

POLIHIDRAMNIOS

New Association Academic, Journal Public Global of Medicine

www.nasajpg.com

DEFINICION

Acumulo patológico en el volumen de líquido amniótico.

- Un volumen superior a los 2000cc de líquido amniótico en ausencia de gestación múltiple.
- El hallazgo de una bolsa de líquido igual o mayor a 8cm en su diámetro vertical en el estudio ecográfico.
- Cuando el índice de líquido amniótico (ILA) es superior o igual a 24 cm entre las semanas 26 y 39.
- ILA mayor de percentil 97.5 para la edad gestacional.

CLASIFICACIÓN

Según el momento de instauración.

1. **Agudo:** Siempre que se produce antes de las 24 semanas de gestación.
2. **Crónico:** Cuando se diagnostica en el 3 trimestre.

Según la cantidad de líquido amniótico por ILA: El ILA va de 5-20

1. **Leve** entre 16 y 18 cm
2. **Moderado** entre 18 y 22 cm
3. **Severo** mayor a 22 cm.

Según la medición del lago vertical de mayor profundidad encontrado.

1. **Leve:** 8 – 11 cms
2. **Moderado:** 12 – 15 cms
3. **Severo:** > 16 cms.

INCIDENCIA

Varía entre 0.4% - 3.3 de los embarazos.

Polihidramnios leve 79% de los casos.

Moderado 10 % de los casos.

Severo 5% de los casos

CAUSAS DE POLIHIDRAMNIOS

Maternos (15%)

Isoinmunización Rh con hidrops fetal 7%

Diabetes 5%

Ingestión de litio (rara)

Placentarios (<1%)

- Corioangioma placentario
- Síndrome de la placenta circunvalada (placentomegalia)

Fetal (19%)

A. Anomalías fetales

- Alteraciones del SNC 26%
 - Anencefalia
 - Hidrocefalia
 - Encefalocele
- Alteraciones gastrointestinales 39%
 - Gastroquisis
 - Onfalocele
 - Fístula traqueoesofágica
 - Atresia duodenal.
- Alteraciones Genitourinarias 13%
- Alteraciones Tracto respiratorio
 - Quistes pulmonares
 - Hipoplasia pulmonar
 - Quilotorax
 - Cardiovasculares 22%

B. Alteraciones cromosómicas 2 – 4%

- Trisomías 13, 18, 21 estas trisomías son más relacionadas con RCIU y con oligohidramnios,

si tiene una alteración del SNC o gastrointestinal de esa manera puede aparecer el polihidramnios.

- Aneuploidias

C. Infecciones intrauterinas perinatal (TORCH-Toxoplasma-citomegalovirus)

D. Miscelánea

- Tanatoforia
- Tumores faciales
- Paladar hendido
- Teratomas

E. Hydrops inmunológico o no

Idiopáticos (60%)

DIAGNÓSTICO

A. Clínico

El diagnóstico puede sospecharse si se observa:

- Altura uterina mayor de la esperada para la edad gestacional.
- Si se observa un peloteo fácil del feto
- Si existe dificultad para definir las partes fetales
- Si los tonos cardiacos están apagados
- El diagnóstico clínico de polihidramnios siempre debe ser confirmado mediante ecografía.

B. Ecográfico: El hallazgo de una bolsa de líquido igual o mayor a 8cm en su diámetro vertical en el estudio ecográfico o cuando el índice de líquido amniótico (ILA) es superior ó igual a 22 cm entre las semanas 26 y 39.

Una vez el diagnóstico de polihidramnios realizado, se debe evaluar el feto para determinar la presencia de anomalías fetales estructurales como el hidrops, el grado de severidad del polihidramnios incrementa al grado de sospecha de anomalías fetales.

Si se acompaña de hidrops, se debe realizar tamizaje de anticuerpos maternos.

(inmunoglobulinas anti D, Hell, Duffy y Hidd).

COMPLICACIONES MATERNO FETALES

SOLICITUD DE EXAMENES PARACLINICOS

- Hipertensión inducida por el embarazo
- Parto pretérmino
- Rotura prematura de membrana
- Una mayor incidencia de cesáreas
- Muerte neonatal
- Muerte infrauterina
- Presentaciones fetales anómalas
- Infecciones urinarias
- Molestias respiratorias maternas
- Abruño placentae
- Prolapso de cordón
- Hemorragia posparto.

MANEJO DE POLIHIDRAMNIOS

1. Ultrasonido de alta resolución

Confirmar diagnóstico

Evaluación morfológica fetal

2. Amniocentesis

Análisis de cromosomas

Tratamiento sintomático

Maduración pulmonar

3. Laboratorio

Curva de tolerancia a la glucosa oral

Anticuerpos

Toxoplasmosis

Citomegalovirus

Isoinmunización Rh

4. Fármacos

Calcioantagonistas (nifedipina)

B-estimulantes

Fenoterol

Salbutamol

Orciprenalina

Terbutalina

Antiprostaglandinas

Indometacina

Ibuprofeno

5. Amniocentesis Descompresiva

- Para investigar anomalías cromosómicas del feto.
- Para extraer LA en cantidad suficiente para que la embarazada se torne asintomática (usualmente de 1000 a 1500 ml).
- Igualmente se aprovecha el LA para realizar pruebas de maduración fetal que le puede ayudar al obstetra en el manejo de esta patología.

La Amniocentesis se repite cada vez que sea necesario hasta llevar el embarazo lo más cercano posible al término.

Complicaciones

- Riesgo de infección
- Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, causado por la brusca descompresión del abdomen.
- Amenaza de parto pretérmino.

MANEJO FARMACOLOGICO

Este se hace cuando la evaluación por ultrasonido no muestra alteraciones estructurales en el feto.

Antes de las 36 semanas se administran estimulantes de los receptores β_2 uterinos (o calcioantagonistas tipo nifedipina) para inhibir la contractibilidad uterina. Pues una de las complicaciones perinatales frecuentes es el parto pretérmino.

Inhibidor de la prostaglandina sintetasa, tipo indometacina (100mg/día cada 12 horas) o ibuprofeno (1.200mg/día) para inhibir contractibilidad uterina y, además, reducir la producción de líquido amniótico. Durante la administración de los antiprostaglandinas debe

hacerse índice de LA cada semana y flujometría Doppler en el ductus arterioso. Descontinuarlo cuando se observe vasoconstricción del ductus o el índice de LA este en valores normales. Esta terapia nos permitirá prolongar la gestión en embarazos pretérminos.