

POLIDRÂMPIO AGUDO IDIOPÁTICO RECORRENTE. RELATO DE UM CASO *

Recurrent Idiopathic Acute Polydramnio. A Case Report

MENDES, Eliane Terezinha Rocha **
 KAWATAKW, Cláudia Dobes ***
 MEDEIROS, Karina Portella ***
 ARAÚJO, Leryane Marques ****
 MENEGHETTI, Silvia Cristina Cruz ****
 LAMBERT, Lisiane Caron ****

MENDES, et al Polidrâmpio Agudo Idiopático Recorrente. Relato de um caso. Arq. med. ABC, 15(2):25-27, 1992.

Resumo: Neste trabalho os autores ressaltam a raridade da ocorrência de Polidrâmpio Agudo Idiopático Recorrente - PAIR, sendo que a incidência de polidrâmpio na população geral é de 0,4 a 1,5% e destes, 34% são idiopáticos, havendo apenas quatro casos de PAIR descritos na literatura. Para ilustrar tal fato, é relatado o caso de uma paciente de 28 anos de idade sem qualquer patologia, com duas gestações diagnosticadas como polidrâmpio idiopático sem presença de malformações fetais, acompanhada pelo serviço de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da FUABC. Na segunda cesárea, foi encontrado uma tumoração em tuba direita, cujo anatomo-patológico fora Endometriose, uma associação inédita na literatura. É conhecida a relação entre o polidrâmpio e as anomalias congênitas fetais, presentes em 1/5 dos casos, especialmente as do SNC e do tubo digestivo alto. São feitas menções de possíveis etiologias ainda não confirmadas como: teoria imunológica dos receptores hormonais placentários e presença de antígenos de compatibilidade leucocítica, destacando-se os métodos de diagnóstico e tratamento mais recente.

Unitermos: Polidrâmpio Agudo Idiopático recorrente, Diagnóstico, Tratamento.

I - INTRODUÇÃO

Polidrâmpio Agudo Idiopático Recorrente é uma complicação obstétrica muito rara. Apenas quatro casos foram relatados na literatura médica até então (6-17). A incidência do Polidrâmpio varia de 0,4 a 1,5%, sendo que destes, 34% são idiopáticos (2,15).

Consideramos polidrâmpio todo e qualquer aumento anormal de volume de líquido amniótico agudo ou crônico, acima de 2000ml em gestação de termo (3,7). De acordo com QUEENAN e GADOW, o Polidrâmpio agudo é diagnosticado entre 20^a e 24^a semanas, ocorrendo um caso entre 12 mil partos, enquanto que o crônico surge entre 28^a e 38^a semanas; não existindo definição clara para o polidrâmpio que surge entre 25^a e 27^a semanas de gestação (1,17).

O diagnóstico de polidrâmpio é fundamentalmente clínico, onde temos a altura uterina superior à idade gestacional, associada a difícil identificação de partes fetais à palpação (3). Porém, a confirmação se faz através de ultrassonografia abdominal ou pela própria rotura de bolsa amniótica, onde teremos a mensuração real de quantidade líquida contida na cavidade amniótica. O ultrassom

é o exame de eleição para o diagnóstico por ser de fácil acesso, avaliando com bastante precisão a quantidade de líquido e a presença de malformação fetais (15). Ele nos dá o número e a dimensão dos bolsões de líquido amniótico, cujo diâmetro vertical deverá ser maior ou igual a 8,0cm em casos de polidrâmpio (4,7). Há grande morbidade e mortalidade fetal nestes casos (16). Existe, ainda, relação entre a ocorrência de polidrâmpio e as anomalias congênitas fetais em, aproximadamente, 20% dos casos diagnosticados. As mais frequentemente encontradas são as do sistema nervoso central (anencefalia, meningocele, espinha bífida e hidrocefalia) e as astresias altas do tubo digestivo, (2,16) esôfago e duodeno).

II - RELATO DE CASO

M.A.S., 28 anos, brasileira, casada, parda, prendas do lar, IIG, IIP cesáreas OA, grupo sanguíneo A Rh positivo, negando qualquer patologia anterior, tendo como antecedente familiar uma irmã com gestação polidrômica e três primos maternos surdo-mudos.

Na primeira gestação (DUM 01/04/89) apresentou polidrâmpio a partir da 26^a semana, confirmado pelo exame clínico e ultrassonográfico, sendo que neste apresentou ausência de malformação fetal. Ao apresentar desconforto e dor abdominal com 35 semanas e 1/7, foi submetida à amniocentese terapêutica com retirada de 2000ml de líquido amniótico. Após 24 dias, com altura uterina de 58cm e circunferência abdominal de 128cm, apresentou amniorrexe espontânea domiciliar, não sendo possível, portanto, quantificar o volume do líquido amniótico.

Deu entrada em nosso serviço com 38 e 2/7 semanas com quadro de D.P.P., sendo submetida à cesárea de urgência em 30/12/89, com nascimento de RN masculino

* Trabalho realizado junto à Disciplina de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da FMABC, Santo André, São Paulo, Brasil. Trabalho Premiado com 1^o lugar na categoria Relato de Caso, no XVII COMUABC.

** Auxiliar de Ensino da Disciplina de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da FUABC.

*** Acadêmicos do 6^o ano da Faculdade de Medicina da FUABC.

**** Acadêmicos do 5^o ano da Faculdade de Medicina da FUABC.

normal, 2.470g, Apgar 6 e 9, Capurro de 36 3/7 s, placenta 500g, com presença de coágulo retroplacentário. A criança não apresentou qualquer malformação ou déficit até nossos dias.

Na segunda gestação (DUM 12/08/91) apresentou polidrâmnio a partir da 22ª semana, entrando em trabalho de parto prematuro na 31ª semana, sendo este inibido com drogas uterolíticas e, a seguir, com amniocentese terapêutica com retirada de 2000ml de líquido amniótico para alívio da sintomatologia.

Foi submetida à ultrassonografia seriada e à cardiocografia semanais para detecção de qualquer comprometimento fetal, permanecendo o feto ativo e reativo. A cesárea foi realizada em 15/05/92 por aumento súbito da altura uterina e piora da sintomatologia materna (AU=56cm e CA=125cm, FOTO 1) estando a paciente com 39 semanas 3/7. Ao nascimento, RN masculino normal (FOTO 2), 3.200g; Apgar 9 e 10, Capurro de 37 6/7 semanas, placenta de 620g, com saída de 10 litros de líquido amniótico, evoluindo satisfatoriamente sem malformações.

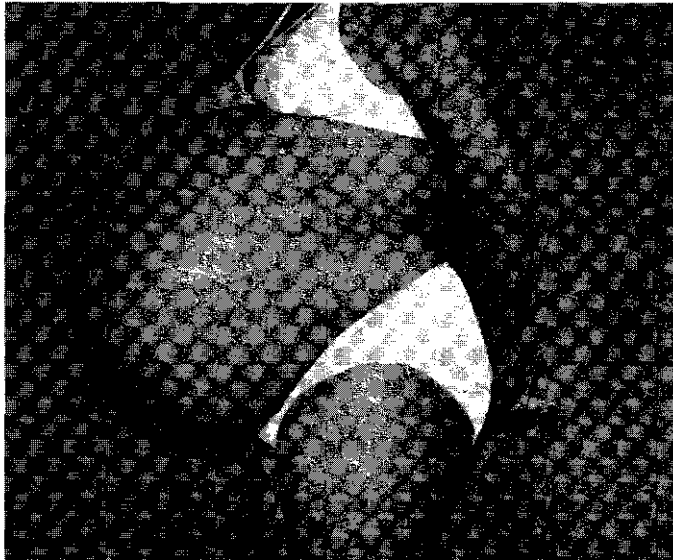


Foto 1 - Volume Abdominal (AU: 56cm e CA: 125cm).

Curiosamente no ato cirúrgico, durante a revisão da cavidade abdominal foi identificada uma tumoração de, aproximadamente 6,0cm de diâmetro em regiões de fíbrrias de tuba direita (FOTO 3). Foi submetida à salpingectomia e a peça enviada para anátomo-patológico tendo como laudo Endometriose. Nas duas gestações, a paciente foi submetida aos exames laboratoriais de rotina do pré-Natal com pesquisa simultânea de patologias maternas e fetais, com resultados dentro dos padrões de normalidade. Não foram realizados exames de pesquisa de cariotipagem do líquido amniótico, cordocentese, dosagem de hormônio lactogênio placentário e antígeno de compatibilidade leucocítico Humano, devido à difi-

culdade de viabilização técnica destes métodos no nosso serviço.



Foto 2 - Recém-nascido, 3.200g, APGAR e 10, Capurro 37 6/6 semanas

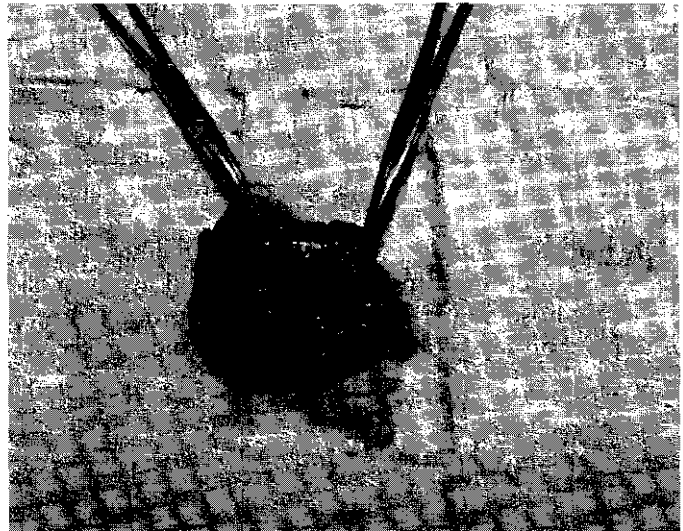


Foto 3 - Peça macroscópica do Tumor de Tuba Direita.

III - DISCUSSÃO

Nossa paciente foi seguida regularmente durante as duas gestações no Pré-Natal de Alto Risco do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC, e como conduta terapêutica foi realizada amniocentese e drogas uterolíticas (6), com melhora parcial da sintomatologia. Tanto os exames laboratoriais quanto os ultrassonográficos não revelam nenhuma patologia materna ou fetal. O PAIR é de etiologia desconhecida (1,4). Foi relatado um caso de polidrâmnio idiopático associado ao antígeno de

compatibilidade leucocítico humano entre a paciente e seu marido (14), falando da teoria imunológica. Caso haja confirmação desta, haverá aumento de polidrâmnio recorrente em pacientes que sejam tratadas com antígeno leucocítico humano como em casos de abortamentos habituais, por exemplo. Já se relacionam determinados antígenos leucocíticos humanos com a ocorrência de PAIR.

Recentemente, o receptor de hormônio lactogênico placentário (10,14,17) na camada de cório tem sido encontrado em placentas de polidrâmnios idiopáticos crônicos, porém, em agudos não há relatos na literatura. Infelizmente, em nossa paciente não foi possível a realização deste exame, bem como da cordocentese e da cariotipagem do líquido amniótico para pesquisa de malformações congênitas. A paciente referiu história familiar positiva para polidrâmnio, devendo ser investigado futuramente a existência de um componente hereditário para a patologia.

A Indometacina, que é um anti-inflamatório não hormonal que inibe a síntese de Prostaglandinas, tem sido usada atualmente no tratamento do polidrâmnio na dose de 2,2 a 3,0mg/Hg/dia via oral ou retal. Observou-se grande diminuição do líquido amniótico durante e principalmente a 1ª semana de tratamento e depois mais lentamente. Contudo, o tratamento deve ser interrompido se for observado oligoâmnio, assim como em casos de constrição severa do ducto arterioso ou regurgitação tricúspide. Os efeitos colaterais gastrointestinais maternos são muito comuns (6,7).

A fisiopatologia do PAIR precisa ser melhor investigada, sendo de fundamental importância o acompanhamento rigoroso no pré-natal, visando desta forma, o bem estar materno-fetal e a evolução fisiológica da gestação.

IV - CONCLUSÃO

Apesar da raridade de sua ocorrência, é de extrema importância a condução adequada dos casos de PAIR no pré-natal, com diagnóstico precoce das eventuais patologias, para que sejam tomadas medidas preventivas necessárias com relação à intercorrências mais frequentemente associadas, quais sejam: descolamento prematuro da placenta, prematuridade, dor abdominal e desconforto respiratório pela sobredistensão abdominal materna.

Além do seguimento ultrassonográfico, podemos lançar mão da cariotipagem do líquido amniótico e da cordocentese para avaliação do bem estar fetal e constatação de malformações congênitas. A amniocentese tem se mostrado um método terapêutico eficiente e de baixo risco, desde que tomados cuidados na realização da técnica, evitando-se assim, as complicações. Não há consenso quanto ao número de punções e a quantidade de líquido a ser retirado. No nosso relato foram realizadas punções únicas em cada gestação e retirados 2000ml, com melho-

ra da sintomatologia. Os uterolíticos devem ser introduzidos precocemente para evitar o trabalho de parto prematuro.

Maiores estudos são necessários para a elucidação das fases fisiopatológicas do PAIR. A conduta adequada durante o Pré-Natal permite à gestante a evolução até o termo, com resultados positivos maternos e fetais. A paciente deve ser acompanhada pelo obstetra no Pré-Natal de Alto Risco.

MENDES, et al Recurrent Idiopathic Acute Polydramnio. A Case Report. *Arq. med. ABC*, 15(2):25-27, 1992.

Abstract: In this report, the authors emphasize the rarity of occurrence of the Recurrent Idiopathic Acute Polydramnio - RIAP - as the incidence of polydramnio in the general population is 0,4 to 1,5% and from this, 34% are idiopathic. There are only four cases of RIAP described in the medical literature.

In order to illustrate such a fact, we relate a case that was followed in the Hospital in Santo André (HMUSA) - Brazil - by the Discipline of Obstetrics and Gynecology of ABC School of Medicine. The patient does not bear any kind of pathology and has two pregnancies diagnosed as idiopathic polyhydramnio and fetal congenital anomalies, present in 1/5 of the cases, especially of the Central Nervous Systems and Atresias of the High Digestive Tube.

In this description, the authors mention the possible etiologies, including the immunological theory of hormonal placental receptors and the presence of the compatibility antigen, emphasizing the latest methods of diagnosis and treatment, and also the importance of the gynecologist and obstetrician in following the pregnant in the High Risk Pre-Natal.

Keywords: Recurrent Idiopathic Acute Polydramnio, Diagnosis, Treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DENEHY, T.R.; HOLLANDER, D.T.; DEMBNER, A.; BREEN, J.L. Acute polyhydramnio. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 28:181-84, 1989.
2. DESMEDT, E.J.; HENRY, O.A.; BEISCHER, N.A. Polydramnios and associate maternal and fetal complications in sigleton pregnancies. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 97:1115-112, 1990.
3. DESMEDT, E.J.; HENRY, O.A.; BEISCHER, N.A. The significance of polyhydramnio diagnosed during labour or at caesarean section. *Aust. NZJ Obstet. Gynecol.*, 30(3):201-02, 1990.
4. KIRSHON, B. Fetal Uterine Output in Hydramnio. *Obstet. Gynecol.*, 73(2):240-42, 1989.
5. LEVENO, K.J. Amniotic Fluid Volume in Prolonged Pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 10(2):154-61, 1986.

6. MALAS, H.J.; HAMLETT, J.D. Acute Recurrent Polyhydramnios. Management with Indomethacin. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, **98**:583-87, 1991.
7. MOISE, K.J. Indomethacin Therapy in Treatment of Symptomatic Polyhydramnios. *Clin. Obstet. Gynecol.*, **43**(2):310-18, 1991.
8. MONAGHAN, J.; O'HERLIHY, G.; BOYLAN, P. Ultrasonud Placental Gradind and Amniotic Fluid Quantitation in Prolonged Pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, **70**(3):349-52, 1987.
9. PERELMAN, A.H.; JOHNSON, R.L.; CLEONS, R.D.; FINBERG, H.J.; CLEWELL, W.H.; TRUYLLO, L. Intrauterine Diagnosis and Treatment of Fetal Goitrous Hypothyridism. *J. Clin. Endoerinol. Metab.*, **71**(3):618-21, 1990.
10. PHOCAS, I.; SALAMALEKIS, E.; SARANDAKOU, A.; ZOURLAS, P.A. Hormonal and biochemical parameters in polyhydramnios. *Eur. J. Obstet. Reprod. Biol.*, **25**:277-86, 1987.
11. PITKIN, R.M. Acute polyhydramnios recurrent in sucessives pregnancies. Management with multiple Amniocentesis. *Obstet. Gynecol.*, **48**(1):42-3, 1976.
12. QUEENAN, j.t. Recurrent acute polyhydramnios. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **15**:625-26, 1970.
13. RADESTADA, A.; THOMASSEN, F.A. Acute polyhydramnios in twin pregnancy. A retrospective studywith special reference to therapeutic amniocentesis. *Acta. Obstet. Gynecol.*, **69**:287-300, 1990.
14. SHIMIZU, T.; IHARA, Y.; KAWAGUSHI, K.; FUJIWARA, T.; ANDO, N. Human Leukocyte Antigen Compatibility in a Couple with Idiopatic Recurrent Hydramnios. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **159**:463-65, 1988.
15. STOLL, C.J.; ALEMBIK, Y.; DOTT, B. Study of 156 cases of polyhydramnios and congenital malformations in series of 118, 265 consecutives pirths. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **163**(3): 586-91, 1991.
16. VARMA, T.R.; BATEMAN, S.; PATEL, R.H.; CHAMBERLAIN, G.V.F.; PILLAR, V. The Relationship of Increase Amniotic Fluid Volume to Perinatal Outcome. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, **27**:327-33, 1988.
17. WEISSMAN, A.; ZIMMER, E.Z. Acute polyhydramnios recurrent in four pregnancies. A case report. *J. Reprod. Med.*, **32**:65-66, 1987.

Recebido em 17/08/92