

# Feto Papiraceo: Presentación de un caso

## *Fetus Papyraceous; Case review*

Juan Lorenzana-Cruz\*

**RESUMEN.** El embarazo gemelar con un feto papiráceo es una entidad rara. Ocurre generalmente durante el segundo trimestre, y dependiendo de la corionicidad de ambos gemelos, así se afectará al feto vivo. Aquí se presenta el caso de una mujer grávida múltipara con embarazo de término y con pocos controles prenatales. La paciente se presentó en trabajo de parto y con ruptura prematura de membranas. Se le realizó cesárea por desproporción cefalopélvica y posible distocia de partes blandas, obteniéndose dos productos, uno vivo sin alteraciones y otro muerto o papiráceo de más o menos 18 semanas de gestación.

**Palabras Clave:** Embarazo múltiple, feto, gemelos, muerte fetal.

**ABSTRACT.** Twin pregnancy with a papyraceous fetus is a rare entity. It mostly appears during the second trimester, and depending on the corionicity of both twins, will affect the living one. In this case, a grand multiparous woman with a term pregnancy and few prenatal controls, presented in labor and with premature rupture of membrans. A cesarean section was performed because of cephalopelvic disproportion and distoccy, obtaining two products, one alive without problems and the other dead (papyraceus) of about 18 weeks of gestation.

**Key Words:** Fetus, fetal death, multiple pregnancy, twins.

## INTRODUCCIÓN

Se presenta el historial clínico, abordaje terapéutico, hallazgos quirúrgicos y evolución de un caso raro de embarazo gemelar en el cual uno de los productos era un feto papiraceo. Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre el caso en particular.

### Caso Clínico

Se trata de paciente de 43 años, procedente del Distrito Central, alfabeta, y unión libre. Ingresó el 17-5-1999 a las 14:30hrs a la Sala de Emergencia de Obstetricia del Hospital Escuela y posteriormente a la Sala de Labor y Partos. Sus antecedentes gineco-obstétricos de importancia incluyen: 11 gestas, 10 partos, 5 hijos vivos, 5 hijos muertos, fecha de última regla (FUR): 5-8-1998, fecha probable de parto: 12-5-1999, 405/7 Semanas gestacionales. No se realizó ultrasonido (USG). Tipo sanguíneo A positivo, prueba de embarazo: positiva en Octubre 1998, 4 controles prenatales en Centro de Salud.

La paciente ingresó con historia de presentar salida de líquido amniótico de 35 horas de evolución, líquido claro según la paciente y negando contracciones uterinas. Negó otra sintomatología y sin antecedentes patológicos. Al examen físico los signos vitales fueron tensión arterial 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca y pulso: 72 por minuto, temperatura 37°C, frecuencia respiratoria de 18 por minuto. En abdomen se encontró altura de fondo uterino de 33 cms, se detectó actividad uterina, irregular, dos contracciones en 10 minutos, de intensidad (+ +), movimientos fetales (MF) (+), producto único, vivo, cefálico por Maniobras de Leopold, frecuencia cardíaca fetal=140 por

\* Gineco Obstetra. Departamento de Ginecostericia del Instituto Hondureño de Seguridad Social.  
Dirigir correspondencia a: jrloren@vivategus.com



**Figura 1.** Imagen del recién nacido con su gemelo papiráceo momentos después de la cesárea.



**Figura 2.** Se puede observar la anatomía del feto.



**Figura 3.** La placenta del feto papiráceo dicigoto.

minuto, la especuloscopia no evidenció líquido amniótico. Al tacto: dilatación: 2-3 cms, borramiento: 80% altura de presentación: -3, variedad de posición: cefálico. Se palpó masa que se antepone al cráneo semiblando, membranas rotas. Los diagnósticos de ingreso fueron: 1. Embarazo de 40.5 semanas (FUR) en trabajo de parto espontáneo, 2. Sospecha de Ruptura Premaura de Membranas de 35 horas de evolución sin signos de infección y 3. Masa en cráneo fetal de etiología indeterminada.

Con los diagnósticos anotados se deja en evolución espontánea, antibioticoterapia y vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y por signos de infección. Se tomaron radiografías de contenido uterino que informaron un área radiopaca a nivel parietal fetal, producto único, cefálico, dorso izquierdo. Durante el resto del día y la noche la paciente se dejó siempre en evolución espontánea, con plan de realizar USG por la mañana. A las 09:30hrs del 6-5-1999, ya con 53 horas de ruptura de membranas, se realizó ultrasonografía que informó: embarazo de 38 semanas de gestación por biometría y oligohidramnios, no se detectó ninguna anomalía en el cráneo fetal ni en columna. Posteriormente se valoró la dilatación y descenso, presentando 9 cms de dilatación con 80% de borramiento y altura de presentación del cual no progresó en una hora, por lo que se decidió realizar cesárea por desproporción cefalopélvica y posible distocia de partes blandas.

En los hallazgos quirúrgicos se encontró dos productos (Fig. No. 1). El primer gemelo vivo, cefálico, sexo masculino, APGAR de 7-8 al 1er y 5to minuto, peso de 3,400grs; el segundo gemelo se describió como un feto papiráceo (Fig. No. 2). El informe histopatológico la describe como un feto papiráceo de aproximadamente 18 semanas. El embarazo gemelar fue catalogado como biamniótico-bicoriónico, ya que presentaban dos bolsas amnióticas y dos placentas separadas (Fig. No. 3). Ambos, la madre y el recién nacido, tuvieron una evolución satisfactoria y fueron dados de alta a los 3 días post-cesárea.

## DISCUSIÓN

El feto papiráceo se define como feto momificado que ocurre en asociación con feto viable, es llamado también

"fetus compressus", "fetus evanescente", "fetus mace-radus".<sup>1</sup>

El embarazo gemelar con feto papiráceo es una entidad muy rara en obstetricia, su frecuencia oscila alrededor de 1/12,000 nacimientos y como complicación del embarazo se presenta en 1/2,500 partos. Por lo general es difícil detectarlo, pero es más posible cuando se realiza un ultrasonido temprano a las 8 semanas, pero una vez que el embarazo es avanzado es difícil visualizar el feto papiráceo por la posición y las dificultades técnicas.<sup>2,3</sup>

En cuanto a la etiología, es probable que se deba en la mayoría de los embarazos monocigotos por accidentes vasculares, aunque en los embarazos dicigotos puede deberse a inserción velamentosa del cordón umbilical o cualquier malformación congénita que le provoque la muerte temprana.<sup>4</sup>

Si la muerte de un feto ocurre en el primer trimestre se produce absorción de este, no detectable macroscópicamente. Si ocurre en el segundo trimestre hay una desecación de los tejidos y por la presencia de hueso y cartilago se produce el feto momificado ó papiráceo. En el tercer trimestre generalmente se conoce como fetos discordantes.<sup>1,5</sup>

En el cuadro clínico la paciente puede tener como único signo sangrado transvaginal indoloro que puede aparecer entre las 5 y 14 semanas de gestación. El ultrasonido puede detectar esta entidad cuando se ha realizado tempranamente encontrando dos sacos gestacionales e inclusive dos embriones vivos y que posteriormente sólo se observe un feto. También se puede confirmar el diagnóstico por histopatología, ya sea encontrando un feto papiráceo evidente, hasta algunos cambios en la placenta como ser: remanente embrionario, pigmento nodular, pequeños cambios degenerativos en la placenta.<sup>6,7</sup> Se han descrito también casos donde se descubre un feto papiráceo cuando este provoca distocia del parto.<sup>3</sup>

Las complicaciones que pueden ocurrir en la madre incluyen coagulación intravascular diseminada, hipertensión inducida por el embarazo y distocia; en el recién nacido vivo puede presentarse secuelas por alteraciones vasculares cuando ambos fetos comparten vascularidad placentaria como ser aplasia cutánea congénita, disgenesia renal, atresia intestinal, y también accidentes vasculares como ser tromboembolias y CID.<sup>2,3,8-10</sup>

El pronóstico es mejor para la madre y el recién nacido cuando el feto papiráceo aparece en un embarazo dicigoto.<sup>11</sup>

#### REFERENCIAS

1. Csecsei K, Toth Z, Szeifert GT, Papp Z. Pathological consequences of the vanishing twin. *Acta Chir Hung* 1988; 29(2):173-82.
2. Jauniaux E, Elkhazen N, Vanrysselberge M, Leroy F. Anatomico-clinical aspects of papyraceus fetus syndrome. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988; 17(5):653-9.
3. Lau WC, Rogers MS. Fetus papyraceus: an unusual cause of obstructed labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999 Sep;86(1):109-11.
4. Saier F, Burden L, Cavanagh D. Fetus papyraceus: an unusual case with congenital anomaly of the surviving fetus. *Obstet Gynecol* 1975; 45(2):217-20.
5. Yoshida K, Soma H. Outcome of the surviving cotwin of a fetus papyraceus or of a dead fetus. *Acta Genet Med Gemello* 1986;35(1-2):91-8.
6. Jauniaux E, Elkhazen N, Leroy F, Wilkin P, Rodesch F, Hustin J. Clinical and morphologic aspects of the vanishing twin phenomenon. *Obstet Gynecol* 1988 Oct; 72(4): 577-81.
7. Huter O, Brezinka C, Busch G, Pfaller C. The "vanishing twin". *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1990 Dec;50(12):989-92
8. Classen DA. Aplasia cutis congenita associated with fetus papyraceus. *Cutis* 1999;64(2):104-6.
9. Wagner DS, Klein RL, Robinson HB, Novak RW. Placental emboli from a fetus papyraceus. *J Pediatr Surg* 1990 May;25(5):538-42.
10. Livnat EJ, Burd L, Cadkin A, Keh P, Ward AB. Fetus papyraceus in twin pregnancy. *Obstet Gynecol* 1978 Jan; 51(1 Suppl):41s-45s.
11. Jackson J, Benirschke K. The recognition and significance of the vanishing twin. *Am Board Fam Pract* 1989 Jan-Mar;2(1):