

Hidrops fetal no inmune secundario a sífilis congénita.

Reporte de un caso clínico

*Non-immune hydrops fetalis secondary to congenital syphilis.
Report of a clinical case*

Florencia Cavallo¹, Anne Soust², Nicolás Martino³, Claudio Sosa⁴

Resumen

El hidrops fetal constituye una condición clínica grave caracterizada por la acumulación anormal de líquido en al menos dos cavidades serosas fetales y tejido extracelular. Dentro de sus posibles etiologías la sífilis congénita presenta una muy baja frecuencia, con alta mortalidad fetal. La sífilis se trata de una enfermedad infecciosa, causada por la bacteria *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por vía sexual y transplacentaria, cuya incidencia en nuestro medio se encuentra en aumento pese a su fácil diagnóstico y tratamiento accesible y barata.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 19 años cursando una gestación de 26 semanas donde se realizó diagnóstico mediante una ecografía de rutina de hidrops fetal de causa no inmune secundaria a una sífilis congénita. Como conclusión destacamos la importancia de la pesquisa y tratamiento oportuno de la sífilis durante el embarazo con el objetivo de disminuir la transmisión vertical y la incidencia de sífilis neonatal.

Palabras claves: hidrops fetal, sífilis congénita, sífilis

- 1 Residente Clínica Ginecitológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- 2 Asistente de Clínica Ginecitológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- 3 Prof. Adj., Clínica Ginecitológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- 4 Profesor, Clínica Ginecitológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Florencia Cavallo: <https://orcid.org/0000-0002-1048-0306>
Anne Soust: <https://orcid.org/0000-0002-1048-0306>
Nicolás Martino: <https://orcid.org/0000-0003-1564-483X>
Claudio Sosa: <https://orcid.org/0000-0002-2539-0847>

Autor correspondiente: Florencia Cavallo, f-cavallo@hotmail.com

Recibido: 23/03/2022 **Aceptado:** 30/05/2022

Abstract

Hydrops fetalis is a serious clinical condition characterized by an abnormal accumulation of liquid, in at least 2 fetal compartments and extracellular tissue. Amongst the possible etiologies, congenital syphilis represents a lower frequency, with a higher fetal mortality rate. Syphilis is an infectious disease caused by *Treponema pallidum*, transmitted through sexual intercourse

and through vertical transmission in the womb from mother to child. Syphilis cases are on the rise despite an easy diagnosis and accessible and cheap treatments. It is a clinical case diagnosis of a 19-year-old patient with 26 weeks pregnancy, diagnosed with hydrops fetalis after a routine ultrasound, caused by a secondary nonimmune congenital syphilis. As a conclusion we highlight the importance of the diagnosis and timely treatment of syphilis during pregnancy with the objective of lowering vertical transmission and neonatal syphilis.

Key words: hydrops fetalis, congenital syphilis, syphilis.

INTRODUCCIÓN

El hidrops fetal es una condición clínica que se caracteriza por la acumulación anormal de líquido en al menos dos cavidades serosas fetales (ascitis, derrame pleural y/o pericárdico), pudiendo estar asociado a edema cutáneo. Presenta múltiples etiologías, pudiendo tratarse de hidrops inmune (13%), referido para casos causados por aloinmunización, o no inmune (87%), el cual presenta múltiples etiologías. En esta oportunidad, abordaremos el caso de una paciente con un hidrops fetal no inmune secundario a una infección congénita por sífilis.^{1,2}

La sífilis es causada por la bacteria *Treponema pallidum*, la cual puede transmitirse sexualmente o de madre a hijo por vía transplacentaria. Aunque la mayoría de las mujeres con sífilis materna son asintomáticas, más del 50% de los casos no tratados tiene malos resultados obstétricos que incluyen muerte fetal, particularmente precoz, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte neonatal e infección congénita.^{2,3}

El hidrops fetal no inmune presenta una prevalencia de 1/1700-3000 de los embarazos

y solo en una pequeña proporción es secundario a sífilis congénita.^{1,4}

El hidrops fetal conlleva un pobre pronóstico. Depende de su etiología y edad gestacional al diagnóstico, destacando que menos de un 50% de los casos en etapa fetal y menos de un 60% de los nacidos vivos sobrevive.^{1,10}

CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años de edad. Procedente de Mercedes. Tabaquismo moderado, consumo frecuente de tetrahidrocannabinol (THC) y consumo ocasional de cocaína, sin otros antecedentes personales a destacar. Antecedentes obstétricos de 2 gestaciones, 2 abortos espontáneos tardíos, a las 14 semanas y a las 20 semanas, cuya anatomía patológica informa corioamnionitis con alteraciones vasculares placentarias. Grupo sanguíneo O Rh-, anticuerpos irregulares negativos. Recibió profilaxis con inmunoglobulina anti-D en ambos abortos.

Embarazo no planificado, de captación tardía, mal controlado. No se realizó screening de cromosomopatías del primer trimestre ni ecografía morfoestructural. Diagnóstico de sífilis a las 23 semanas, con VDRL de 64 UI, realizándose tratamiento completo con penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades internacionales semanales por 3 dosis.

Ecografía a las 26 semanas: peso fetal estimado 1040 g (percentil 92), líquido amniótico levemente disminuido, placentomegalia. Aumento del índice cardiorácico, derrame pericárdico, hepatomegalia, edema subcutáneo. Longitud cervical 20 mm.

Ingresa al Centro Hospitalario Pereira Rossell, sin elementos de alarma obstétrica y con examen físico normal.

Figura 1 y 2.

Figura 1.

Hepatomegalia.



Figura 2.

Placentomegalia.



Tabla 1.

Parvovirus	IgG + IgM -
CMV	IgG + IgM -
Toxoplasmosis	IgG - IgM -
Herpes simple	Negativo
Sífilis	VDRL 64 UI
Grupo Sanguíneo	O Rh- Coombs -

La valoración Doppler muestra índice de pulsatilidad de arteria umbilical 1,44 (percentil 97), vasodilatación cerebral y relación cerebro placentaria en percentil 1. Índice de pulsatilidad de arterias uterinas normales. Ductus venoso con onda positiva IP2 normal; Velocidad máxima de arteria cerebral media 56,2 cm/s mayor al percentil 99 1,69 MOM, correspondiendo a una anemia fetal severa.

Se realizaron estudios para determinar la etiología del hidrops fetal, cuyos resultados se muestran en la tabla 1.

Se realizó un abordaje interdisciplinario, que incluyó los servicios de obstetricia, neonatología, cuidados paliativos neonatológicos y salud mental.

Al cuarto día de internación presenta rotura de membranas ovulares, con evolución espontánea al trabajo de parto. Se asiste parto vaginal sin incidentes, obteniéndose un recién nacido de sexo masculino, 27 semanas de edad gestacional, morfológicamente normal, con peso al nacer de 1070 g adecuado para la edad gestacional, APGAR 5/7. La gasometría del cordón evidencia una acidosis severa (pH 6.97, pCO₂ 66, HCO₃ 9, BE - 17, Lac 9.9).

El examen físico del recién nacido revela Petequias generalizadas, edema subcutáneo y hepatoesplenomegalia Figura 3. A nivel paraclínico presenta alteración del funcional y

Figura 3.

Radiografía. Se puede observar hepatoesplenomegalia y cardiomegalia.



enzimograma hepático, alteración de la crisis, plaquetopenia, anemia y test no treponémico para sífilis positivo, 32 UI.

Se plantea diagnóstico de sepsis luética y se inicia tratamiento con penicilina cristalina y maniobras de estabilización neonatal, incluyendo intubación orotraqueal, trasladándose a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante su internación en UCI, permanece 14 días bajo ventilación mecánica, 17 días en CPAP y 3 días en OAF. Recibe surfactante. Presenta colestasis hepática, realizándose tratamiento con ácido ursodesoxicólico y vitaminas liposolubles. Presentó además, plaquetopenia resistente y alteraciones de la crisis, por lo que requirió múltiples transfusiones.

El ecocardiograma informó ductus arterioso de 1,9 mm, con shunt de izquierda a de-

Tabla 2.

Etiología de hidrops no inmune.

	Casos	Etiologías
Cardiovascular	17-35%	anomalías estructurales, arritmias, miocardiopatía, tumores cardíacos o anomalías vasculares
Cromosómica	7-16%	síndrome de Turner (45, X) y Síndrome Down (trisomía 21). Trisomías 13 y 18 y triploidía
Hematológica	4-12%	hemoglobinopatías, hemólisis, hemorragia feto materna, o aplasia de glóbulos rojos. Deficiencia de G-6-PD, enzimopatías eritrocitarias y aplasia materna adquirida de glóbulos rojos
Infecciosa	5-7%	parvovirus, citomegalovirus, sífilis y toxoplasmosis. Virus Coxsackie, varicela, herpes simplex tipo 1, virus respiratorio sincitial, virus de la coriomeningitis linfocítica congénita y leptospirosis
Transfusión feto-fetal	3-10%	
Gastrointestinal Renal	0.5-4%	Síndromes nefróticos congénitos. Hernia de diafragma, vólvulo del intestino medio, obstrucción gastrointestinal, atresia yeyunal, malrotación de los intestinos y peritonitis por meconio
Displasia linfática	5-6%	
Tumores	2-3%	linfangiomas, hemangiomas, sacrococécigeos, mediatínicos y teratomas faríngeos y neuroblastomas
Displasia esquelética	3-4%	acondroplasia, acondrogénesis, osteogénesis imperfecta, osteopetrosis, displasia tanatofórica, síndrome de polidactilia de costillas cortas y displasia torácica asfixiante
Alteraciones del metabolismo	1-2%	Diversas mucopolisacaridosis, enfermedad de Gaucher y Enfermedad de Niemann-Pick
Desconocidas	15-25%	

Extraído de : Nonimmune hydrops fetalis. Am J Obstet Gynecol 2015

recha, foramen oval permeable. Mínima colección de líquido pericárdico.

Posteriormente, presenta una excelente evolución y a los 3 meses de vida pasa a alojamiento conjunto madre-hijo, con un peso de 2480 gramos, ventilando espontáneamente al aire y recibiendo alimentación vía oral enteral total.

El estudio anatomopatológico de la placenta informa: placenta prematura grande, con infarto veloso y vasculitis crónica. Elementos compatibles con corioamnionitis aguda. Se observó hematoma retroplacentario.

DISCUSIÓN

El hidrops fetal no inmune puede presentar múltiples etiologías, las cuales tienen en común su fisiopatología. Se produce por un desequilibrio en la regulación del movimiento de fluidos entre los espacios vasculares e intersticiales, con un aumento en la producción de líquido intersticial o una disminución en el retorno linfático.⁵

Existen múltiples patologías asociadas a hidrops no inmune Tabla 2. Las patologías más comunes en su génesis son las alteraciones cardiovasculares, las anomalías cromosómicas y las hematológicas.¹ Se han reportado casos de hidrops no inmune asociado con una serie de enfermedades infecciosas víricas, bacterianas y parasitarias, que incluyen: parvovirus, citomegalovirus, toxoplasmosis y sífilis, como en el caso de la paciente comentada anteriormente, secundaria a una infección bacteriana por *Treponema pallidum*.

El diagnóstico de hidrops fetal, se puede realizar mediante un procedimiento sencillo como es el ultrasonido. El mayor desafío está en determinar su etiología, lo cual es posible solamente en un 65-85% de los casos, si

incluimos la evaluación postnatal.¹

La evaluación ultrasonográfica debe incluir el estudio de anomalías fetales, del cordón umbilical y placentarias, así como estimación del volumen de líquido amniótico. Siempre debe realizarse un ecocardiograma fetal por un técnico entrenado, ya que las anomalías cardíacas son de las causas más frecuentes de hidrops fetal.

En un feto estructuralmente normal, se debe descartar, la aloinmunización como causa, lo que llevaría a plantear un hidrops fetal inmune. El pronóstico de esta patología ha presentado gran mejoría en las últimas décadas, debido a intervenciones que incluyen inmunoglobulina Rhesus prenatal y posparto, control prenatal de anemia fetal con Doppler cerebral y transfusión intrauterina.^{1,10}

Si se identifica a nivel ecográfico una anomalía estructural, un cariotipo fetal es recomendable debido a una alta probabilidad de que pueda corresponder a defectos genéticos aneuploides.⁷

Para hidrops fetal no inmune, con el fin de búsqueda etiológica, se deben solicitar en los estudios de sangre materna, serología de parvovirus B19, pruebas serológicas para la sífilis y títulos de fase aguda para citomegalovirus y toxoplasmosis.^{1,7,10}

CONCLUSIÓN

El manejo de los embarazos complicados con hidrops no inmune constituyen un problema desafiante en la obstetricia. No se han podido establecer protocolos específicos para su manejo, lo que sería de suma importancia dado que se trata de una patología con un pronóstico perinatal comprometido. El tratamiento hidrops fetal no inmune dependerá de la etiología subyacente.

La forma de presentación de la sífilis congénita, como hidrops fetal, es poco frecuente.

Representa un estadio avanzado de la infección con una alta mortalidad perinatal. Se ha demostrado que el tratamiento materno con penicilina benzatínica es altamente eficaz para prevención de la sífilis congénita.

Contribución de los autores

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

La editora, Dra. Natalia Pérez, aprobó la publicación de este artículo.

Bibliografía

1. Norton ME, Chauhan SP, Dashe JS. Society for maternal-fetal medicine (SMFM) clinical guideline #7: Nonimmune hydrops fetalis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2015;212(2):127–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.12.018>
2. Ramis Fernández SM, Alsina-Casanova M, Herranz-Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Borràs-Novell C, Salvia-Roges D. Hydrops fetalis caused by congenital syphilis: An ancient disease? *Int J STD AIDS*. 2019;30(14):1436–9.
3. Fuchs F, Michaux K, Rousseau C, Ovetchkine P, Audibert F. Syphilis Infection: An Uncommon Etiology of Infectious Nonimmune Fetal Hydrops with Anemia. *Fetal Diagn Ther*. 2016;39(1):74–7.
4. Chen I, Chandra S, Singh A, Kumar M, Jain V, Turnell R. Successful Outcome With Intrauterine Transfusion in Non-Immune Hydrops Fetalis Secondary to Congenital Syphilis. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2010;32(9):861–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34658-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34658-8)
5. Bellini C, Hennekam RC. Non-immune hydrops fetalis: A short review of etiology and pathophysiology. *Am J Med Genet Part A*. 2012;158 A(3):597–605.
6. Rac MWF, Revell PA, Eppes CS. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;216(4):352–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.1052>
7. White LE. Nonimmune hydrops fetalis. *Neonatal Netw*. 1999;18(6):25–30.
8. Duby J, Bitnun A, Shah V, Shannon P, Shinar S, Whyte H. Non-immune Hydrops Fetalis and Hepatic Dysfunction in a Preterm Infant With Congenital Syphilis. *Front Pediatr*. 2019;7(December):1–5.
9. Galan HL, Yandell PM, Knight AB. Intravenous penicillin for antenatal syphilotherapy. *Obstet Gynecol Surv*. 1994;49(1):10–1.
10. Désilets, V., Audibert, F., Wilson, R., Audibert, F., Brock, J.-A., Carroll, J., ... Senikas, V. (2013). Investigation and Management of Non-immune Fetal Hydrops. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(10), 923–936. doi:10.1016/s1701-2163(15)30816-1
11. Barton, J. R., Thorpe, E. M., Shaver, D. C., Hager, W. D., & Sibai, B. M. (1992). Nonimmune hydrops fetalis associated with maternal infection with syphilis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167(1), 56–58. doi:10.1016/s0002-9378(11)91625-1
12. Alexander, J. (1999). Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 93(1), 5–8. doi:10.1016/s0029-7844(98)00338-x

XIX Congreso Uruguayo de
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

*“Salud de la mujer: un reencuentro
que nos lleva a la excelencia”*

03 al 05 Noviembre 2022
Hotel Enjoy, **Punta del Este**



WWW.CGINE2022.ORG
cgine2022@grupoelis.com.uy

Secretaria by
 **GRUPOELIS**
MEETINGS MANAGEMENT

Lenzetto[®]

1,53 mg Estradiol

Nuevo e innovador pulverizador transdérmico para la Terapia Hormonal en la Menopausia



Vía de administración transdérmica



Precisión de la dosis individualizada



Diseño único en pulverizador



Se seca en menos de 2 minutos



Tras la aplicación del fármaco el área se puede lavar después de 1 hora



Aplicación localizada invisible



La aplicación del fármaco deja un área limpia y seca



GEDEON RICHTER
La salud es nuestra misión



Calidad europea al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989 | TeleFax: 2487 4108 - 2486 3683 - 2486 3747 | tresul@adinet.com.uy | www.tresul.com