GUIA CLÍNICA:
OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA

Área 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 se puede realizar utilizando diferentes técnicas, las dos más utilizadas son la máxima columna vertical 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. Es el método de elección en gestaciones múltiples y en gestaciones únicas de menos de 24 semanas. Se considera normal cuando es superior a 2 cm en todas las edades gestacionales y cuando es inferior a 8 cm por debajo de la semana 20 o a 10 cm a partir de la semana 21.
- **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 consideran normales valores de ILA entre 5 y 25 centímetros. La medida del ILA ha demostrado tener una superior reproducibilidad y mejor detección de patología por lo que se considera técnica de elección en la medida de la cantidad de líquido amniótico en las gestaciones únicas de más de 24 semanas.

Se define oligohidramnios como la presencia de un ILA inferior a 5 o de una máxima columna vertical inferior a 2 cm. Se define como oligohidramnios severo/anhidramnios la presencia de una columna máxima ≤ 1 cm.

2. ETIOLOGIA

Podemos dividir las causas de Oligohidramnios en tres grandes grupos:

- *Causas fetales*: Crecimiento intrauterino restringido (CIR), gestación cronológicamente prolongada (GCP), infección fetal por citomegalovirus (CMV), obstrucción tracto urinario (obstrucción ureteral bilateral, valvas uretrales posteriores), patología renal (agenesia renal bilateral, displasia renal multiquística bilateral, riñones poliquísticos) y defectos del tubo neural.

- *Causas placentarias-membranas*: rotura prematura de membranas (RPM)
- *Causas maternas:* medicación materna (inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (IECA))

En el segundo trimestre de la gestación la presencia de una RPM explica el 50% de los casos de oligohidramnios, seguido por el RCIU y las malformaciones fetales en el 20% y el 15% respectivamente, siendo un 5% de los casos idiopáticos.

3. PROTOCOLO DE ESTUDIO

Ante el diagnóstico de oligohidramnios debemos realizar las siguientes pruebas diagnósticas:

1. Descartar RPM: Mediante anamnesis y exploración. Realizar PROM test si no existe hidrorrea franca. Si existe historia clínica sugestiva y el PROM test es negativo valorar la posibilidad de instilación de fluoresceína intraamniótica mediante amniocentesis.
2. Descartar CIR: Valoración del peso fetal estimado así como realización de estudio Doppler (IPAU/IPACM y IP medio Arterias Uterinas).
3. Descartar malformaciones fetales: Estudio morfológico dirigido a descartar la presencia de malformaciones nefro-urológicas y del tubo neural.
4. Descartar la infección fetal por CMV: serologías maternas (IgG/IgM), marcadores fetales ecográficos (microcefalia, ventriculomegalia, focos parenquimatosos hiperecogénicos, hiperrefringencia intestinal).
5. Descartar toma de fármacos: inhibidores de la síntesis de prostaglandinas y IECAs.

4. PRONOSTICO

El pronóstico de la gestación depende directamente de la causa subyacente que provoca el oligohidramnios. Una vez descartadas todas las causas nos encontraremos delante de un oligohidramnios idiopático, el pronóstico del cual depende de la severidad del mismo y de la edad gestacional de aparición.

En los casos de **oligohidramnios idiopático severo** que se mantiene mas de una semana por debajo de las 24 semanas se puede informar a los padres de una mortalidad perinatal por hipoplasia pulmonar de un 15% y en función de esta información los padres podrían acogerse a la interrupción legal del embrazo.

Cuando el diagnóstico se hace por encima de las 30 semanas el resultado perinatal es favorable.

5. MANEJO CLINICO

El manejo clínico del Oligohidramnios depende principalmente de la causa del mismo, así como de la edad gestacional en el momento del diagnóstico.

a. En aquellos casos en los que se diagnostique una **RPM** o un **CIR** se aplicara el protocolo específico de cada patología.
b. En el caso de **toma de fármacos** se interrumpirá la toma de los mismos de forma inmediata. Si la paciente ha consumido inhibidores de la síntesis de prostaglandinas se realizará valoración del ductus arterioso. Si existiera una restricción (IP<1 o insuficiencia tricuspídea significativa (holosistólica, ≥150 cm/s)) se realizaría control cada 48 h hasta su normalización.
c. En aquellos casos en los que el feto presente una **malformación**, se informará del pronóstico de la misma y del riesgo de hipoplasia pulmonar y en función de esta información los padres podrían acogerse a la interrupción legal del embrazo. Si los padres deciden seguir adelante con la gestación debemos realizar amniocentesis/cordocentesis para estudio de cariotipo y valorar el estudio de la función renal en orina fetal (ver Protocolo de uropatía obstructiva)
d. La evidencia disponible indica que las pacientes con **oligohidramnios idiopático** no presentan peores resultados neonatales en comparación con la población con líquido amniótico normal.
    - Manejo anteparto: Realización de Perfil biofísico y estudio Doppler semanal hasta las 36.6 semanas y a partir de la semana 37.0 cada 72 horas. Estimación de peso fetal cada dos semanas.
    - Finalización de la gestación: Se mantendrá una conducta expectante hasta las 40 semanas de gestación si el control de bienestar fetal es normal. Por encima de las 37 semanas ante condiciones cervicales favorables (Bishop > 6) valorar la finalización de la gestación. No existe contraindicación para el uso de prostaglandinas.
    - Manejo del parto: Se debe realizar monitorización continua. Realizar amnioinfusión en aquellas pacientes con alteraciones del registro (previa comprobación de estado ácido-base si está indicado) y/o aguas meconiales.

Responsables del protocolo: Elisenda Eixarch/ Francesc Figueras
Última actualización: 27/novembre/2007