



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

CUARTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Ultrasonido durante el embarazo".

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Imagenología

UNIDAD IV

CATEDRÁTICO: Dr. Samuel Esaú Fonseca Fierro
TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 30 DE JUNIO DEL 2021

ULTRASONIDO DURANTE EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

El ultrasonido durante el embarazo es una de las herramientas fundamentales en el manejo de toda paciente obstétrica. También es importante recalcar que es el mejor ejemplo de tamizaje en Obstetricia por medio del cálculo de riesgo de anomalías cromosómicas y, sumado a ciertas características obstétricas y clínicas, se constituye en un potencial predictor de riesgo de las principales complicaciones obstétricas. Como médicos somos responsables del cuidado de la salud materno-fetal, incluyendo los padres.

DESARROLLO

El ultrasonido o ecografía comenzó a ser utilizada hace más de 35 años con la intención de medir la longitud cráneo-caudal (LCN) del feto y estimar la edad gestacional. Actualmente no solo se mide LCN sino también se evalúa una serie de detalles ecográficos, con los siguientes objetivos principales:

Confirmación del embarazo intrauterino: La incidencia de embarazo ectópico se ha incrementado progresivamente, mientras la morbilidad y mortalidad asociada ha disminuido sustancialmente. Esto es debido principalmente al diagnóstico temprano y la evidencia a favor de manejos mínimamente invasivos (i.e. laparoscopia) o no invasivos (i.e. manejo expectante, manejo médico). La ecografía entre las 11+0 y 13+6 semanas nos permite confirmar la presencia del embarazo intrauterino o determinar su localización en caso de tratarse de un embarazo ectópico. Si bien la ecografía transvaginal convencional puede detectar confiablemente un embarazo viable intrauterino a las 6 y 7 semana. Dado que la forma común de presentación de un embarazo ectópico es sangrado vaginal o dolor abdominal, la ecografía temprana solo debe ser realizada ante este escenario clínico o tras la identificación de otros factores de riesgo.

Confirmar la viabilidad fetal: La mayoría de anomalías cromosómicas severas no evolucionarán y se harán clínicamente evidentes bajo la forma de

abortos espontáneos, los cuales pueden ser manejados de la forma estándar.

Determinar el número de fetos y corionicidad: El embarazo múltiple es cada vez más frecuente, debido a que nuestra población de mujeres tiende a postergar su embarazo y a que las técnicas de reproducción son cada vez más accesibles a la población. La determinación de la corionicidad entre las 11 y 13 semanas es sencilla y confiable, alcanzando una sensibilidad y especificidad de casi 100%. Sin embargo, el diagnóstico en el segundo y tercer trimestre es inexacto, por lo que no se debe dejar pasar la oportunidad de evaluar la corionicidad y etiquetar el embarazo de aquí en adelante.

Determinar la edad gestacional: La determinación de la edad gestacional clásicamente fue basada en el número de semanas de amenorrea, la cual fija como criterios absolutos ciclos regulares de 28 días, no dudas en la fecha exacta y no uso de anticonceptivos por lo menos tres meses previos. La determinación actual de la edad gestacional debe hacerse en base a la ecografía del primer trimestre o ser confirmada con esta última. El momento más exacto y confiable para determinar la edad gestacional es entre las 8 y 12 semanas. La evaluación ecográfica del primer trimestre incluye la medida de LCN, que es el método más exacto para la estimación de la edad gestacional.

Evaluación de marcadores de anormalidades cromosómicas: En 1866, Langdon Down describió ciertas características fenotípicas comunes en pacientes con trisomía 21 (síndrome de Down): piel redundante, nariz pequeña y cara plana. Son estas características las que pueden ser visualizadas en la ecografía del primer trimestre por medio de la translucencia nucal (TN), la hipoplasia del hueso nasal y el ángulo máxilo-facial, respectivamente.

Valoración de la anatomía fetal: La anatomía fetal clásicamente se revisa entre las 18 y 23 semanas. Este es el mejor momento para valorar la anatomía fetal y descartar la mayoría de patologías severas y el segundo momento para buscar marcadores de cromosomopatías, así como discutir la opción de una prueba invasiva. La evaluación de la morfología fetal puede hacerse más temprano, a las

16 o 18 semanas en casos indicados. Actualmente, la anatomía fetal puede ser evaluada en el primer trimestre, con tasas de detección hasta del 100% para los casos de acrania, holoprosencefalia alobar, onfalocele, gastrosquisis, entre otros, 30% para el caso de anormalidades cardíacas mayores y 5% para defectos faciales. El principal marcador en el primer trimestre es la translucencia nucal, y debe orientar a la búsqueda de patología estructural principalmente cardíaca, después de haberse descartado cromosomopatía. Otros marcadores actuales son la evaluación del tronco cerebral o translucencia intracraneal para tamizar defectos del tubo neural, y la evaluación del triángulo retronasal para tamizar defectos de paladar.

Valoración doppler de las arterias uterinas para determinar riesgo de preeclampsia: La preeclampsia afecta a las gestantes y es causa principal de morbimortalidad materna y perinatal. Su etiología es aún desconocida, pero está claro que el deterioro en la placentación es el evento fisiopatológico clave en la preeclampsia, por lo que la valoración de la función placentaria en el primer trimestre por medio de la flujometría Doppler de las arterias uterinas y/o biomarcadores en plasma materno producidos por la placenta constituye herramienta importante de predicción.

Medición de la longitud cervical como potencial predictor de parto pretérmino: El parto pretérmino es considerado el nacimiento antes de las 37 semanas, el gran problema perinatal está concentrado en infantes nacidos antes de las 34 semanas. En la actualidad, el único método que ha demostrado ser efectivo en el tamizaje de parto pretérmino antes de las 34 semanas es la medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal, entre las 20 a 24 semanas, y que combinado con ciertas características clínicas obstétricas puede detectar hasta 50% de estos casos. Por otro lado, dado que el cérvix en el segundo trimestre debería tener la misma longitud que en el primer trimestre, la evidencia preliminar señala que la medición del cérvix en el primer trimestre puede ser un importante predictor de parto pretérmino espontáneo antes de las 34 semanas.

CONCLUSIÓN

El ultrasonido tiene una gran importancia en el primer trimestre, la evaluación de la paciente embarazada no se limita a una valoración ecográfica, sino más bien es una evaluación que integra clínica, ecografía y bioquímica, con la finalidad de señalar el camino que lleva del embarazo, determinando el número de visitas futuras y evaluaciones posteriores, anticipándonos a posibles complicaciones, que en un futuro próximo deben de tener prevención. Esta primera visita debiera llamarse valoración obstétrica del primer trimestre a ser llevada a cabo entre las 11+0 y las 13+6 semanas. Sabemos que todo embarazo está expuesto a sufrir complicaciones.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Beta J, Akolekar R, Ventura W, Syngelaki A, Nicolaides KH. . (Diciembre 2018). "Prediction of spontaneous preterm delivery from maternal factors, obstetric history and placental perfusion and function". "Prenat Diagn", Vol.31, Pp. 75-83.