



SHUNT PLEURO-AMNIÓTICO EN FETO CON DERRAME PLEURAL POR CITOMEGALOVIRUS: REPORTE DE CASO

Ma. de la Luz Bermúdez Rojas¹, Igor Jesualdo López López, Teresa Miriam Flores Amador, Alberto García Hinojosa, Helder Leopoldo Ayon Flores, María Cervantes Sodi, Ricardo Alberto López González, Jorge Delgado Flores, Carlos Magaña Abarca, Virginia Medina Jiménez

¹Centro Estatal de Tamizaje Oportuno Hospital de Especialidades Materno Infantil de León
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Supl 1:25-26

INTRODUCCIÓN

El derrame pleural severo en el feto, cuenta con una incidencia estimada de 1 por cada 15,000 nacimientos, y pueden ser asociadas con una morbimortalidad significativa debido a la compresión pulmonar, hipoplasia pulmonar, cambios mediastinales, polihidramnios y al deterioro del retorno venoso al corazón, que conduce a insuficiencia cardíaca e hidrops; actualmente es posible la colocación de shunt pleuroamniótico como parte del tratamiento en algunos casos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos este caso previo consentimiento informado y de acuerdo a las guías CARE: Paciente secundigesta de 17 años de edad, sin antecedentes relevantes para el padecimiento actual; referida a las 27.0 semanas al Centro Estatal de Tamizaje Oportuno (CETO) y al Hospital de Especialidades Pediátricas Materno Infantil de León (HEMIL), encontrando datos ultrasonográficos de hidrops no inmune (derrame pleural severo unilateral izquierdo, ascitis importante), una hipoplasia pulmonar

secundaria (LHR O/E 56% pulmón derecho, LHR O/E 26% pulmón izquierdo) e hidrocele bilateral. Se protocoliza a la madre y feto efectuándose a las 27.4 semanas de gestación amniocentesis con resultado cariotipo molecular masculino normal por microarreglos, así como positividad en la PCR para citomegalovirus, indicándose tratamiento con Valaciclovir a dosis de 8g/día y laboratoriales seriados de control materno, cultivos vaginales negativos; así como cervicometría materna, ecocardiografía y neurosonografía fetal normal. Se realiza colocación de shunt pleuroamniótico tras valoración por Cirugía Fetal y monitorización a través del LHR O/E pulmonar bisemanal de hipoplasia hasta la semana 34, tiempo en que presenta contractilidad irreversible a medicación y con un 41% LHR O/E de pulmón izquierdo, un 51% de pulmón derecho y ausencia de derrame pleural derecho, se obtiene por cesárea un RN masculino, 2255g de peso, SA 2, Apgar 7/9, que requirió colocación de sonda endopleural con extracción de 15 cc. La TAC de Torax reporta hipoplasia pulmonar izquierda, múltiples septos en región apical y media derecha, así como enfisema lobar congénito; tras indicación de

neumología pediátrica se realiza toracostomía con drenaje de quiste pleural izquierdo. A 10 meses de edad y con seguimiento por parte de unidad pediátrica y neurohabilitación, se encuentra sin requerimiento de oxígeno y con adecuada evolución.

DISCUSIÓN

El shunt pleuroamniótico ha sido extensamente utilizado en el manejo del derrame pleural severo, con el objetivo de prevenir hipoplasia pulmonar, revertir hidrops y polihidramnios; con una sobrevida fetal mayor inclusive al 76%. Sin embargo, la colocación del shunt pleuroamniótico está asociado con un alto número de complicaciones, como el riesgo de ruptura prematura de membranas, parto pretérmino (similar a cualquier otro procedimiento invasivo). El shunt pleuroamniótico puede presentar malfuncionamiento, debido a un acodamiento o inclusive extracción fetal. Complicaciones menos frecuentes incluyen: dislocación del shunt hacia cavidad materna peritoneal o al tórax fetal,

fuga útero-peritoneal de líquido amniótico, oligohidramnios secundario y ascitis materna. Complicaciones postnatales como broncodisplasia o hipertensión pulmonar persistente se mencionan < 8.8%. Su colocación, debe efectuarse bajo manos expertas lo que reduce el riesgo de complicaciones mencionadas e imperativamente requiere de protocolización etiológica, abordaje integral e interdisciplinario materno y fetal. En nuestro caso, el procedimiento se realizó sin complicaciones evitando la progresión a hidrops e hipoplasia pulmonar secundaria a derrame pleural, aunado al tratamiento para la infección por citomegalovirus.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico prenatal de derrame pleural permite identificar después de la protocolización integral y manejo interdisciplinario los casos candidatos a colocación de shunt pleuroamniótico y bajo manos expertas, puede evitar la progresión a hipoplasia pulmonar e hidrops. Aún en los casos de éxito es importante el seguimiento postnatal por áreas pediátricas y neurohabilitación.