

Pérez Rocamora, F; Delgado González, JL; Montoya Martínez, C; Gómez Melero, R; Marín Pérez, A; Pina Montoya, MA; Mas Ruiz, SP; Albarracín Navarro, JL.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca.

INTRODUCCIÓN: La espina bífida es una malformación congénita no letal que corresponde a la alteración más común secundaria a defectos de cierre del tubo neural. Se define como una protrusión de la médula espinal y/o meninges a través de un defecto de los arcos vertebrales. Los niños nacidos con este defecto tienen secuelas que incluyen diversos grados de parálisis motora y sensorial, alteraciones musculoesqueléticas y de funcionamiento vesical e intestinal, según el nivel del defecto. Distinguimos entre espina bífida cerrada u oculta (15%), en la que no se observan anomalías evidentes, y espina bífida abierta o quística (85%) en la que se aprecia protrusión de las meninges (meningocele), de la médula espinal (mielomeningocele) o de ambas.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de una gestante de 20 semanas que acude a consulta de 2º trimestre para control ecográfico. Como antecedentes presenta una gestación de curso normal, con screening de aneuploidias combinado de 1º trimestre de bajo riesgo.

Se realiza ecografía morfológica donde se aprecia raquisquisis a nivel sacro de 13x5mm, sugestivo de espina bífida. Además, se objetiva anomalía cerebral secundaria con malformación de Arnold-Chiari II (cerebelo en banana, con obliteración de cisterna magna y ventriculomegalia bilateral).

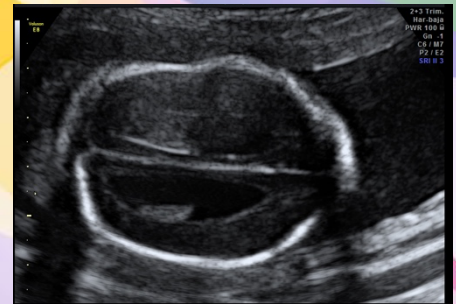
Ante tales hallazgos se ofrece a la familia la posibilidad de realizar una amniocentesis. Tras asesorar a los padres sobre la importancia de los hallazgos ecográficos y de las opciones terapéuticas, la familia decide realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dado el pronóstico neurológico esperable en el futuro neonato.



Ausencia de apófisis espinosas con separación de los procesos transversos.



Signo de la banana: ocupación de la fosa posterior por el cerebelo herniado a través del foramen magno.



Ventriculomegalia bilateral

CONCLUSIONES:

- La espina bífida presenta una incidencia en España de 8 por cada 10.000 nacidos vivos. Es más frecuente en la región lumbar o sacra, y suele abarcar de 3 a 6 segmentos vertebrales.
- El mielomeningocele es un defecto más frecuente y grave que la espina bífida con meningocele y, en más del 90% de los casos, cursa con hidrocefalia debido a la coexistencia de una malformación de Arnold-Chiari.
- El diagnóstico prenatal se basa en el estudio del nivel de alfafetoproteína en sangre materna (se suele elevar entre un 75-80% si el feto presenta espina bífida) y la realización de un estudio ecográfico valorando la presencia de **signos directos** (visualización del defecto óseo del arco vertebral posterior) y **signos indirectos** (signos de la banana y del limón, disminución de la translucencia intracraneal en el 1º trimestre). En general no suele ser necesaria la realización de un estudio del cariotipo fetal, salvo en los casos que presenten anomalías asociadas.
- El tratamiento intrauterino todavía ofrece resultados controvertidos. En la actualidad se está implantando progresivamente el cierre fetoscópico acompañado de una mejoría en los resultados obstétricos. En cuanto al manejo postnatal, se debe realizar una reparación quirúrgica del defecto con el objetivo de prevenir la infección secundaria del tejido nervioso y protegerlo de cualquier trauma que pueda sufrir la médula expuesta. Además, puede ser necesaria la colocación de derivaciones ventriculoperitoneales cuando existe ventriculomegalia asociada.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Moore, KL. Sistema nervioso. Embriología clínica. 11ª ed. Elsevier; 2021. Páginas 367-369.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Exploración ecográfica del primer trimestre. Prog Obstet Ginecol. 2016; 59: 187-195.
3. Gordon-Lipkin E. Lipkin P. Espina Bífida. American Academy of Pediatrics Section on Neurology. 2020.