

Viabilidad Fetal: análisis de tres escenarios clínicos. Algoritmo pictórico de abordaje imagenológico.

Sandoval Flores Karen¹, Muñoz Hernández Fabian de Jesús², Guerrero Hernández Juan José³, Bucheli Buesaco Julian Andres⁴
1,2,3,4 Medicos residentes del Hospital General Civil de Morelia “Dr. Miguel Silva”.

Introducción

La falla temprana en el embarazo o pérdida gestacional precoz es aquella que se produce antes de las 12 semanas de gestación y afecta del 10 al 20% de las gestaciones, la mayoría de las pérdidas se producen antes de las 10 semanas de gestación [1].

Debido a esta incidencia, en 2013 la guía del Colegio Americano de Radiología adoptó los mismos criterios que el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos para definir la falla temprana del embarazo. La orientación se basa en un saco gestacional >25 mm o un embrión con longitud cráneo-rabadilla >7 mm sin latidos cardíaco, la ausencia de embrión con latido cardíaco >14 días después de una exploración que mostrara un saco gestacional vacío o la ausencia de embrión con latido cardíaco >11 días de una exploración que mostrara saco gestacional y saco vitelino, dichos valores son categóricamente falla temprana [2].

Sin embargo, la viabilidad fetal comprende un espectro de condiciones más allá de la “falla temprana del embarazo”, como lo son: “embarazo precoz”, “embarazo viable” y “embarazo de localización incierta”, por lo tanto, es importante puntualizar estos conceptos para un abordaje adecuado debido a que el tiempo entre exploraciones, la inexperiencia del observador y los resultados esperados en exploraciones repetidas siguen siendo demasiado liberales. Se deben revisar los protocolos para el diagnóstico de la viabilidad del embarazo para evitar diagnósticos erróneos y el riesgo de interrumpir embarazos viables.

El diagnóstico de un embarazo viable es relativamente sencillo, aunque el progreso en la predicción y prevención se ha visto obstaculizado por la falta de definiciones estandarizadas, la incertidumbre que rodea la patogénesis y la presentación clínica altamente variable [3, 4].

Este ensayo tiene como objetivo definir de manera clara y precisa los conceptos y valores esenciales que se deben considerar al establecer, de manera secuencial, el abordaje del diagnóstico del embarazo, (*tabla 1*).

Tabla 1. Tipos de embarazo [5].

Concepto	Definición
Embarazo viable	Embarazo que puede potencialmente terminar en un nacimiento vivo.
Embarazo de viabilidad incierta	Se considera cuando la ecografía transvaginal muestra saco gestacional intrauterino sin latidos cardíacos embrionarios y sin hallazgos definitivos de fracaso del embarazo.
Embarazo inviable (Falla temprana del embarazo)	Si no es posible que tenga como resultado un bebé vivo
Embarazo de ubicación desconocida	Situación en la que el test de embarazo es positivo, pero no hay imagen compatible con gestación

	intrauterina ni extrauterina por ecografía transvaginal.
Embarazo ectópico	Embarazo fuera de la cavidad endometrial.

Casos clínicos:

Escenario 1: “Embarazo de localización incierta”.

Paciente femenino, de 35 años de edad y antecedente de embarazo tubárico izquierdo hace 5 años, el cual requirió una salpingectomía ipsilateral. Inicia su actual padecimiento tres días antes de su ingreso, manifestando dolor abdominal intenso en fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas, vómitos y amenorrea de 5 semanas al momento del interrogatorio. Al ingreso, no se contaba con estudios paraclínicos de laboratorio, por lo que se decidió realizar una ecografía transvaginal a cargo del servicio de ginecoobstetricia. Este examen no reveló la presencia de un embarazo intrauterino, lo que llevó a la derivación al servicio de radiología. Hasta este momento, se clasifica el caso como un embarazo de localización incierta.



1. Ultrasonido endovaginal en escala de grises, donde se observa útero aumentado de tamaño, con engrosamiento endometrial de hasta 13mm, asociado a líquido libre moderado en fondo de saco posterior.



2. Acercamiento de ultrasonido endovaginal en escala de grises, en donde se observa saco gestacional intraovárico, con presencia de saco de yolk y polo embrionario correspondiente a 6 semanas con 3 días de gestación.

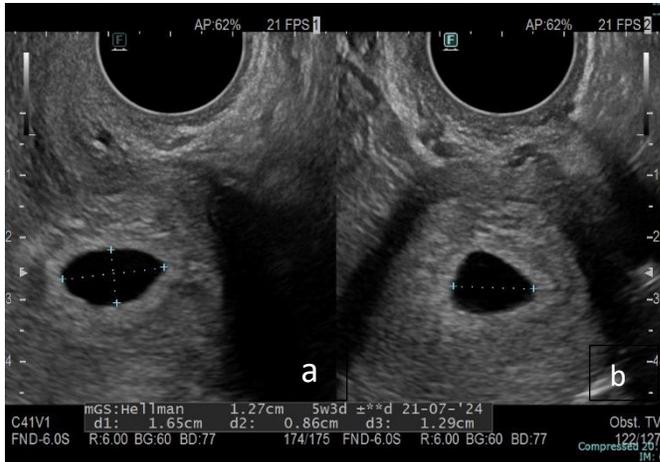


3. Ultrasonido con aplicación de Doppler Espectral que corrobora frecuencia cardíaca.

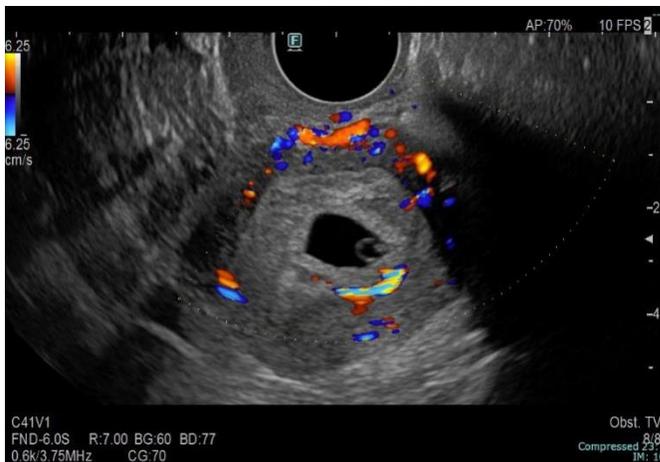
Posterior a la exploración ecográfica se concluye como embarazo ectópico en ovario derecho

Escenario 2: "Embarazo Viable".

Paciente femenino de 19 años, sin antecedentes relevantes, acude al servicio de ginecología por presentar amenorrea de 7 semanas de evolución, respaldada por una prueba de embarazo rápida positiva. Se somete a ultrasonido pélvico y se identifica un saco gestacional intrauterino pero con ausencia de embrión. Por consiguiente, se solicitó evaluación adicional al servicio de radiología mediante ultrasonido endovaginal.



2.1 Ultrasonido endovaginal en escala de grises, se aprecian cortes longitudinal (a) y transversal (b) del útero, en donde se observa saco gestacional de contenido anecoico con reacción decidual periférica. Saco gestacional medio de 12.7cm, correspondiente a 5.3 semanas de gestación.

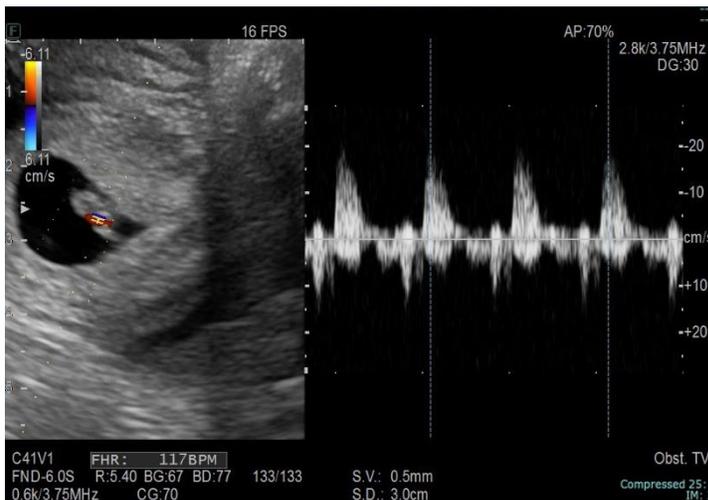


2.2 Ultrasonido endovaginal en eje transversal del útero en donde se identifica saco gestacional con presencia de saco vitelino y ausencia de embrión el cual a la aplicación de Doppler color presenta vascularidad anular periférica en signo de “anillo de fuego”

Debido a los hallazgos del ultrasonido se categoriza como embarazo de viabilidad incierta por lo tanto se decide complementar con ecografía de control a los 11 días posteriores. Momento en el cual se realiza ecografía transvaginal en donde se observan los siguientes hallazgos.



2.3 Ultrasonido endovaginal en escala de grises en donde se identifica saco gestacional con presencia de embrión de 7.8mm de longitud cefalo-caudal correspondiente a 6 semanas con 5 días de gestación.

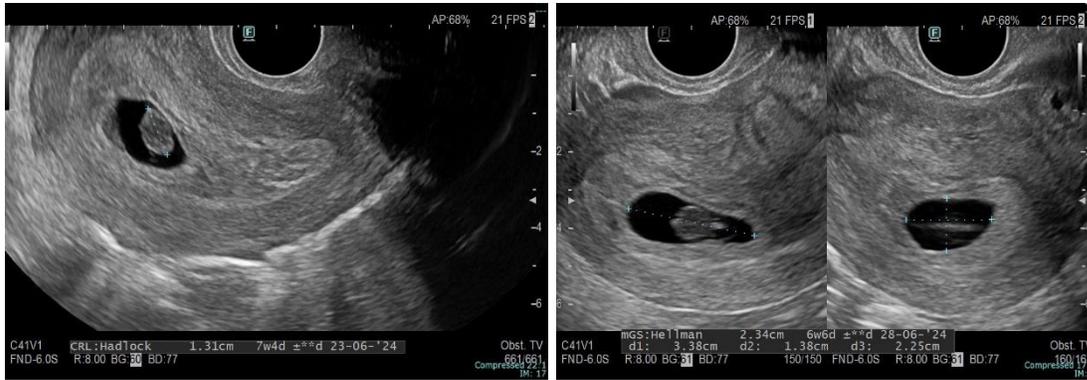


2 4 Ultrasonido endovaginal en donde se identifica polo embrionario con latido cardiaco a la aplicación de Doppler espectral, con una frecuencia de 117 latidos por minuto.

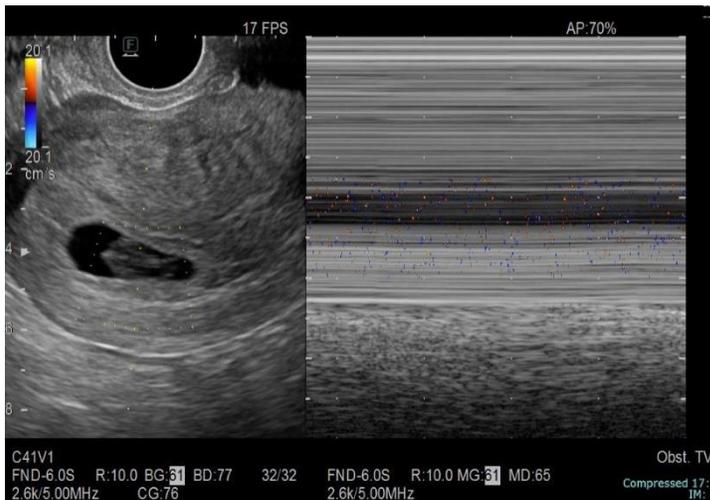
Posterior al control se concluye como embarazo viable debido a que se observa la presencia de polo embrionario con la presencia de frecuencia cardiaca.

Caso 3: "Falla temprana del embarazo".

Paciente femenina de 31 años, con antecedente de pérdidas recurrentes de embarazo, actualmente con amenorrea de 9 semanas, acude a su centro de salud, donde se realiza prueba de embarazo y es referida posteriormente al servicio de radiología por consulta externa.



3 1 Ultrasonidos endovaginales en escala de grises en donde se observa saco gestacional con placa embrionaria en su interior de 13mm (punto de corte LCC >7mm) correspondiente a 7 semanas con 4 días de gestación (izquierda), cortes longitudinal y transversal del útero con mediciones del saco gestacional correspondientes a 23.4mm de saco gestacional medio asociado a irregularidad y alargamiento del saco (derecha).



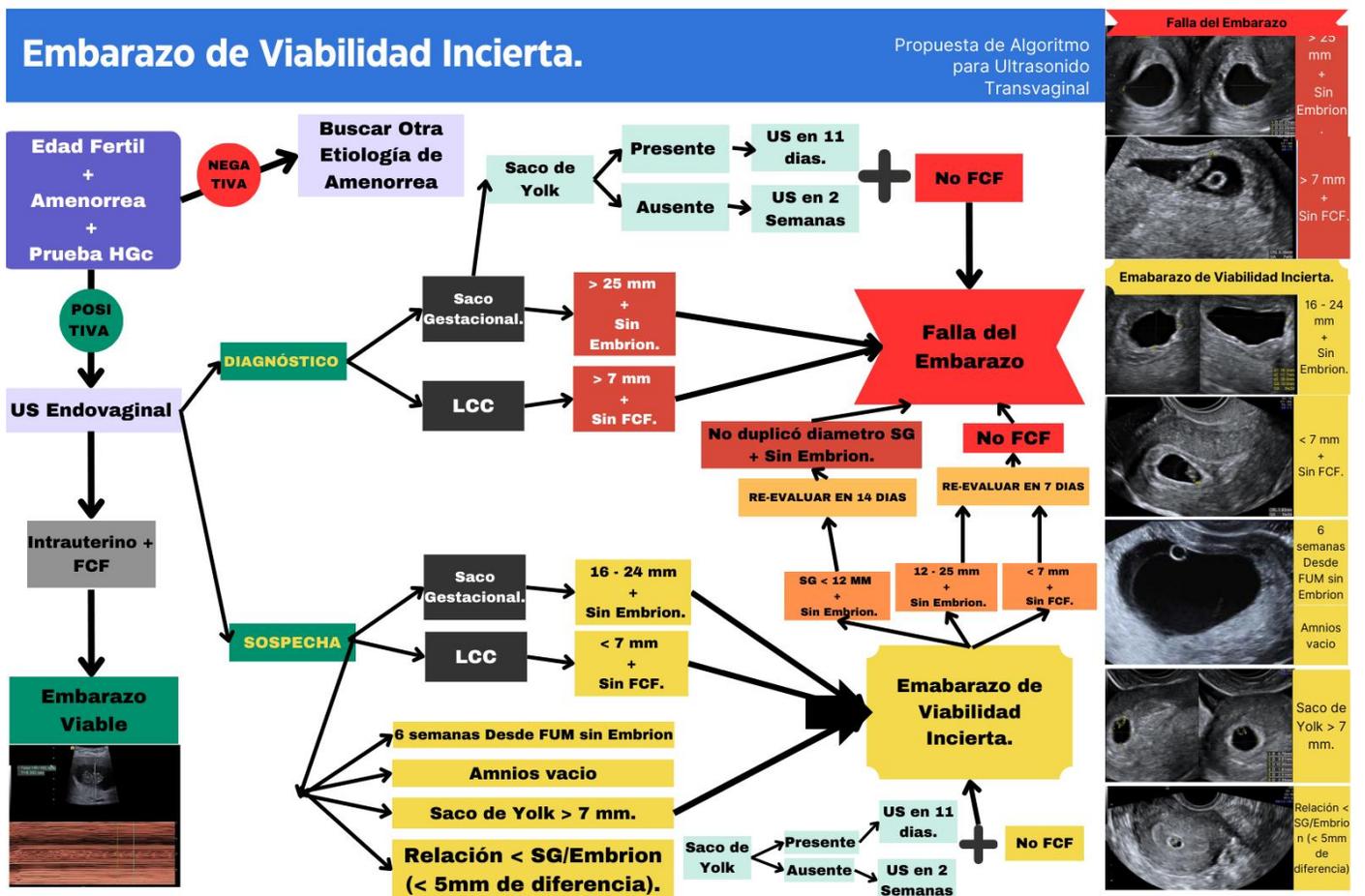
3 2 Ultrasonido endovaginal en donde se observa saco gestacional con presencia de placa embrionaria, la cual a la aplicación de Doppler color y modo M no muestra latido cardiaco.

A la exploración endovaginal se observan datos compatibles con falla temprana del embarazo.

Conclusiones.

Un diagnóstico falso positivo o erróneo de embarazo no viable en una mujer con saco gestacional intrauterino o descartando gestación viable en una mujer con embarazo de ubicación desconocida puede provocar intervenciones en una paciente que podría haber tenido un resultado normal. Por ello es necesario implementar criterios y protocolos estrictos para el diagnóstico de inviabilidad y con

ello disminuir o evitar falsos positivos. Presentamos a continuación una propuesta de algoritmo a aplicar ante una paciente con la sospecha diagnóstica:



BIBLIOGRAFÍA

1. Manejo de la pérdida gestacional del primer trimestre Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universidad de Barcelona.
2. Preisler, J. *et al.* (2015) 'Defining safe criteria to diagnose miscarriage: Prospective observational multicentre study', *BMJ* [Preprint]. doi:10.1136/bmj.h4579.
3. Doubilet, P.M. *et al.* (2013) 'Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester', *New England Journal of Medicine*, 369(15), pp. 1443–1451. doi:10.1056/nejmra1302417.
4. Po, L. *et al.* (2021) 'Guideline no. 414: Management of pregnancy of unknown location and tubal and Nontubal ectopic pregnancies', *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 43(5). doi:10.1016/j.jogc.2021.01.002.
5. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2019 Feb 1;99(3):166-174. PMID: 30702252.