

PROTOCOLO:
POLIHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA

Àrea de Medicina Fetal, Servei de Medicina Materno-fetal.
Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

La medida de la cantidad del líquido amniótico (LA) se puede realizar utilizando diferentes técnicas, las dos más utilizadas son la máxima columna vertical (MCV) y el índice de líquido amniótico (ILA).

Máxima columna vertical: Se realiza midiendo la máxima columna vertical de líquido libre de partes fetales y de cordón de manera vertical. Se considera normal de 2 a 8 cm.

ILA: Es el valor obtenido a partir de la suma de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes que se delimitan por la intersección de dos líneas perpendiculares en el abdomen materno: la línea media longitudinal con la línea transversal media entre la sínfisis púbica y el fondo uterino. El transductor se coloca en posición sagital y lo más perpendicular posible al suelo. Se considera normal valores de ILA entre 5 y 25 cm. Es factible realizarlo a partir de las 24 semanas.

Existe controversia sobre cual es el mejor método para valorar la cantidad de LA. La MCV detecta mejor la normalidad, mientras que la utilización del ILA diagnostica con mayor frecuencia oligohidramnios y polihidramnios. No obstante, no se ha demostrado que una mayor detección se correlacione con mejores resultados perinatales. Por lo tanto, como método de screening se utilizará la MCV de LA. En aquellos casos en que se detecte una $MCV \geq 8$ cm se medirá el ILA para confirmar el polihidramnios y valorar su severidad.

El polihidramnios, definido como una acumulación excesiva de líquido amniótico, afecta del 1 al 2% de todas las gestaciones.

2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de polihidramnios se hará cuando se detecte una MCV de LA ≥ 8 cm y un ILA ≥ 25 cm.

Se definen 3 niveles de severidad:

ILA 25-29: polihidramnios leve

ILA 30-34: polihidramnios moderado

ILA \geq 35: polihidramnios severo

3. ETIOLOGÍA

El polihidramnios se produce por un desequilibrio entre las entradas y las salidas de líquido amniótico a favor de las entradas. Un 50-60% de los polihidramnios son idiopáticos.

Podemos definir tres grupos en las causas de polihidramnios:

Causas fetales: Un 30% están asociados a una anomalía fetal. Hay descritas múltiples patologías fetales en relación al polihidramnios, siendo las alteraciones gastrointestinales las malformaciones más frecuentes (tabla 1). El riesgo de presentar una anomalía fetal aumenta de forma significativa a medida que aumenta la cantidad de LA, estando presente hasta en el 80% de los casos de polihidramnios severos.

Causas maternas: Algunas patologías maternas se han descrito como posibles causas del polihidramnios como el mal control metabólico en la diabetes (principalmente tipo 1), responsable de hasta un 25% de los polihidramnios o la isoimmunización Rh.

Causas placentarias: Algunas anomalías placentarias se acompañan de aumento en la cantidad de líquido amniótico (p ej. Corioangioma).

4. PROTOCOLO DE ESTUDIO

1. *Descartar diabetes:* Solicitar TTOG.
2. *Descartar isoimmunización:* Solicitar Coombs y anticuerpos irregulares. Para valorar la anemia se utilizará inicialmente la medida del PSV en la ACM.
3. *Descartar patología infecciosa:* Solicitar serologías IgG e IgM de Parvovirus B₁₉. Solicitaremos IgG de Toxoplasma sólo si la paciente no es inmune y no se ha realizado la determinación en las últimas 6 semanas. Solicitaremos serología de Lúes (ELISA IgG Treponémica) en gestantes que no dispongan de determinación durante la gestación o que se consideren de riesgo. No se solicitarán otras serologías en ausencia de marcadores ecográficos (ver protocolo específico).
4. *Descartar patología malformativa:* Realizar ecografía anatómica detallada. En la ecografía se valorará además la actitud fetal y la presencia de movimientos.
5. *Valorar cariotipo:* El riesgo de aneuploidía dependerá de las anomalías asociadas. En polihidramnios aparentemente idiopáticos el riesgo es de aneuploidía es de un

0.2-1%, siendo mayor en los casos más severos sin macrosomía. La realización de un procedimiento invasivo se consensuará con los padres. Se indicará estudio de QF-PCR ante un polihidramnios severo ($ILA \geq 35$) y en aquellos casos en los que se haga un amniodrenaje.

5. SEGUIMIENTO

El control del polihidramnios se realizará en función de la severidad.

ILA 18-24 (límite alto de la NORMALIDAD)

Descartar anomalía estructural

Control en dos semanas para evaluar evolución. Si estable, control obstétrico habitual

ILA 25-29

Realizar el estudio descrito previamente

Evaluación de longitud cervical

Control en una semana para valoración de los resultados del estudio y evolución del polihidramnios. Si estable, control cada 2 semanas

ILA ≥ 30

Realizar estudio descrito previamente

Evaluación de longitud cervical

Valorar amniodrenaje

Valorar QF-PCR

Control semanal

6. TRATAMIENTO

El tratamiento del polihidramnios puede ser etiológico o sintomático:

Etiológico: Cuando se identifica una causa potencialmente tratable intraútero.

Sintomático: Cuando no exista una causa definida de polihidramnios o ésta no es tratable intraútero, se valorará realizar tratamiento sintomático con la intención de disminuir la cantidad de líquido amniótico.

- **Amniodrenaje**

El amniodrenaje es un tratamiento sintomático para disminuir la sintomatología materna y la amenaza de parto prematuro, por ese motivo no se realizarán amniodrenajes más allá de la semana 35. Las recomendaciones sobre cuando realizar amniodrenaje son:

- ✓ Polihidramnios moderado/severo ($ILA \geq 30$) y longitud cervical inferior a 15 mm ó dinámica uterina materna clínica.

- ✓ Discomfort materno importante (sensación de disnea o DU clínica) independientemente de la severidad del polihidramnios.

Técnica de amniodrenaje

- * Ingreso de la paciente y colocación de vía periférica. Verificación del estado serológico materno.
- * En caso de que la paciente presente dinámica uterina clínica antes, durante o tras el procedimiento se realizará tratamiento tocolítico con nifedipino a dosis habituales durante 24 horas.
- * Maduración pulmonar fetal según protocolo específico.
- * Administración de antibiótico profiláctico de forma sistemática: Cefoxitina 2g ev 1-2 horas antes (si alergia a betalactámicos: Eritromicina 500 mg o Vancomicina 1 g ev).
- * Paciente en decúbito semilateral (para evitar hipotensión materna) y siempre bajo visión directa por ecografía durante todo el proceso.
- * Localizar la máxima columna de líquido amniótico, evitando la zona fúndica por el riesgo de dislocación al descender el útero.
- * Aseptización estricta de la zona y colocación de tallas estériles delimitando la zona donde se realizará la punción.
- * Aguja de calibre 18 G y aspiración (con sistema de vacío) a la máxima velocidad que permita el calibre de la aguja.
- * Extracción de líquido hasta conseguir un ILA inferior a 20 (o tender a la normalidad).
- * Si edad gestacional viable realizar control NST 1 hora post-procedimiento.

Estudio líquido amniótico

Cuando se realice amniodrenaje se remitirá líquido amniótico para:

- QF-PCR
- Estudio de infecciones si IgG materna positiva (PCR de Toxoplasmosis y PV B19)
- Estudio del Cloro para descartar tubulopatía (Síndrome de Bartter). Si éste se encuentra aumentado, se solicitará Aldosterona, Na y K.
- Se cursará estudio de distrofia miotónica (enfermedad de Steinert) si la actitud fetal y la valoración de los progenitores por un genetista clínico lo sugiere

Se guardará líquido amniótico adicional para posibles estudios adicionales, en función de los resultados obtenidos (20 mL en tubo marrón claro a temperatura ambiente que se remitirá al laboratorio de genética).

- Inhibidores de las Prostaglandinas

Los fármacos inhibidores de las prostaglandinas disminuyen el filtrado glomerular fetal disminuyendo secundariamente la cantidad de orina fetal, también favorecen la reabsorción pulmonar y el paso de líquido amniótico a través de las membranas. Mediante estos tres mecanismos de acción producen una disminución de la cantidad de líquido amniótico. Por otro lado, estos fármacos tienen importantes

efectos secundarios fetales, el más importante de ellos es el cierre prematuro del ductus arterioso de forma más importante a partir de la semana 32.

El uso de los inhibidores de las prostaglandinas debe limitarse y en cualquier caso es siempre un tratamiento de segunda línea.

La indometacina es el fármaco a utilizar a dosis de 50 mg/8-12 horas durante un periodo máximo de 5-7 días.

En gestaciones < 32 semanas se individualizará su uso, se realizará bajo estricto control ecocardiográfico en 24-48 horas para detectar precozmente una posible restricción del ductus arterioso. En caso de que aparezca se debe suspender el tratamiento.

En gestaciones > 32 no están indicados salvo en situaciones excepcionales y valoradas de forma individual.

7. FINALIZACIÓN

El momento de la finalización de la gestación se decidirá en función de la etiología del polihidramnios. Dado que en los casos de polihidramnios idiopáticos el grado de polihidramnios no se ha asociado a un riesgo aumentado de resultados perinatales adversos, la finalización se decidirá en función de la clínica materna:

- Sintomático: A partir de las 37 semanas
- Asintomático: Se considerará como gestación de alto riesgo y se recomendará la finalización de la gestación a las 41.0 ± 2 días.

Tabla 1.

CAUSAS FETALES DE POLIHIDRAMNIOS
Alteraciones gastrointestinales: Onfalocele, Atresia (esófago, ileon, yeyuno), Gastrosquisis.
Alteraciones SNC: Anencefalia. Defectos de Tubo Neural.
Causas infecciosas: Parvovirus B19, CMV, TXP, Lues
Cardiopatías congénitas: Arritmias, Truncus, Displasia tricuspídea, Co Ao.
Alteraciones torácicas: MAQ, Secuestro, HDC, quilotórax.
Alteraciones renales: Tubulopatías renales.
Alteraciones esqueléticas: Acondroplasia, displasia tanatofórica.
Alteraciones neuromusculares: Distrofia miotónica, artrogriposis.
Alteraciones metabólicas: Gangliosidosis, Enf Gaucher.
Alteraciones cromosómicas: Tris 18, tris 21, S. Turner.
Tumores fetales : Teratoma sacrococcígeo.

Responsables del protocolo:	R Mula, M Bennasar, M Palacio, A Goncé, B Puerto
Creación:	29/05/06
Modificaciones:	05/09/07, 19/01/09, 17/01/2010
Última actualización:	27/11/2012