

HIGROMA QUÍSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. E.A. Brunori.

Dr. G. Caratozzolo.

Dr. M. Martínez.

Dr. N.A. Dinerstein.

División Neonatología. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Resumen

Se presenta un recién nacido con diagnóstico postnatal de higroma quístico, sospechándose el mismo por la presencia de una tumoración de 6 x 8 cm ubicada en la región lateral izquierda del cuello.

Se describen los hallazgos clínicos, ecográficos y los diagnósticos diferenciales con el propósito de analizar el cuadro clínico de esta patología infrecuente.

Se resalta el rol del diagnóstico prenatal y la importancia del asesoramiento genético.

Introducción

El higroma quístico es una malformación congénita, que consiste en uno o más espacios linfáticos llenos de líquido, pudiéndose observar en recién nacidos sanos y con trastornos de tipo genéticos.

Caso clínico

Hijo de madre de 26 años, sin antecedentes familiares ni personales de importancia, fumadora de 7 cigarrillos diarios, con antecedentes obstétricos de G2 Ab₁ P₁, embarazo controlado, sin patología en el mismo, presentando VDRL no reactiva del último trimestre. Recién nacido de cesárea por sufrimiento fetal agudo, presentación pelviana, con ruptura artificial de membrana y líquido amniótico meconical espeso, peso al nacer de 3.930 g, con edad gestacional por método de Capurro de 41 semanas, Apgar de 6/8, necesiéndose máscara y bolseo con oxígeno para su reanimación. Presenta al examen físico una tumoración de 6 x 8 cm en la región lateral izquierda del cuello y además comienza con dificultad respiratoria, por lo que requiere oxígeno por el término de 36 hs, asumiéndose el cuadro como un síndrome de distress respiratorio. Se medica con ampicilina y gentamicina durante 7 días, realizándose hemocultivo por duplicado, los cuales dieron negativos. Tanto el ecocardiograma como la ecografía cerebral son normales. La ecografía de la masa tumoral revela una imagen quística multiloculada ausente de latidos. (Foto)

De destacar es que desde mayo de 1995 se han

diagnosticado cinco casos de higroma quístico en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá", de los cuales sólo uno de ellos se detectó prenatalmente por ecografía, resultando ser un feto muerto.

Comentarios

El higroma quístico es una malformación inespecífica de los canales linfáticos. De *incidencia* variable, se encuentra en un número dispar de *desórdenes genéticos* y no genéticos. Entre los desórdenes genéticos podemos mencionar la trisomía del par 18, 21 y 13, pterygium múltiple letal, monosomía X (síndrome de Turner), síndrome de Noonan, Cowchock, Cuning y Roberts. Respecto a los *desórdenes no genéticos* se encuentran los síndromes de alcoholismo fetal, aminopterina fetal y trimetadiona fetal.

Los quistes pueden exceder los 5 cm de diámetro, comunicados unos con otros o permanecer aislados, tendiendo a ser bilaterales, situados lateralmente a las venas yugulares internas y penetrantes al músculo esternocleidomastoideo, extendiéndose al tejido celular subcutáneo del triángulo posterior de la nuca. Además se pueden encontrar en las regiones axilar, torácica, retroperitoneal e inguinal. Dichas ubicaciones guardan relación con la embriogénesis, ya que en el final de la 9ª semana comienza a desarrollarse el sistema linfático, análogamente al sistema venoso, para luego separarse del mismo y formar 5 sacos linfáticos: uno retroperitoneal simple y 2 pares cerca de la vena yugular y ciática respectivamente. *El higroma quístico resul-*

ta de la obstrucción del drenaje de los sacos linfáticos.

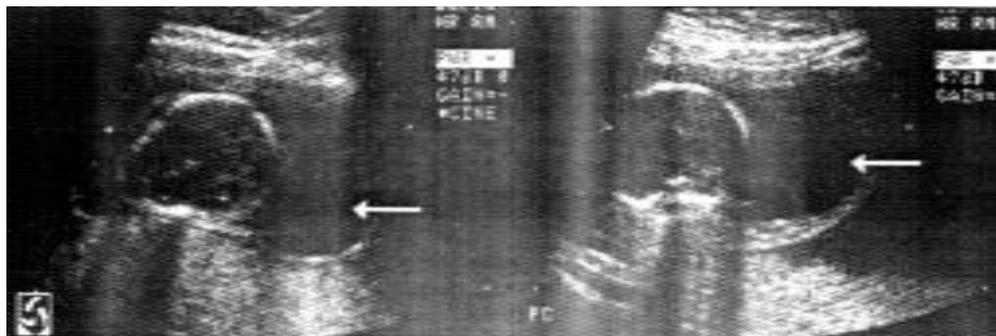
El higroma quístico puede diagnosticarse con seguridad por ecografía en el 2º trimestre del embarazo. Se identifica como una masa surgiendo del cuello posterior o lateral (Foto) y puede diferenciarse de otras causas (encefalocele posterior o meningocele occipital, mielomeningocele, teratoma quístico benigno, quiste subcoriónico placentario, edema de la nuca, hemangioma, teratoma o cordón umbilical) por un cráneo y columna íntegra, falta de componente sólido, posición constante respecto a la cabeza fetal y presencia de cavidad y septum dentro de la masa.

bros), síndrome de Cowchock (paladar hueco, asplenia) o síndrome de Cumming (quistes renales, poli-plesnia).

El higroma quístico también se asoció con linfadenoma (69%), hidrops (46%), oligoamnios (68%) y otras anomalías como retardo de crecimiento intrauterino, cardíacas, polihidramnios, etc. En todos los casos hay disminución o ausencia de movimientos fetales.

No hay tratamiento fetal para el higroma quístico, y el mejor método de investigación citogénica es la biopsia del vello coriónico, y estaría indicado, si es permitido, la interrupción del embarazo en los ca-

Foto: La ecografía muestra una gran masa quística (flechas) posterior al cuello fetal. La masa es anecoica y contiene un tabique (flecha).



Esta patología puede ser un marcador de *mal pronóstico* cuando se diagnostica en el 2º trimestre de embarazo. El higroma simple en el 1º trimestre aparenta tener mejor pronóstico; los fetos con *higroma del primer trimestre* tienen alto riesgo de aneuploidía cromosómica y se les debería ofrecer estudio prenatal citogenético. Aquellos que presentan cariotipo normal y no van al hidrops es esperable que resuelvan su higroma sin secuelas.

Cuando un higroma quístico es detectado por *ecografía fetal*, está indicado un estudio ecográfico cuidadoso para anomalías asociadas; así, deberían pensarse en características sugestivas de síndrome de Turner (síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, coartación de aorta, riñón en herradura), síndrome de Down (atresia duodenal, canal AV), síndrome de Roberts (defecto de reducción de miem-

pos de síndrome con desarrollo letal conocido. La presencia del higroma quístico, aún sin complicaciones severas, implica una supervisión ecográfica cuidadosa y de pronóstico reservado. Una supervisión multidisciplinaria integrada por obstetras, radiólogos, neonatólogos, genetistas, cirujanos y asistentes sociales, está indicado cuando la historia natural es incierta.

El *tratamiento en el período posnatal* es quirúrgico, y está indicado entre los 4 a 12 meses de vida; la compresión de las vías aéreas o las infecciones recurrentes pueden obligar a realizar la intervención en una edad más temprana. No es necesario sacrificar nervios o estructuras vasculares para lograr la escisión total de esta lesión benigna y son preferibles las intervenciones repetidas múltiples del higroma residual.

Actualmente, Ogita y col. (1996) han reportado el uso de OK 432 para el tratamiento del higroma quístico. El OK 432 es una mezcla incubada liofilizada de streptococo pyogenes del grupo A de origen humano, que produce un aumento en el número de neutrófilos, macrófagos y leucocitos en el fluido del higroma quístico, además aumenta el número de células "killer" y linfocitos T con mayor concentración de factor de necrosis tumoral y de interleukina 6. Todos estos fenómenos aumentarían la permeabilidad del endotelio, y así el drenaje acelerado del contenido, llevando a la contracción de los espacios quísticos.

Por último, debemos destacar la importancia del *consejo genético* en embarazos futuros.

Agradecimientos

A Mariela Gironacci por la búsqueda bibliográfica por Internet.

Bibliografía

- Ogita S et al. OK-432 Therapy for lymphangioma in children: why and how does it work? *J Pediatr Surg* 1996; 31: 477-480.
- Edwards MJ, Graham JM. Posterior nuchal cystic hygroma. *Clinics in Perinatology* 1990; 17: 611-635.
- Kalousek DK, Seller MJ. Differential diagnosis of posterior cervical hygroma in preivable fetuses. *Am J Med Genet Suppl* 1987; 3: 83-92.
- Feldman DS, Nevelon-Chevalier A, Degrolard M, Harran MH, Jahier J. Retrocervical cystic hygroma: diagnosis, prognosis and management. A series of 13 cases. *J Gynecol Obst Biol Reprod* 1991; 20: 183-90.
- Van Zalen RM, Van Vugt JM, Van Geijn HP. First trimester diagnosis of cystic hugroma-course and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 94-8.
- Johnson MP, Johnson A, Holzgreve W, Isada NB, Wapner RJ, Treadwell MC, Heeger S, Evans MI. First trimester simple hygroma: cause and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 156-61.
- Neonatología de Avery, 3ª edición, 1993, editorial Panamericana.