

Cantalejo Barrutieta U.; Navarro Guillén A.; Pérez Fernández I.; Arjona García A.; Gastaca Abasolo I.

OBJETIVOS

Conocer la evolución y manejo terapéutico de la infección fetal por Parvovirus B19 a través de un caso clínico, y exponer los resultados obstétricos tras la terapia fetal intraútero.

INTRODUCCIÓN

El Parvovirus B19 puede ser causa de resultados obstétricos graves. En infecciones maternas <20s existe riesgo de afectación fetal de hasta el 20%, siendo mucho menor posteriormente.

Puede producir:

- Anemia aplásica severa por supresión directa de precursores eritroides en estadios iniciales de la hematopoyesis, plaquetopenia, miocarditis, miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca congestiva.
- Hidrops fetal: secundario a la anemia.
- Muerte intrauterina.

Diagnóstico: serología materna en contexto de clínica materna o marcadores ecográficos compatibles con infección por PVB19, contacto de riesgo o PN engrosado persistente.

Lo más importante es el Dx precoz de anemia fetal mediante Doppler de la VS-ACM. Otros signos incluyen hiperecogenicidad intestinal, cardiomegalia, alteración de LA, placentomegalia.

Terapia fetal: ante VS-ACM >1.5 MoM o signos de hidrops fetal, se debe realizar una cordocentesis en gestaciones >18-20s para valorar el grado de anemia y realizar transfusión intraútero si Hto <30% (<-2SD).

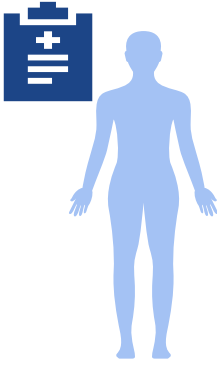
MATERIAL Y MÉTODO

Exposición de caso clínico y revisión de la bibliografía disponible.

DISCUSIÓN

Los fetos afectados por PVB19 presentan mayor riesgo de retraso del desarrollo neurológico, causado por la encefalopatía isquémica hipóxica secundaria a anemia fetal severa. Por tanto, durante el seguimiento se recomienda realizar una neurosonografía en la semana 28 y RMN en semana 32.

EXPOSICIÓN DE CASO CLÍNICO

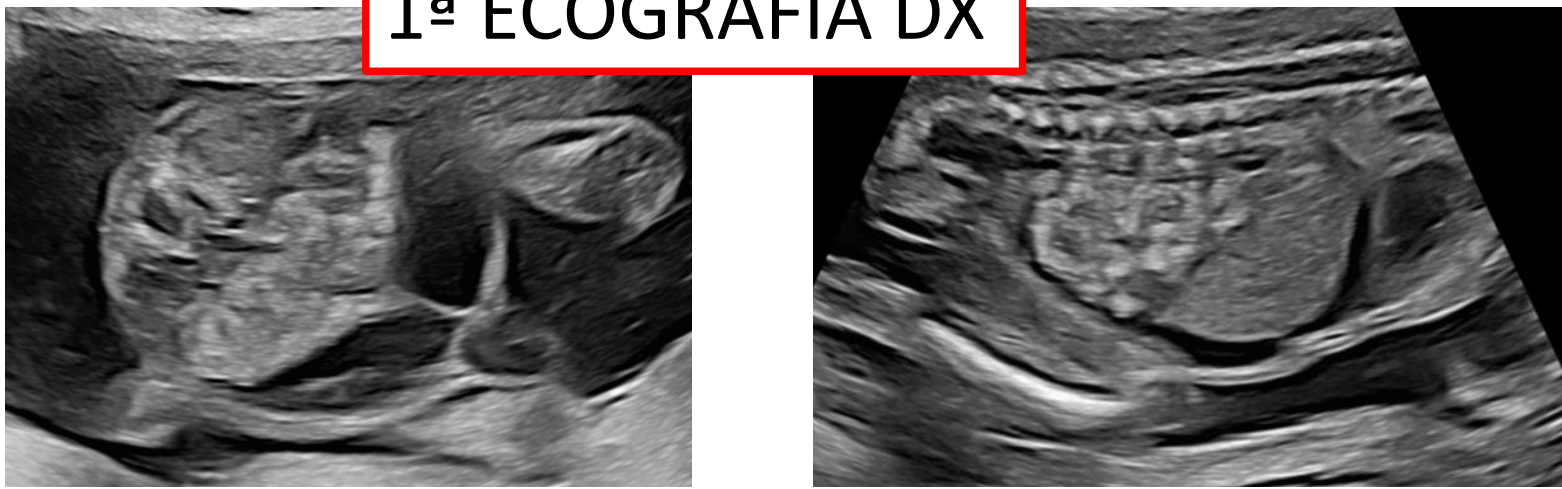


31 años, AMQ sin interés
G1
ECO 1T: Cribado aneuploidias bajo riesgo <1/10.000
AS 1T: IgM e IgG PVB19 (-)



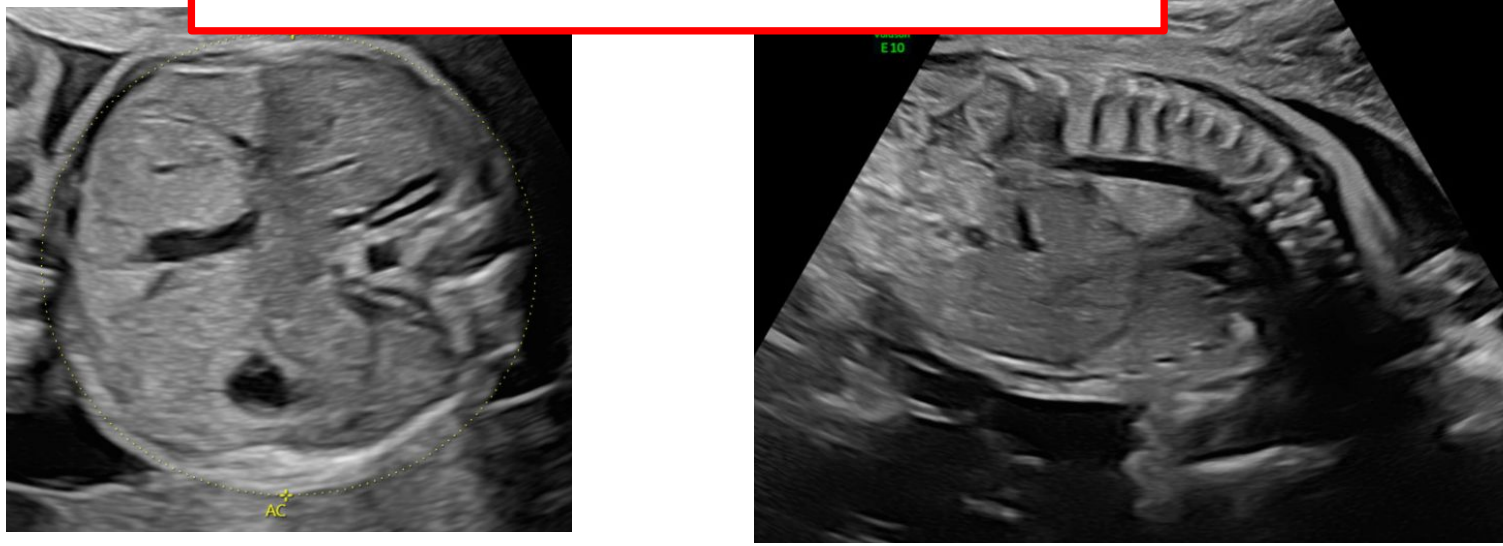
ECO 2T (20+4 SG):
Intestino delgado hiperecogénico. Ascitis moderada que llega a borde perihepático. Anemia fetal severa (ACM 2.17 MoM) → Exploración ecográfica compatible con infección fetal congénita

1ª ECOGRAFÍA DX



- Solicitud serologías TORCH y PVB19: se observa PVB19 IgM+/IgG+, compatible con seroconversión → Se remite a hospital de referencia para terapia fetal.
- 20+6s en hospital de referencia:
 - Amniocentesis transamniótica: extracción 20 ml de LA claro para estudio genético + microbiológico
 - Entrada en segmento intrahepático de vena umbilical fetal. Transfusión 20 ml de sangre concentrada. Hb pre 1 g/dl, Hb post 16 g/dl.
- Controles posteriores:
 - 21+4s: ascitis estable que llega a borde perihepático. VPS-ACM 38-39. PCR de LA Parvovirus B19 (+).
 - 22+2s: ascitis en resolución, VPS-ACM max 32. LA normal → Infección y anemia en resolución.
 - 23+2s: no signos de anemia fetal (no ascitis/derrame, VPS-ACM <1.5 MoM).
 - 25+4s: no ascitis, VPS-ACM 1.2 Mom, no anemia.

CONTROLES POSTERIORES



CONCLUSIONES

Tasas de resolución de la infección fetal por PVB19 tras la transfusión intrauterina de hasta el 100% han sido descritas en fetos no hidróticos, y de en torno al 50% en aquellos que presentan hidrops. Nuestra paciente ha presentado una resolución completa de la anemia y de los signos secundarios a ella.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Goncé, M. López, L. Guirado, L Salazar. PROTOCOLO: INFECCIONES TORCH Y GESTACIÓN, Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Actualizado 15/10/2023.
- F Bascietto, M Liberati, D Murgano, et al. Outcome of fetuses with congenital parvovirus B19 infection: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018 Nov; 52(5):569-576.
- Xiong YQ, Tan J, Liu YM, et al. The risk of maternal parvovirus B19 infection during pregnancy on fetal loss and fetal hydrops: A systematic review and meta-analysis. J Clin Virol. 2019 May; 114:12-20.