

CASOS CLÍNICOS

Higroma quístico

J. Mena y L. Córdor

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

ABSTRACT

Cystic hygroma is a congenital defect associated to chromosomal anomalies: we present this case diagnosed by ultrasound examination following 13 weeks of amenorrhoea, and confirmed at the 16th week. It is of interest because prenatal diagnosis can be made during the first trimester using ultrasound control.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas del sistema linfático son raras, y puede haber tumefacción difusa de una pared del cuerpo (linfedema congénito)¹⁻³. Los higromas quísticos son malformaciones benignas adquiridas por desarrollo de origen linfático; sus características ultrasónicas son las de un bulto quístico con tabiques múltiples o multiloculares formados por paredes delgadas habitualmente localizados en la parte posterior de la cabeza y del cuello fetales¹⁻⁴.

El 80% de los higromas se producen en la región cervical, parte posterior del cuello o zona inferolateral, pero pueden encontrarse también en la axila, la ingle o el mediastino. Resulta de la dilatación de los conductos linfáticos primitivos o de la hipoplasia congénita de los linfáticos^{2,4}. Frecuentemente está asociado a aberraciones cromosómicas y relacionadas con la edad materna^{1,3,5,6}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años de edad que fue remitida a nuestra unidad de diagnóstico prenatal con 13 semanas de amenorrea para estudio de su embarazo. No presentaba antecedentes personales y familiares de interés.

Aceptado para su publicación el 9 de noviembre de 2003.

Figs. 1 y 2. Higroma quístico septado (linfangioma) en la región cervical.

Después de la anamnesis se llevó a cabo una exploración ginecoobstétrica seguida de una ecografía. Los hallazgos ultrasónicos consistieron en un edema nuchal

Fig. 3. Síndrome de Edwards (cariotipo 46XY,+18).

tabicado de aproximadamente 7-8 mm de espesor, compatible con un cuadro clínico sospechoso de higroma quístico, diagnóstico que se confirmó a las 16 semanas de gestación por sonograma axial transverso o corte transversal ecográfico.

El higroma quístico se demostró por una imagen transversal de la nuca fetal. La lesión se caracteriza por múltiples áreas quísticas tabicadas o septadas dentro de la misma masa (figs. 1-2).

La paciente fue estudiada por nuestro servicio y se le realizaron pruebas complementarias, tales como analítica de sangre, estudio bioquímico (α -fetoproteína) y cariotipo fetal.

Finalmente se estableció como diagnóstico clínico un higroma quístico asociado a cromosomopatía (fig. 3).

A las 17-18 semanas de amenorrea, finalizó su gestación con un aborto espontáneo.

En nuestro caso clínico se observó y se corroboró que el higroma quístico es un defecto congénito asociado a anomalías cromosómicas. Es de gran interés el diagnóstico prenatal porque puede llevarse a cabo durante el primer o segundo trimestres de embarazo como protocolo de cribado.

DISCUSIÓN

El higroma quístico se encuentra en 1 de cada 200 fetos abortados espontáneamente en el primer trimestre⁷. Entre las 11 y las 14 semanas, la translucencia o el edema nuchal son signos característicos de esta patología³.

Debido a que el 65% de los higromas se observan en el momento de nacer, deben ser rápidamente diagnosticados antes del nacimiento con una buena técnica de ultrasonidos^{8,9}.

Se han descrito grandes higromas quísticos asociados con el síndrome de Turner y otras aberraciones cromosómicas, como las trisomías 21-18-13^{1-3,7}. Como ejemplo está nuestro caso descrito, el síndrome de Edwards: 46XY,+18.

El diagnóstico diferencial entre los higromas quísticos y los defectos del tubo neural (meningocele cervical, cefalocelos, otros como tumoración nuchal y edema subcutáneo) puede ser difícil, ya que tienen similar aspecto ultrasónico^{3,4}.

En todos estos casos es útil el estudio citogenético (amniocentesis) para la determinación del cariotipo fetal^{1,4,5,10}.

Otros hallazgos ultrasónicos que pueden detectarse en los higromas quísticos y servir para diferenciarlos de los defectos del tubo neural son la ascitis, el edema fetal, la placenta edematosa agrandada y las colecciones intradérmicas de líquido (linfangiectasia quística cutánea)⁴⁻⁶.

El sistema linfático tiene un desarrollo temprano en el embrión; a los 40 días o a la sexta semana de gestación el sistema linfático inicia su desarrollo juntamente con el sistema venoso, y en ocasiones una parte de un vaso linfático yugular se separa y origina una masa de espacios linfáticos dilatados, un higroma quístico resultado de una estasis linfática. Este tipo de higromas se caracteriza por simples o grandes cavidades únicas tabicadas llenas de líquido^{4,7,8,11,12}.

El edema nuchal está presente también en otros síndromes genéticos y no genéticos, como el síndrome de Noonan's, el *pterygium colli* o el síndrome alcohólico fetal^{5,6,7,9,11}.

Con mayor frecuencia, las trisomías autosómicas ocurren a medida que aumenta la edad materna²; el 99% de los fetos con cariotipo 45,X son abortados de forma espontánea. En general, los abortos espontáneos tempranos ocurren por diversas razones, y una de ellas es la presencia de alteraciones cromosómicas. La mortalidad del higroma quístico es del 100% en el primer o segundo trimestre de la gestación, y una gran parte de ellos son electivamente abortados⁷.

RESUMEN

El higroma quístico es un defecto congénito asociado a anomalías cromosómicas. Presentamos este caso diagnosticado por examen ultrasonográfico a las 13 semanas de amenorrea y confirmado a las 16 semanas. Es de interés porque el diagnóstico prenatal puede ser realizado durante el primer trimestre de embarazo por control ecográfico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henderly J, Schmidt W, Hecher K, et al. Increased nuchal translucency, hydrops fetalis or hygroma colli. A new test strategy for early fetal aneuploidy detection. *Fetal Diagn Ther* 2001;16:211-4.
2. Moore KL, Persaud TVN. Embriología clínica. 6.^a ed. Vol II. México: Mc GraW-Hill Interamericana, 1999; p. 422-3.
3. Nikolaides KH, Sebire NJ, Snijders RJM. The diagnosis of fetal abnormalities. New York: Parthenon Publishing USA, 1999; p. 3-88.
4. Knochel JO, Lee TG, Melendez MG, Henderson SC. Anomalías fetales del tórax y el abdomen. En: Callen PW, editor. *Ultrasonografía en obstetricia y ginecología*. Buenos Aires: Panamericana, 1990; p. 67-86.
5. Donnenfeld AE, Lockwood D, Lamb AN. Prenatal diagnosis from cystic hygroma fluid: the value of fluorescence in situ hybridisation. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:1004-8.
6. Bronshtein M, Zimmer EZ, Blazer S. A characteristic cluster of fetal sonographic markers that are predictive of fetal Turner syndrome in early pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1016-20.
7. Romero R, Pilu G, Jeanty P, Ghidini A, Hobbin JC, editors. *Prenatal Diagnosis of Congenital Anomalies*. East Norwalk CT: Appleton & Lange, 1988; p. 115-8.
8. Panariello S, Caserta R, Gargiulo L, Labriola D, Tartaglia E. Antenatal diagnosis and obstetric management of cystic hygroma occurring in twin pregnancies. *Minerva Gynecol* 2002;54:355-60.
9. Lupascu I, Patrascanu I. Ultrasonography's role in prenatal diagnosis: the nuchal fold. *Rev Med Chir Soc Med Nat* 2001;105:165-8.
10. Souter VL, Nyberg DA, El-Bastawissi A, Zebelman A, Luthardt F, Luthy DA. Correlation of ultrasound findings and biochemical markers in the second trimester of pregnancy in fetus with trisomy 21. *Prenat Diagn* 2002;22:175-8.
11. Masmoudi A, Neji K, Kacem S, et al. Retrocervical cystic hygroma. *Tunis Med* 2002;80:127-30.
12. Sandrucci MA, Nicolin V, Forobosco A, Narducci P, Barreggi R, Grill V. Morphological observations and morphometric analysis in three human fetuses with bilateral cervical cystic hygroma. *Ital J Anat Embryol* 2002;107(1):55-70.