

REPORTE DE CASOS

Diagnóstico ecográfico de feto papiráceo en embarazo gemelar

Ultrasound diagnosis of papiraceus fetus in twin pregnancy

Dr. Manuel Sánchez-Seiz

Dr. Manuel Gallo Vallejo

Dr. José Luis Aparicio Bustos

Cómo citar este artículo:

Sánchez-Seiz M., Gallo M., Aparicio J. L.: Diagnóstico ecográfico de feto papiráceo en embarazo gemelar. Rev. Latin. Perinat. (2020) 23:425.

Fecha de recepción: 11 de agosto 2020

Fecha de aceptación: 15 de septiembre 2020

RESUMEN

El feto papiráceo es aquel que una vez fallecido sufre un auténtico proceso de reabsorción e involución, como un feto momificado y que ocurre en asociación con un feto viable. El feto sufre cambios histológicos secundarios a la deshidratación y pérdida de la mayor parte de tejidos blandos. Su frecuencia es baja, 1 en 12,000 nacidos vivos y 1 en 184 gestaciones gemelares. Su diagnóstico se hace en el curso de una exploración del tercer trimestre y surge como un hallazgo casual. Cuando fallece un feto de un embarazo múltiple existen diversas variantes clínicas a considerar: Feto evanescente, Feto Papiráceo y Feto Compresus, Feto Acordio.

PALABRAS CLAVES: Feto papiráceo. Diagnóstico ecográfico. Embarazo gemelar.

ABSTRACT

The papyraceous fetus is one that once deceased undergoes a genuine process of reabsorption and involution, as a mummified fetus and that occurs in association with a viable fetus. The fetus undergoes histological changes secondary to dehydration and loss of most soft tissues. Its frequency is low, 1 in 12,000 live births and 1 in 184 twin gestations. His diagnosis is made in the course of a third trimester scan and emerges as a chance find. When a fetus dies of a multiple pregnancy there are several clinical variants to consider: Fetus Evanescent, Fetus Papiraceo and Fetus Compresus, Fetus Acordio.

KEY WORDS: Papiraceous fetus. Ultrasound diagnosis. Twin pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El feto papiráceo es aquel que una vez fallecido sufre un auténtico proceso de reabsorción e involución (feto momificado) y que ocurre en asociación con un feto viable. (1). El feto sufre cambios histológicos secundarios a la deshidratación y pérdida de la mayor parte de tejidos blandos. Su frecuencia es baja, 1 en 12,000 nacidos vivos y 1 en 184 gestaciones gemelares. (2). Según diversos autores, (1, 3) la prevalencia del hallazgo de feto papiráceo es $> 1/10.000$ recién nacidos vivos y aunque esta entidad no es una malformación en sí misma, se puede agrupar entre éstas, dada su muy probable directa relación con algún síndrome que es la causa de la muerte intrauterina y dado el desconocimiento que existe sobre el origen de esta alteración. Se produce como consecuencia de la existencia de hueso y cartílago que sufren la consecuente desecación de los tejidos tras la muerte fetal. (3)

Parece ser que la muerte de un embrión antes de la semana 14 no supone ningún riesgo para el sobreviviente. Siendo la licuefacción el proceso que se origina para su desaparición. (4-6). La incidencia de muerte fetal en embarazo múltiple, dependiendo de los autores, tiene un muy amplio rango que oscila entre del 0.5 al 6.8%. (7,8,9).

La muerte fetal de un gemelo es una entidad infrecuente, la incidencia estimada es siempre variable, desde el 0,10% de Wessel (10) hasta el 0,5 % presentado por Berniske y Kim (11) o el 6,8% presentado por Keith et al. (12). Muy probablemente



Fig. 1 Se aprecia una estructura amorfa con zonas ecogénicas en el límite apical de la placenta. Flecha blanca.

todas estas diferencias se deban a que existen una gran cantidad de casos que no son diagnosticados. La pérdida de un gemelo del mismo sexo se estima que ocurre en 1.1% y en caso de sexo diferente en un 2.6%. (9)

El riesgo de morbimortalidad del gemelo vivo dependerá de la edad gestacional y de la causa de la muerte fetal, de la corionicidad de la gestación y la existencia de circulación compartida, así como del tiempo que transcurre entre la muerte fetal y el parto del gemelo vivo. (13).

Una vez establecido el concepto de feto evanescente o vanishing twin por la Organización Mundial de la Salud, aún no están claramente delimitados los términos entre el feto papiráceo y el feto compreso; la mayor parte de la bibliografía disponible los menciona de manera indistinta por lo que se sugiere tomar en cuenta las siguientes características: talla, peso, morfología y aspecto macroscópico, que obviamente se relacionan con la edad gestacional, el tiempo transcurrido después de haber fallecido el feto dentro de la madre y el momento en que nace. Las malformaciones o defectos relacionados directamente con algún síndrome pueden ser útiles para sugerir la causa de la muerte intrauterina. (14)

CASO CLÍNICO

Traemos aquí el hallazgo causal ocurrido durante el estudio ecográfico 4D (ecografía emocional o social) que solicita una gestante en la semana 27 de gestación. Al realizar el barrido con modo B se registra una



Fig. 2. Estructuras ecogénicas compatibles con huesos largos. Flechas blancas.



Fig.3. Columna vertebral de feto papiráceo.

pequeña estructura de 3 cms de longitud adosada a la zona apical de la cara anterior de la placenta. (**Fig 1**).

Se observan dos estructuras ecogénicas compatibles con huesos largos (como se verían los fémures en el primer trimestre de gestación). (**Fig.2**)

Junto a la zona ecogénica identificada como hueso largo, se aprecia una estructura ecogénica que hace pensar en la columna fetal. Al ampliar la imagen se aprecia la columna fetal del feto papiráceo. (**Fig 3**)

El resto de las estructuras no se pueden diferenciar ya que forman una amalgama. No se evidencia vascularización con el Doppler color ni con el Power Doppler.

DISCUSIÓN

Esta observación de feto papiráceo se realizó en el curso de una exploración del tercer trimestre y surge como un hallazgo casual. Cuando fallece un feto de un embarazo múltiple existen cuatro variantes clínicas: (14)

- Feto evanescente: (vanishing twin) ocurre en las primeras semanas de gestación y es la desaparición de uno de los fetos o saco gestacional con evidencia ultrasonográfica establecida.
- Feto papiráceo: es un feto retenido, que no se reabsorbió, con deshidratación importante de sus tejidos. Se observa pequeño y plano, generalmente en proceso de descomposición, ocurre usualmente en la primera mitad del embarazo múltiple.
- Feto compresus: feto de mayor tamaño y volumen que los anteriores por fallecer a una edad gestacional mayor, con deshidratación pero sin datos importantes de maceración o descomposición de tejido, se observa semejante a un proceso de momificación, son fácilmente reconocibles sus estructuras externas, su imagen semeja a la de un “feto dormido”, es evidente su compresión corporal incluyendo el cráneo. Visto lateralmente abarca sólo unos 2 o 3 cm. La compresión es efectuada por su hermano gemelo durante el crecimiento intrauterino.
- Feto acardio: feto con ausencia de corazón y múltiples malformaciones, con extremidades poco desarrolladas, a veces sin ellas, ausencia de cráneo o unido a la placenta, considerado como “parásito” de su hermano gemelo.

Toda esta causística al ser considerada como “suceso poco frecuente”, no es diagnosticada adecuadamente y tampoco se realizan comunicaciones ni publicaciones adecuadas de los casos. (3). La incidencia de supervivencia del feto sobreviviente se estima en 45 a 50%. (3,8). El feto papiráceo o el feto compresus se suele presentar como un hallazgo causal durante la atención del parto o la cesárea. (6,8,9,15,16)

Queda patente la gran importancia de realizar un estudio minucioso ecográfico durante el primer trimestre de embarazo y un minucioso control prenatal de las pacientes con embarazo gemelar o múltiple. (17)

BIBLIOGRAFÍA

1. Csecsei K, Toth Z, Szeifert GT, Papp Z. Pathological consequences of the vanishing twin. *Acta Chir Hung* 1988; 29(2):173-82
2. Arizoca PR, Cortés R. 03 Embarazo gemelar y feto papiráceo. Edición Especial No. 4-2004. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-4-2004/03.htm>.
3. Roca AM, Griabal GM, Nogues TFJ, Oncins TR, Aragón SMA. Vanishing twin y feto papiráceo en el segundo trimestre de la gestación. *Prog Obstet Ginecol* 2009;52(2):118-23.
4. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril*. 2009;92(5):1520-1524.
5. Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2a. ed. Madrid: Harcourt Brace, 1994;134-150.
6. Rodríguez AJ, et al. Fetus compresus en el embarazo gemelar en el subcentro materno Infantil del Ingenio Consuelo. *Acta Médica Dominicana* 1990;106-107.
7. Fundamentos en Ginecología y Obstetricia. Asociación de Médicos Especialistas del Hospital de Ginecología y Obstetricia no. 3 Centro Médico Nacional “La Raza”. IMSS. México: Méndez Editores 2004;1,299-1,312.
8. Peraza TM, O’Farrill GR, Gómez CE, Óbito de un gemelo, *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2000. 26(2):115-18.
9. Vargas HVM, et al. Feto papiráceo, Complicación de un embarazo gemelar. *Rev Hosp Jua Mex* 2005;72(4):165-67.
10. Documento de consenso SEGO 1999. Embarazo gemelar. Muerte fetal única en gestación múltiple.
11. Benirschke K, Kim ChK. Multiple pregnancy. *N Engl J Med*. 1973;288:1276-84.
12. Keith I, Ellis R, Berger GS, Depp R, Filstead W, Hatcher R, et al. The Northwestern University multihospital twin study. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;138:781-9.
13. Kramer RL, Izquierdo LA, Wilson G, Curet L. The vanishing twin. University of New Mexico School of Medicine, Department of Obstetrics and

Gynecology. J Reprod Med. 1999;40:223-8.

14. Luna G, Barragán, Cruz M^a L. Feto compreso y feto papiráceo. Diferencias clínicas, tres casos. Ginecol Obstet Mex 2011;79(5):313-318.

15. Lorenzana-Cruz J. Feto papiráceo: presentación de un caso. Rev Med Hond 2002;70:24-26.

16. Ramírez AL, Nieto RE, Cerón SMA, Cerda LJA. Feto papiráceo. Comunicación de un caso. Ginecol Obstet México 2007;75(7):408-11.

17. Neilson JP. Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (Cochrane Data base of Systematic Reviews) 1998, Issue 4. No.: CD000182. DOI: 10.1002/14651858. CD000182.

DIRECCIÓN DE LOS AUTORES

Dr. Manuel Sanchez Seiz

sanchezseiz@gmail.com

Madrid. España