

# Oligoânionio Polidraminico

PROF<sup>a</sup> GABRIELA HUGUES

# Volume de líquido amniótico

- Reflete o balanço entre a sua produção e seu consumo
- O que isso significa?
- A partir do final do 1º trimestre, o principal meio de produção de LA é a diurese fetal e seu principal meio de consumo é a deglutição

# Líquido Amniótico no Termo

- No termo, o volume de líquido amniótico não ultrapassa 1.000mL

Método de análise:

- Ultrassonografia:
  - Medida de índice de líquido amniótico (ILA)
  - Maior Bolsão Vertical (MBV)
- Ressonância Magnética (mais usada para elucidar malformações fetais)
- Exame físico: manobra de Williams, AU, ausculta

# Ultrassonografia no termo

- **ILA:** 8-25 cm

Calculado após a divisão do útero em quatro quadrantes no nível da cicatriz umbilical e com a medida do maior bolsão vertical encontrado em cada um deles. Somatório dessas medidas consiste no ILA.

- **MBV:** 2-8 cm

Medida do diâmetro vertical do maior bolsão de líquido amniótico

Discussão: Qual a necessidade de US no termo em mulher de risco habitual?

# Polidramnia – Muito líquido

- Definida como volume de LA > 2.000mL no momento do parto - aumento na produção ou queda de consumo
- Incidência: 0,2-2%. Maioria dos casos (60%) classificada como idiopática
- Formas clínicas: Aguda - 1,6% dos casos  
Crônica - maioria absoluta, de instalação lenta e progressiva; ocorre no final do 2º trimestre e no 3º
- Causas: fetais; maternas; placentárias
- Prognóstico: varia conforme a causa

# Abordagem diagnóstica

Fundamental investigar etiopatogenia

- ❖ Diabetes materno: causa primária em 8-20%; 5-25%
- Hiperglicemia materna determina diurese osmótica fetal e maior concentração de soluto na cavidade amniótica
- ❖ Infecções congênitas: sífilis, toxoplasmose, CMV, parvovírus
- ❖ Gestações múltiplas: 8%
- ❖ Teste de Coombs: investigar incompatibilidade sanguínea
- ❖ Anomalias placentárias: tumores fetoplacentários como corioangioma

# Abordagem diagnóstica

- ❖ Malformações fetais: atresia esofágica; hérnia diafragmática; alterações na deglutição; defeitos no tubo neural - 4-45%; 18-39%

Quanto maior o grau de polidramnia, maior a prevalência de malformações fetais

Polidramnia + RCIU: maior mortalidade perinatal e neonatal, além da morbidade neonatal

Polidramnia + macrosomia: pode causar complicações intraparto neonatais amplamente descritas: DO e hipoglicemia neonatal

# Intervenções e Tratamentos

- Controle glicêmico para diabéticas
- Transfusão gêmeo-gemelar: ablação de vasos
- Retirada de corioangioma

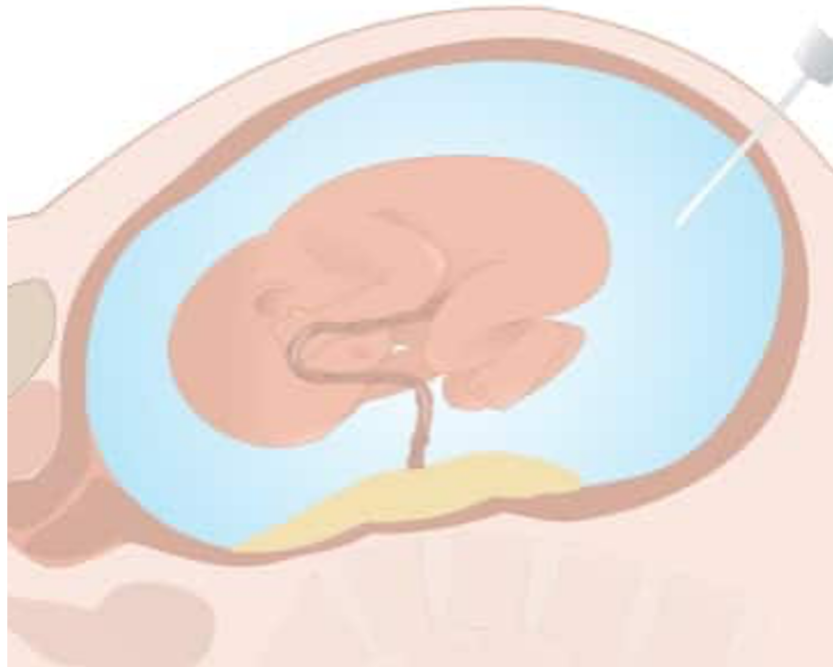




# Redução de volume

- Medidas paliativas para redução de LA só devem ser instituídas em casos sintomáticos: dispneia, metrossístole, hipertonia importante
- Repouso, dieta hipossódica e diuréticos **NÃO AJUDAM!**

A sobredistensão uterina predispõe HPP



## Redução de volume

- Amniodrenagem: inserção de agulha transabdominal com auxílio ultrassonografia e drenagem de até 2.000 mL
- Tratamento paliativo

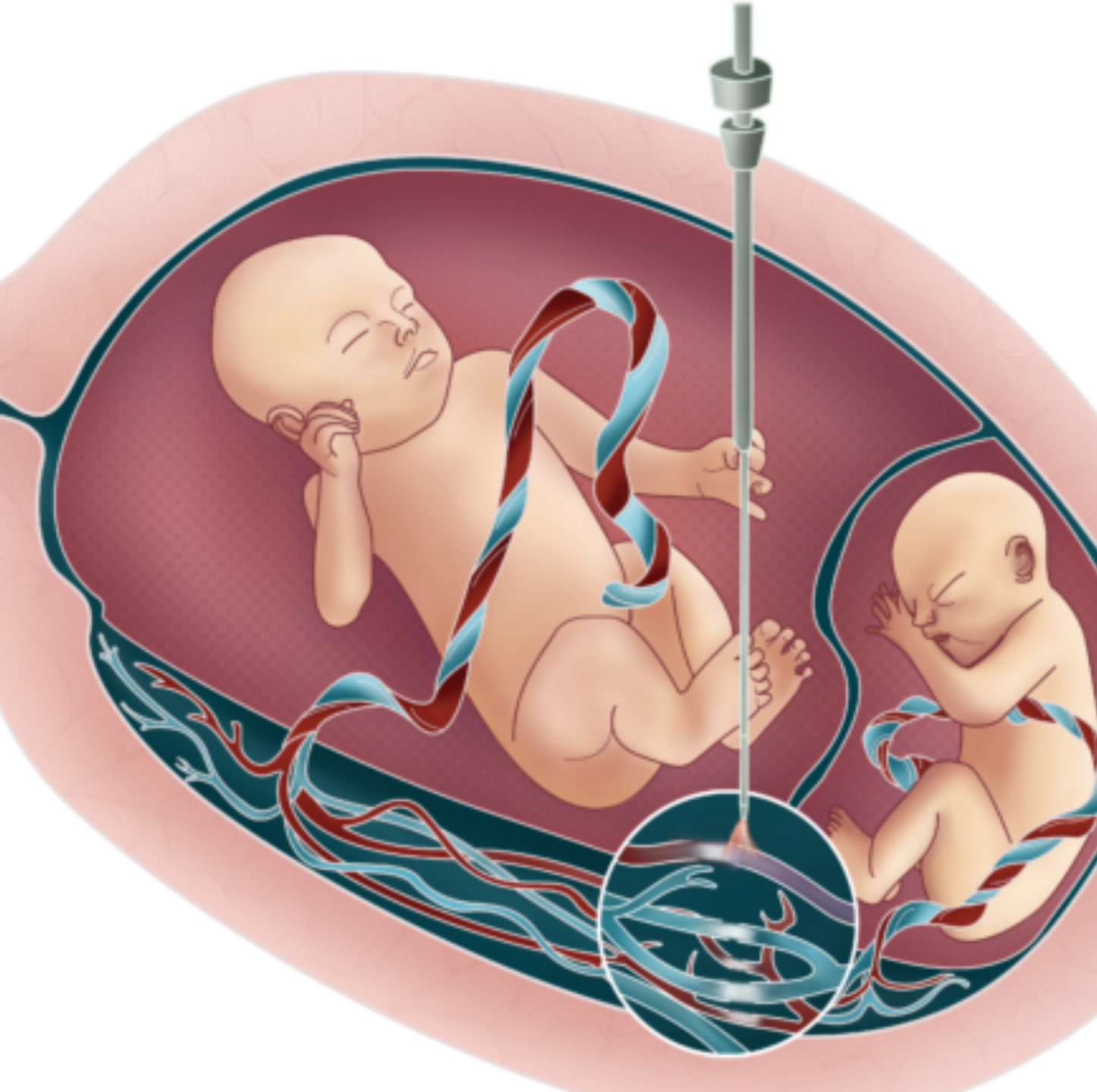
# Medicamentosos

## ❖ Indometacina

- Mecanismo - diminuição de débito urinário fetal
- Efeitos colaterais - regurgitação tricúspide; disfunção ventricular direita
- Dose - 1-3g/dia
- Monitorar com doppler de ducto arterioso

# Medicamentosos

- ❖ **Sulindac** – inibidor de prostaglandinas
  - Mecanismo – diminuição de débito urinário fetal.  
Entretanto, efeito é menor do que da Indometacina. Por isso, menos efetivo
  - Necessita metabolização hepática, é possível que tenha menos efeitos colaterais ao feto
  - Há necessidade de mais estudos



# Transfusão gêmeo- gemelar

TRATAMENTO:  
ABLAÇÃO A  
LASER DOS  
VASOS  
PLACENTÁRIOS

# Conduitas intraparto

- ❖ Visam evitar e conduzir as complicações.
- Avaliar benefícios da amniodrenagem no início do TP - casos moderados a graves
- ❖ Alta contratilidade: hipertonia e hipossistolia
- Resposta ineficiente à ocitocina; TP laborioso
- ❖ Baixa contratilidade: hipertonia leve ou ausente
- Resposta fisiológica à ocitocina

# Amniorrexe

❖ Espontânea ou não, deve ser bem conduzida

## **Vale para qualquer situação!**

- Avaliar altura da apresentação, elevação das nádegas, manutenção dos dedos, levantamento da apresentação para escoamento do LA.
- Objetivo: evitar prolapso e apresentações anômalas

**AUSCULTAR**

# Oligoidramnia – Pouco líquido

- ❖ Definido como a diminuição da produção de líquido amniótico ou incapacidade do saco de manter seu volume. Redução de LA a menos de 300-400mL de LA no termo
- ❖ MBV <2 ou ILA < 8
- ❖ Prevalência: 0,5-5,5%



# Etiologia

- ❖ Suspeita clínica: rotura de membranas
- ❖ Exame físico: fundo uterino menor do que o esperado para IG
- ❖ GRUPOS:
  - Ruprema
  - Insuficiência placentária
  - Pós-datismo
  - Malformações fetais com destaque para aparelho urinário

❖ **Ruprema:** IG é crucial para determinar conduta

- Riscos da prematuridade e riscos maternos e fetais da conduta expectante

❖ **Insuficiência placentária:** manifestação da doença primária da placenta ou secundária à doença de base materna como hipertensão, diabetes, doença renal crônica, doenças autoimunes como lúpus

- Nesses casos, oligoidramnia associada a crescimento fetal restrito
- Gestações gemelares entre as principais causas de insuficiência placentária
- Gemelar monocoriônica, pode ser causada por síndrome de transfusão gêmeo-gemelar

- ❖ **Gestação prolongada:** ligada à insuficiência placentária
- ❖ **Malformações de aparelho urinário:** impedem eliminação de urina
  - Agenesia renal bilateral
  - Doença renal polissística
  - Obstruções urinárias bilaterais
  - Nesse caso, acometimento é **PRECOCE**, início do 2º trimestre

# Risco: Hipoplasia Pulmonar

- ❖ Acometimento precoce em casos de oligoidramnia de origem renal são patologias graves com alta mortalidade, especialmente por hipoplasia pulmonar
- ❖ Quanto menor IG + oligo, maior incidência e mortalidade por hipoplasia pulmonar
- ❖ Hipóteses do mecanismo da HP:
  - Compressão torácica poderia impedir a sua expansão e do pulmão
  - Falta de movimentos respiratórios impediria a expansão pulmonar
  - Falha na retenção do LA, sendo prejudicial ao desenvolvimento do pulmão. São pequenos e imaturos

# Tratamento

- ❖ Depende da causa e da IG
- ❖ Anamnese e exame físico cuidadosos
- ❖ Procurar sinais e sintomas de Amniorrexe, uso de medicações e fatores de risco para insuficiência placentária e crescimento restrito
- ❖ US para identificar malformações fetais, atenção para sistema urinário
- ❖ Prognóstico fetal está relacionado com a sua vitalidade (com exceção dos casos de malformação)
- ❖ Controle rigoroso: CTG, USG, doppler e mobilograma
- ❖ **INDUÇÃO NO TERMO**

# Tratamento

## ❖ Hidratação materna

- Estudos com resultados conflitantes
- Infusão venosa parece aumentar o volume de LA
- Benefício depende da causa básica da oligoidramnia
- Em fetos comprometidos não adianta aumentar hidratação

## ❖ Amnioinfusão

- Infusão de SF0,9% na cavidade amniótica. 250mL aumenta o ILA em 4 cm
- Objetivo: diminuir incidência de hipoplasia pulmonar