PROTOCOLO:
POLIHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA

Àrea de Medicina Fetal, Servei de Medicina Maternofetal.
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 única de menos de 24 semanas. Se considera normal cuando es inferior a 8 cm por debajo de la semana 20 y cuando es inferior a 10 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 considera normal valores de ILAs 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.

2. AUMENTO EN LA CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: POLIHIDRAMNIOS

2.1. Diagnóstico

Se define *polihidramnios* como la medida de ILA *superior* a 25, se definen tres niveles de severidad:

ILA 18-25: Se considera el *límite alto de la normalidad*.

ILA 25-32: Polihidramnios *moderado*.

ILA >32: Polihidramnios *severo*.

2.2. Etiología

Hasta el 60 % de los polihidramnios son idiopáticos. El polihidramnios se produce por un desequilibrio entre las entradas y las salidas de líquido amniótico a favor de las entradas. Podemos definir tres grupos en las causas de polihidramnios:

Causas fetales: Hay descritas múltiples patologías fetales en relación al polihidramnios, todas se detallan en la tabla 1.

Causas maternas: Algunas patologías maternas se han descrito como posibles causas del polihidramnios como el mal control metabólico por diabetes (principalmente tipo 1) o la isoinmunización Rh.

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

2.3. Protocolo de estudio

1. *Descartar diabetes:* TTOG.
2. *Descartar isoinmunización:* Solicitar Coombs y anticuerpos irregulares. Para valorar la anemia se utilizará inicialmente la medida de la PSV en la ACM.
3. *Descartar patología infecciosa:* Solicitar serologías IgG e IgM (o repetirlas aunque la paciente ya las aporte en la actual gestación y sean negativas): Toxoplasma, Parvovirus B19, CMV, lues (RPR/VDRL y Elisa)
4. *Descartar patología malformativa:* Realizar ecografía anatómica detallada. En la ecografía se valorará además la actituda fetal y la presencia de movimientos.
5. *Valorar estudio cariotipo.*

2.4. Control

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

ILA 18-25 (límite alto de la NORMALIDAD)

Descartar diabetes y anomalía estructural.

Control en dos semanas para evaluar evolución

ILA 25-32

Realizar el estudio descrito previamente.

Evaluación de longitud cervical

Control semanal

ILA >32

Realizar es estudio descrito previamente

Evaluación de longitud cervical

Considerar amniodrenaje.

2.5. Tratamiento

El tratamiento del polihidramnios puede ser etiológico o sintomático.

a. Etiológico: Cuando se identifica una causa potencialmente tratable intraútero.

b.Sintomático: Cuando no existe 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.

b.1. Amniodrenaje

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

- ✓ Polihidramnios severo (ILA > 32) 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 via periférica. Verificación estado serológico materno.

* 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).

* 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.

* No es necesaria la administración de antibiótico profiláctico de forma sistemática.

* Si edad gestacional viable realizar control NST 1 hora post-procedimiento.

Estudio líquido amniótico

Cuando se realice amniodrenaje y la causa del polihidramnios no sea conocida se remitirá líquido amniótico para:

- Estudio cariotipo
- Estudio de infecciones si IgG materna positiva (PCR de CMV, Toxoplasmosis y PV B19)
- Estudio iones (Na +/K+/ Ca++), Aldosterona, osmolaridad
- Si la actitud fetal lo hace sospechar valorar estudio distrofia miotónica (enf Steinert

b.2. 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 y 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.

Tabla 1.

CAUSAS FETALES DE POLIHIDRAMNIOS
Alteraciones gastrointestinales: Onfalocele, Atresia (esófago, ileon, yeyuno), Gastrosquisis.
Alteraciones SNC: Anencefalia. Defectos de Tubo Neural.
Causas infecciosas: Parvovirus, CMV, Toxo, Lues
Cardiopatías congénitas: Arritmias, Truncus, 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:	S Fernández, M Palacio, A Goncé, B Puerto
Creación:	29/05/06
Modificaciones:	05/09/07, 19/01/09
Última actualización:	17/01/10