaso. En el ultrasonido (US) se visualiza un útero gestante con un saco gestacional de ocho semanas, no se observa polo embrionario, imagen nodular miomatosa en cara anterior del útero de 2 x 2 cm.

Diagnóstico: huevo anembrionario.

Paciente 2: Paciente de 20 años de edad, blanca, sin antecedentes patológicos familiares y con antecedentes personales de G₃, P₀, A₂ (uno provocado y otro espontáneo); en esta ocasión acude a consulta con amenorrea de nueve semanas de gestación, acompañada de sangramiento vaginal de tres días de evolución, y al realizar el examen ginecológico se informa un útero aumentado de tamaño de 10 semanas de gestación, sangramiento rojo y escaso. En el US se observa un útero agrandado con un saco gestacional de 30 mm x 60 mm, sin que existan estructuras fetales.

Diagnóstico: huevo anembrionario.

Paciente 3: Paciente de 28 años de edad, blanca, sin antecedente de enfermedad familiar y con antecedentes personales de G₄ P₁ (eutócico), A₂ (espontáneos) y en esta ocasión, luego de llevar nueve semanas en amenorrea, acude a consulta por tener dolor en bajo vientre y sangramiento en forma de mancha de dos días de evolución; al realizar el examen ginecológico se palpa un útero grávido de nueve semanas y se comprueba la presencia de sangramiento rojo y escaso; en el US se observa saco gestacional en el que no se identifican estructuras fetales.

Diagnóstico: huevo anembrionario.

Comentario

Se realizó la presentación de tres pacientes, los cuales clínicamente padecen síntomas comunes: sangramiento vaginal y amenorrea, en el examen ecográfico se comprueba ausencia de polo embrionario, lo que coincide con lo planteado por otros autores consultados, cuyo diagnóstico definitivo corresponde con un huevo anembrionario, entidad que merita un seguimiento estrecho en aquellas mujeres que tengan factores de riesgo asociados y que presenten estos signos clínicos.

Referencias bibliográficas

1. Craven C, Ward K. Embriología, feto y placenta: normales y anormales. En: Scout JR, Di saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth tratado de obstetricia y ginecología. 8^{va} ed .México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p.31-48.
2. Opitz J. Wilson G. Causes and pathogenesis of birth defects. In: Gilbert-Banness E. Potters pathology of the fetus and infant. St Louis: Mosby; 1997. p. 44-6.
3. Valls Pérez O, Parrilla Delgado ME. Atlas de ultrasonido diagnóstico. La Habana: Científico-Técnica; 1982.
4. Schovarez RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Embarazo patológico. En: Obstetricia. 5^{ta} ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1996. p 161-253.
5. Cunningham PG, Mc Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Aborto. En: Williams obstetricia. 20^{ma} ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000. p. 543-67.