



Gaceta Médica Boliviana
ISSN: 1012-2966
ISSN: 2227-3662
gacetamedicaboliviana@gmail.com
Universidad Mayor de San Simón
Bolivia

Feto papiráceo en embarazo gemelar a término obtenido por cesárea

Alegre Andrade, Patricia; Toko Chavez, Marcelo

Feto papiráceo en embarazo gemelar a término obtenido por cesárea

Gaceta Médica Boliviana, vol. 42, núm. 2, 2019

Universidad Mayor de San Simón, Bolivia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445674688017>

DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v42i2.106>

Todos los derechos morales a los autores y todos los derechos patrimoniales a la Gaceta Médica Boliviana

Todos los derechos morales a los autores y todos los derechos patrimoniales a la Gaceta Médica Boliviana



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Feto papiráceo en embarazo gemelar a término obtenido por cesárea

Fetus papyraceus in twin pregnancy obtained by cesarean

Alegre Andrade, Patricia * wonderful122.paa@gmail.com

Hospital Obrero N° 2 Caja Nacional de Salud, Bolivia

Toko Chavez, Marcelo

Hospital Obrero N° 2 Caja Nacional de Salud, Bolivia

Resumen: El feto papiráceo es un feto aplanado y momificado, sin cambios externos, se presenta en embarazo gemelar o múltiple, es de causa desconocida. Las causas de muerte pueden ser fetales, ovulares y materna. Complicaciones: en la madre es coagulación intravascular diseminada y en el feto sobreviviente puede presentar Aplasia Cutánea Congénita, disgenesia renal y atresia intestinal. Paciente de 42 años, con embarazo de 38 semanas, cesárea iterativa, diabetes gestacional no controlada, se realiza un manejo conservador con ecografías seriadas y control de laboratorio. Para la culminación del embarazo: cesárea bajo anestesia raquídea, recién nacido de sexo masculino, alumbramiento de placenta más feto papiráceo. En conclusión, manejo individual con control ecográfico seriado del feto sobreviviente, realizar ecografía Doppler, medir el volumen del líquido amniótico, perfil biofísico y control de los factores de riesgo modificables materno, para tomar una conducta óptima y adecuada para la culminación del embarazo

Palabras clave: feto papiráceo, embarazo gemelar, cesárea.

Abstract: The papyraceus fetus is a flat and mummified fetus, without external changes, it occurs in twin or multiple pregnancy, of unknown cause. Intrauterine death both fetal, ovular and maternal. Complications: in the mother it is disseminated intravascular coagulation and in the surviving fetus may present Congenital Cutaneous Aplasia, renal dysgenesis and intestinal atresia. A 42-year-old patient, with a 38-week pregnancy, iterative cesarean section, uncontrolled gestational diabetes, conservative management with serial ultrasound and laboratory control. For the culmination of pregnancy: caesarean section under spinal anesthesia, male newborn, delivery of placenta plus papyraceous fetus. In conclusion, individual management with serial ultrasound control of the surviving fetus, perform Doppler ultrasound, measure the volume of amniotic fluid, biophysical profile and control of maternal modifiable risk factors, to take an optimal and adequate behavior for the culmination of pregnancy.

Keywords: papyraceous fetus, twin pregnancy, cesarean.

El término "papiráceo" corresponde a un tipo de papel de poco grosor usado en la Antigüedad como medio de comunicación escrita. Obviamente y de forma comparativa, no concuerda con la imagen del feto compreso, la cual está aplanada, pero evidentemente de mucho mayor grosor (2 a 3 cm) ¹.

El feto papiráceo se utiliza para describir un feto aplanado y momificado y es producto de un embarazo gemelar o múltiple ² que puede pasar inadvertido dentro de la membrana corioamniótica, asociado a un tiempo prolongado (entre la muerte de un gemelo y el parto del

Gaceta Médica Boliviana, vol. 42, núm. 2, 2019

Universidad Mayor de San Simón, Bolivia

Recepción: 27 Septiembre 2019
Aprobación: 03 Noviembre 2019

DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v42i2.106>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445674688017>

sobreviviente)³, seguido por un importante proceso de deshidratación y compresión mecánica¹, con preservación de estructuras genéticas⁴ sucede en el segundo trimestre⁵.

Incidencia de muerte de un gemelo in útero se reportó desde 2,32 % hasta 6,2 %; más común en monocorionico. Las causas de muerte intrauterina pueden ser fetales, ovulares y materna (como ser trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional y trombofilias hereditarias o adquiridas)³

Las complicaciones que pueden ocurrir en la madre incluyen coagulación intravascular diseminada y el recién nacido puede presentar secuelas como Aplasia Cutánea Congénita (ACC), disgenesia renal, atresia intestinal⁶.

Presentación del caso

Paciente femenina de 42 años de edad, acude al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Obrero N° 2 ¿Caja Nacional de Salud?, en fecha 15 de septiembre de 2019. Se interrumpe embarazo con los diagnósticos del embarazo de 38 semanas por último periodo menstrual, formula obstétrica: G5 C4 A1, cesárea iterativa, diabetes gestacional no controlada.

Paciente con antecedentes quirúrgico de 4 cesáreas previas bajo anestesia regional, un aborto hace un año y 6 meses, diabetes gestacional no controlada y no reporta alergias conocidas.

Antecedentes Gineco-obstetricos: G5 C4 A1 Fecha de último periodo menstrual: 23 de diciembre de 2018; fecha probable de parto 03 de octubre de 2019.

G1: Cesárea hace 22 años, no recuerda peso, ni indicación de la cesarea, de termino, vivo.

G2: Cesárea hace 21 años, por cesárea previa, óbito fetal a los 9 meses de gestación.

G3: Cesárea hace 19 años, por cesárea iterativa, de sexo femenino, no recuerda peso.

G4: Cesárea hace 17 años, por cesárea iterativa, de sexo masculino, no recuerda peso.

G5: aborto hace 1 año y 6 meses, se realizó legrado uterino instrumental (LUI).

Al examen físico, la paciente ingresa en regular estado general, consiente y mucosas ligeramente pálidas, con signos vitales de PA 108/75 mmHg, FC: 83 latidos/minuto, saturación de oxígeno 95%.

Neurológico: consciente, orientado. Glasgow:15/15.

Corazón: rítmico, regular.

Pulmones: murmullo vesicular conservado

Abdomen: globoso con altura uterina de 35 cm, producto único en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto.

Al tacto vaginal: cérvix posterior.

Los exámenes complementarios con reporte de laboratorio de fecha 09/09/19. Ver tabla 1 y de ecografía de 22/05/19 que reporta: embarazo de 20 semanas, placenta fúndica posterior, se observa un segundo gemelo con íntimo contacto con la placenta, la cual no se logra delimitar estructuras del mismo, observándose solo partes fetales de columna vertebral, parte de polo cefálico y huesos largos, sin flujo vascular a la aplicación del Doppler color (Figura 1 y 2).

Tabla 1. Laboratorio de la paciente

Laboratorio de la paciente			Valor normal
Hemograma	Glóbulos rojos *	4 390 000	4,20-5,80
	Hemoglobina	12,8 g/dl	11-16,5 g/dl
	Hematocrito	38,7 %	35-54 %
	Glóbulos blancos	8 850 μ L	4,5-10,0 μ L
	Plaquetas *	189 000	150-400
Química sanguínea	Glicemia ayunas	113 mg/dl	70 - 110 mg/dl
	Glicemia postprandial	164 mg/dl	70 - 110 mg/dl
	N. Ureico	11 mg/dl	07 - 25 mg/dl
	Creatinina	0.8 mg/dl	0,5-1,5 mg/dl
	TP/INR	10,2/1,02	10 seg/1.0
Otros	Grupo Sanguíneo	O (+)	
	Prueba de VIH/Hepatitis B-C	No reactivo/Negativo	

* Glóbulos rojos: (UL)

* Plaquetas: (μ L)**Tabla 1****Figura 1: Se observa partes fetales de columna vertebral.****Figura 1**



Figura 2: Se visualiza segundo gemelo con íntimo contacto con la placenta, parte de polo cefálico y huesos largos.

Figura 2

El reporte transoperatorio indica: paciente femenina se somete a cesarea segmentaria tipo Kerr más salpingoclasia bilateral bajo anestesia regional raquídea, donde se obtiene recién nacido de sexo masculino con peso de 3 442 gr, talla 48 centímetros, con APGAR 8 y 9 al minuto y cinco minutos (Figura 3).



Figura 3: Recien nacido de sexo masculino sin alteraciones en el examen físico.

Figura 3

Al examen físico del recién nacido es normal sin alteraciones o malformaciones; y posteriormente, se realiza el alumbramiento de la placenta íntegra con un feto papiráceo (Figura 4).



Figura 4: Posterior a alumbramiento intraoperatorio espontáneo de la placenta fúndica anterior, se observa feto papiráceo.

Figura 4

Discusión

El reporte del caso clínico se basa en el manejo del embarazo múltiple a término sin saber la corionicidad, más cuando uno de los productos es un feto papiráceo, aunado a esto, paciente femenina con antecedentes de cesárea iterativa, edad tardía y diabetes gestacional no controlado.

En primer lugar, Barba explica que el evento de la muerte de un gemelo in útero, es un problema clínico grave, pero poco frecuente, por la escasa información que oriente el manejo, siendo tan solo reporte de serie de casos ². Así como menciona Barba, para la toma de una conducta médica, no encontramos literatura científica actualizada y siendo la Caja Nacional de Salud un centro de formación de médicos especialistas en Ginecoobstetricia, es importante el manejo de estos casos de manera actualizada.

Por otra parte, la paciente no se realizó una ecografía del primer trimestre del embarazo. Mientras que, para Gil y col ⁷, la determinación ecográfica de la corionicidad y de la amnionicidad constituye la piedra angular en el manejo obstétrico del embarazo múltiple. Este examen debe hacerse en el primer trimestre del embarazo, no solamente por la mayor facilidad diagnóstica, sino sobre todo porque constituye el inicio de la ruta a seguir en el control de este tipo de gestaciones.

Por su parte, Matovelo y col ⁸, indica que el ultrasonido puede enfrentar dificultades técnicas y verse afectado por la posición anatómica del feto muerto. Puesto que, Correia y col ⁹ ha revelado un riesgo bajo de aneuploidias y la realización de ecografías seriadas para detectar anomalías fetales en el caso clínico reportado. A propósito de las alteraciones, Lopez-Uriarte y col ¹⁰ y Olaya-Contreras y col ⁴, establecen la asesoría genética con base en la cigosidad y el tipo de defecto congénito que se pueda encontrar, más si se sospecha una cromosomopatía.

Sin embargo, se realizó ecografía a las 20 semanas para pesquisa de malformaciones anatómicas, donde reportan feto papiráceo, que no se logra delimitar la estructura de la placenta y el segundo gemelo. Renconret ¹¹ explica que si no existe posibilidad de definir la corionicidad, se recomienda clasificar el embarazo como monocorial para asegurar un adecuado control y evitar la no pesquisa de complicaciones asociadas a la monocorionicidad.

La importancia de tener una conducta conservadora y expectante bajo un monitoreo periódico y permanente a nivel ecográfico y doppler, aunado a pruebas de tendencia hemorrágica, según García y col ¹² y por otro lado, Rahman y col ¹³ menciona que es importante hacer un diagnóstico a tiempo de prevenir complicaciones graves.

En segundo lugar, Barba y col ³ la muerte de un gemelo in útero ocasiona consecuencias en el feto sobreviviente, con menor frecuencia en la embarazada. De modo que, a la obtención del recién nacido de sexo masculino y al examen físico se reporta sin alteraciones o malformaciones. Por el contrario, Burgos y col ¹⁴ reportaron un feto papiráceo y el feto sobreviviente la posibilidad de presentar ACC pero de muy baja frecuencia. Por otra parte, Kilby y col ¹⁵ recomienda realizar una resonancia magnética cerebral del feto después de 4 semanas de la desaparición del gemelo, para detectar morbilidad neurológica del feto sobreviviente.

En el presente caso, es difícil determinar la causa debido a que no se obtuvo ecografía del primer trimestre. Además, la madre presentaba más factores de riesgo, como la edad y diabetes gestacional que se puedan asociar a muerte fetal intrauterino.

En este caso se realizó un manejo conservador con ecografías seriadas más control hematológico, factores de coagulación y la culminación por vía alta del embarazo; con envío de la placenta y el feto papiráceo a estudio histopatológico, tal como indica Malathi y col ¹⁶. En lo que se refieren, Dahiya y col ¹⁷, recomiendan un manejo expectante con vigilancia estrecha materna y fetal.

Para concluir, se debe realizar un manejo individualizado de cada paciente gestante, desde la realización de ecografía dentro del primer trimestre, tener control periódico de los factores coagulación, realizar ecografía doppler fetal, resonancia magnética cerebral del feto, valorar el crecimiento adecuado del producto, medir el volumen del líquido amniótico, perfil biofísico y control de los factores de riesgo modificables materno, para tomar una conducta optima y adecuada para la culminación del embarazo.

Referencias

1. Luna lugo, G., barragan ramirez, G., & cruz hinojosa, maria de la luz. (2011). Feto compreso y feto papiráceo. diferencias clínicas, tres casos. Ginecología y Obstetricia de México, 79(5), 313:318. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom115j.pdf>

2. Mendoza, L., Sanchez, R., Camacho, A., Balcazar, R., Rodriguez, A., & Casian, G. (2010). Feto papiráceo. *Revista Hospital Juarez de Mexico*, 77(2), 138?140. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2010/ju102l.pdf>
3. Barba, S., & Carvajal, J. (2012). Pautas de manejo del embarazo múltiple complicado con la muerte fetal in útero de un gemelo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(2), 159?168. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n2/art14.pdf>
4. Olaya-Contreras, Mercedes, Galvis-Navarrete, Silvia Helena, Giraldo-Ospina, Gustavo Adolfo, Rojas-Martínez, Jorge Armando, Rodríguez-Sarmiento, Jorge Luis, & Franco-Zuluaga, Jorge Andrés. (2017). Enfoque de las gestaciones múltiples de diagnóstico difícil durante la autopsia perinatal. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 357-371. <https://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6120>
5. Chipana Salinas, Margot Rita, Guardia Dodorico, Lorena, Arribas Marco, Teresa, & Rojas Pérez-Ezquerro, Beatriz. (2014). Feto Papiráceo en Gestación Gemelar y Síndrome de Edwards: A Propósito de un Caso. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(1), 43-46. Recuperado en 17 de septiembre de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000100011&lng=es&tlng=es.
6. Lorenzana cruz, J. (1997). Feto papiraceo. Presentación de un caso. *Revista Médica Honduras*, 28(3), 24?26. Acceso del 18 de septiembre de 2019. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2002/pdf/Vol70-1-2002-7.pdf>
7. Gil Guevara, Enrique Damián, & Gil Mejía, Enrique Gastón. (2015). Diagnóstico ecográfico de la corionicidad y amnionicidad en el embarazo múltiple. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(3), 263-268. Recuperado en 30 de octubre de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300010&lng=es&tlng=es.
8. Matovelo, D., Ndaboine, E. Fetus papyraceus causando distocia en un entorno rural: reporte de un caso. *J Med Case Reports*; 2015; 9, 178. Acceso el 18 de septiembre. Disponible en: doi: 10.1186 / s13256-015-0666-9
9. Correia L, Valdoleiros S, Marujo A, Silva A, Simoes T. Fetus papyraceous: A rare cause of labor dystocia. *Acta Obstet Ginecol Port*; 2014;8(2):189-92. Acceso 18 de septiembre de 2019. Disponible en http://www.fspog.com/fotos/editor2/15_2014-2-aogp-d-13-00027.pdf
10. López-Uriarte Arellí, Aguinaga-Ríos Mónica. Discordancia de defectos congénitos en recién nacidos de embarazos múltiples en el Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2019 Oct 30]; 26(1): 08-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100002&lng=es.
11. Rencoret G. Embarazo gemelar. *Revista Médica Clínica Las Condes*; 2014; 25 (6):964-71. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70645-5](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70645-5).
12. Garcia, A., Iriarte, R., Rios, V., & Cortez, M. (2009). Manejo del embarazo múltiple con óbito del segundo gemelo. *Revista de Investigación e Información En Salud*, (1), 62?66. http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/riis/v5n12/a08_v5n12.pdf

13. Rahman H, Pathak R, Dubey S, Chavan P, Sharma BK, et al. Fetus Papyraceous in Uniovular Twin; Death of One Twin in Early Third Trimester and Successful Outcome of Other Twin at Term: A Rare Case Report. *Gen Med (Los Angel)*; 2013; 1: 118. Acceso el 30 de octubre de 2019. Disponible en: doi: 10.4172/2327-5146.1000118
14. Burgos J, Melchor J.C, Ruiz I, Unamuno M, Aguirregoikoa J.A, Albisu M. Aplasia cutis congénita y feto papiráceo en embarazo gemelar monocoriónico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*; 2005; 48 (5): 268-71. Acceso 30 de octubre de 2019. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(05\)72393-1](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(05)72393-1).
15. Kilby MD, Bricker L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of monochorionic twin pregnancy. *BJOG* 2016; 124:e1?e45. Acceso el 30 de octubre de 2019. Disponible en <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14188>
16. Malathi J, Brindhini M. U, Vanaja P. Fetus papyraceus: a rare case report. *International Journal of Contemporary Medical Research* 2017; 4(10):2064-65. Acceso el 18 de septiembre de 2019, disponible en: https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr_1703_v2.pdf
17. Dahiya P, Bains R. Conservative Management of Fetus Papyraceus: A Report of Two Cases. *Omán Med J*. 2014; 29 (2): 132?134. Acceso el 50 de octubre de 2019. Disponible en doi: 10.5001 / omj.2014.32

Notas de autor

* **Correspondencia a:** Patricia Alegre Andrade. **Correo electrónico:** wonderful122.paa@gmail.com.

Enlace alternativo

http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662019000200017&lng=es&nrm=iso
(html)