



HEMORRAGIA INTRACRANEAL FETAL POR TRAUMATISMO SECUNDARIO A VIOLENCIA DOMESTICA, DIAGNÓSTICO PRENATAL.

Dr. Aldo Francisco Rodríguez Ruiz¹, Dr. Iván Dávila Escamilla², Dr. Abel Guzmán López², Dr. David Jowhara Blanqueto Fuentes³, Dra. Claudia Yasbek Rodríguez Garza³.

1.- Residente de segundo año Medicina materno fetal 2.- Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialidad Medicina Materno Fetal 3.- Especialista en Radiología e Imager, Alta especialidad en radiología pediátrica. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.



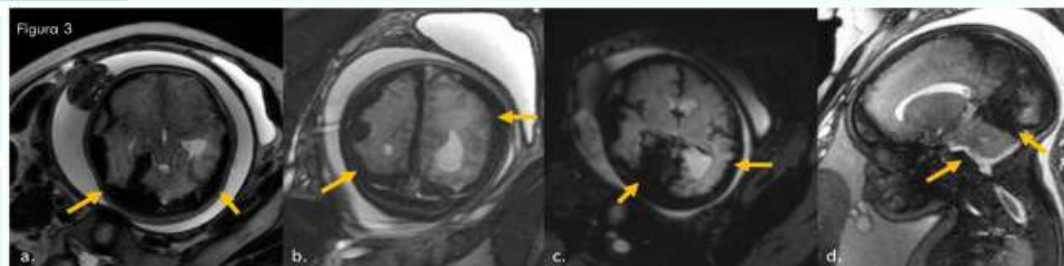
INTRODUCCION

El diagnóstico prenatal de hemorragia intracraneal fetal mediante ecografía ha sido cada vez más importante en los últimos años. La incidencia de hemorragia intracraneal sigue sin estar clara, ya que esta entidad suele estar infradiagnosticada, aunque se ha comunicado una estimación de 0,5-1 por 1.000 embarazos¹⁻²⁻³.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años de edad, gravida 1, remitida al centro terciario a las 34.4 semanas por visualización de ventriculomegalia severa bilateral (20 y 19 mm) y macrocefalia (Figura 1).

El examen inicial mostró una fetometría de 35.3 semanas, crecimiento fetal normal, con ventriculomegalia derecha severa (22mm), visualizando agujero de monroe permeable hasta las astas frontales, astas anteriores normales, cerebelo y cuarto ventrículo normal (Figura 2). La resonancia magnética cerebral fetal (Figura 3), mostró hematomas subdurales holoemisféricos bilaterales en estadio agudo/subagudo temprano de predominio derecho condicionando obliteración del espacio subaracnoideo y desplazamiento de la línea media, hematoma subdural infratentorial en topografía del seno venoso transversal bilateral, hematoma subdural retroclival y hemorragia subaracnoidea bilateral. La evaluación a las 36.4 semanas se visualizó diámetro cerebral y biparietal en percentiles, ventrículos posteriores normales (6 y 5 mm), astas frontales normales, polígono de Willis con anatomía normal, arteria anterior, arteria pericallosa, arteria callosa marginal se visualizaron normales, con seno sagital sin datos de hemorragia. En un plano parasagital se visualizó datos de colección ecogénica en el espacio extra-axial que desplaza el parénquima cerebral, datos sugestivos de hematomas subdural y hemorragia subaracnoidea bilateral (Figura 4).



DISCUSION

Los factores de riesgo de hemorragia intracraneal incluyen trauma materno, convulsiones, trombocitopenia inmune o trastornos de la coagulación, infecciones o enfermedad febril materna, medicamentos y drogas. Los factores de riesgo fetal incluyen hipoxia fetal, restricción del crecimiento intrauterino, síndrome de transfusión de gemelo a gemelo, muerte de un gemelo o coagulopatía congénita. Se debe considerar una mutación COL4A1 en casos de hemorragia intracraneal fetal. En la mayoría de los casos no se encuentra ningún factor de riesgo identificable, solo se informa una causa plausible de hemorragia intracraneal fetal en el 20-45% de los casos¹⁻²⁻³. Las características ultrasonográficas de la HIC fetal podrían dividirse arbitrariamente en cuatro fases:

(I) fase hemorrágica reciente, en la que la sangre intraventricular es hiperecogénica reemplaza al eco habitual. (II) fase de licuefacción, con la presencia de una masa de ecogenicidad heterogénea compleja (un revestimiento ecogénico externo y un núcleo ecolúcido interno) (III) fase de licuefacción completa con una masa hipocóica quística; y (IV) la fase de resolución completa con la apariencia de un cerebro normal². En casos menos severos ocurre la absorción y resolución de la hemorragia sin déficit residual. En la hemorragia intracraneal fetal de alto grado muere aproximadamente el 50% de los fetos y entre los sobrevivientes, menos de la mitad muestra un neurodesarrollo normal en el seguimiento a corto plazo¹⁻⁴. Las lesiones graves suelen tener un mal pronóstico y se puede ofrecer la terminación o un manejo conservador y cuidados de confort.¹⁻²⁻³⁻⁷.

CONCLUSIONES

La literatura sobre hemorragia intracraneal fetal secundaria a traumatismo materno se limita a informes de casos y series de casos. El conocimiento sobre el diagnóstico y pronóstico de esta condición es fundamental para el manejo del embarazo y el asesoramiento prenatal. Las hemorragias intracraneales tienen un amplio espectro de manifestaciones con pronóstico diverso, el caso presentó un progreso singular por el antecedente de violencia doméstica.

REFERENCIAS

- 1.- ADIEGO, Begoña, et al. Prenatal diagnosis and postnatal outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2019.
- 2.-HUANG, Ying-Fen, et al. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006.
- 3.-MONTEAGUDO, Ana. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2020.
- 4.-CHEUNG, Ka Wang, et al. *Fetal diagnosis and therapy*, 2019.
- 5.-GREEN-THOMPSON, et al. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 20056.
- 6.- ABDELKADER, Mohamed Ali, et al. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2017.

Se realizó desembrazo abdominal a las 38 semanas con un peso fetal de 3130gr, talla 49 cm, Apgar 4/7, sin esfuerzo respiratorio, se trasladó a la unidad cuidados intensivos con ventilación mecánica. Al sexto día de vida extrauterina se realizó drenaje ventricular de hematoma por punción transfontanelar. Se realizó tomografía de cráneo simple con el reporte de encefalomalacia quística extensa supratentorial, persiste con hematoma subdural y epidural izquierdo, desviación de línea media a la derecha, hematoma subdural derecho con disminución de tamaño. Al egreso de la madre mencionó agresión doméstica en múltiples ocasiones con traumatismo directo en abdomen. Se solicitó valoración por psiquiatría y se canalizó a las autoridades correspondientes.

