



CASO CLÍNICO

Amniodrenaje en el manejo del polihidramnios severo sintomático

Y. José Gutiérrez*, J.M. Campillos Maza, E. Cruz Guerreiro y S. Castan Mateo

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Recibido el 30 de julio de 2012; aceptado el 17 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Polihidramnios;
Amniodrenaje;
Presión de líquido
amniótico

KEYWORDS

Polyhydramnios;
Amnioreduction;
Amniotic fluid
pressure

Resumen El polihidramnios severo es una complicación de la gestación que incrementa el riesgo de resultados desfavorables de tipo materno y fetal. La realización de un amniodrenaje en estos casos puede restablecer una presión normal del líquido amniótico mejorando el bienestar materno y prolongando la gestación al disminuir el riesgo de parto pretérmino y rotura prematura de membranas. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de 2 pacientes, con polihidramnios severo, que fueron tratadas mediante la técnica de amniodrenaje.
© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Amnioreduction in the management of severe symptomatic polyhydramnios

Abstract Pregnancies complicated by hydramnios are at increased risk of both maternal and fetal complications. Amnioreduction can restore normal amniotic pressure, thus increasing maternal comfort and prolonging pregnancy by limiting the risk of preterm labor and rupture of membranes. We present our experience in the management of two patients with severe polyhydramnios who were treated with amnioreduction.
© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El polihidramnios es una complicación que puede aparecer entre un 0,4-1,9% de las gestaciones. Se considera un indicador no específico de complicación del embarazo ya que se asocia con amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y malestar materno. El 80% de los polihidramnios leves son ideopáticos, pero en la mayoría de casos moderados o severos existen alteraciones maternas

o fetales. Entre las enfermedades maternas que se asocian a hidramnios la más frecuente es la diabetes mellitus. Las anomalías fetales más frecuentemente asociadas son las del sistema nervioso central y las gastrointestinales.

En casos seleccionados de polihidramnios severos sintomáticos, la evacuación del líquido amniótico mediante amniodrenaje permite disminuir la sensación de disnea materna, la dinámica uterina prematura, el riesgo de nacimiento pretérmino y la rotura prematura de membranas.

Este trabajo tiene el objetivo de presentar nuestra experiencia en 2 casos en los que se manejó el polihidramnios severo con amniodrenaje, de forma exitosa. También realizamos una revisión de la bibliografía al respecto.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yjosegu@hotmail.com (Y. José Gutiérrez).



Figura 1 Técnica de la punción en el amniodrenaje.

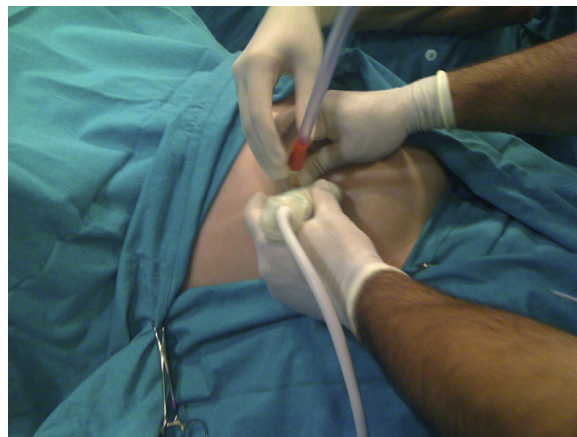


Figura 2 Conexión al sistema de aspiración en el amniodrenaje.

Material y métodos

Realizamos una revisión retrospectiva de los casos de polihidramnios severo sintomático, que han sido tratados mediante un amniodrenaje o amniocentesis evacuadora en nuestro centro desde enero de 2008 hasta julio de 2010. En este periodo de tiempo fueron tratadas 2 pacientes con esta técnica.

Los criterios de inclusión para realizar el procedimiento a las pacientes fueron:

1. Ventana máxima de líquido amniótico > 12 cm.
2. Aparición de contracciones uterinas de forma prematura.
3. Disnea materna.

El procedimiento se realizó de la siguiente forma:

- Se solicitó un consentimiento informado firmado a las pacientes donde se les explicaba en qué consistía la técnica y las principales complicaciones asociadas.
- Se utilizaron agujas de 14-18G, para realizar las punciones.
- En todos los casos el procedimiento se realizó de forma ecoguiada, evitando la punción placentaria, el cordón umbilical y las partes fetales.
- Las punciones se realizaron en las zonas de ventana máxima de líquido amniótico (VMLA).
- Tras la punción las agujas se conectaron a un sistema de aspiración continuo, con la finalidad de extraer el líquido amniótico a la máxima velocidad posible.
- El procedimiento se detenía cuando la VMLA era menor de 7-6 cm.
- La duración del procedimiento en ningún caso superó los 25 min.

Las figuras 1-4 muestran el procedimiento del amniodrenaje.

En ambas pacientes el procedimiento se repitió varias ocasiones debido a la temprana edad gestacional al diagnóstico y a la reaparición del polihidramnios las semanas posteriores al amniodrenaje.



Figura 3 Ventana máxima de líquido amniótico previa a la punción.

Los resultados perinatales y los datos de la evolución clínica maternas se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas del servicio de obstetricia y pediatría.

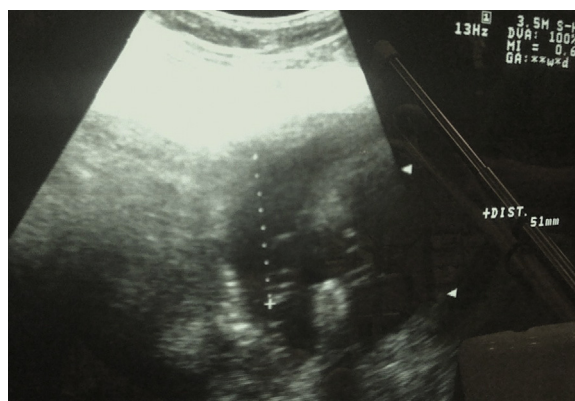


Figura 4 Ventana máxima de líquido amniótico tras la punción.

Resultados

En el periodo de estudio, 2 pacientes con un embarazo complicado con polihidramnios severo fueron tratadas mediante amniodrenaje. Ambas presentaron gestaciones simples.

La primera paciente fue una primigesta de 25 años, sin antecedentes de interés. En la semana 28 de gestación precisó ingreso por clínica de amenaza de parto pretérmino y durante el mismo se diagnosticó la presencia de polihidramnios severo con un ILA de 35. Tras comentar el caso en sesión clínica y con la paciente, se decidió la realización de un amniodrenaje con la finalidad de disminuir la dinámica uterina, al reducir el volumen de líquido amniótico intraútero. En la primera evacuación se utilizó una aguja de 14 G y se extrajeron 1.600 cm³ de líquido amniótico, parte del cual se remitió para la realización de un cariotipo fetal, que resultó normal: 46XY. No se detectaron la presencia de malformaciones fetales ecográficas y la paciente presentó un test de O'Sullivan y PTOG negativos. El procedimiento se repitió 3 veces más durante la gestación, de forma similar, evacuando 1.700, 1.400 y 1.900 cm³, respectivamente, para mejorar el bienestar materno y disminuir la frecuencia de las contracciones uterinas que se presentaban con un ILA elevado. Durante los procedimientos, en ningún caso se observó la presencia de metrorragia ni se observó la salida de líquido amniótico. En la semana 38 la paciente presentó un parto normal espontáneo con un feto varón de 3.200 g, Apgar 9, 10, en el que no se detectó la presencia de ninguna anomalía.

El segundo caso se trató de una paciente de 27 años, tercigesta con 2 abortos del primer trimestre previos. La paciente carecía de antecedentes personales o familiares de interés. Aportaba una amniocentesis con cariotipo 46XX, normal. La gestante fue enviada a nuestro centro en la semana 31 por sospecha de atresia esofágica fetal y polihidramnios severo con ILA de 30; también existía la sospecha de una agenesia renal izquierda y una cardiopatía. Ante la presencia de contracciones regulares a pesar del tratamiento tocolítico intravenoso con Atosiban se decidió la realización de un amniodrenaje. La técnica se realizó sin complicaciones, efectuándose una punción no transplacentaria, con una aguja de 18 G conectada a un sistema de aspiración, se evacuaron 1.300 cm³ de líquido amniótico, hasta lograr una VMLA de 6. Parte de este líquido se mandó a microbiología obteniéndose un cultivo negativo del mismo. La técnica se repitió en la semana 33, por la presencia de nuevo de un polihidramnios severo sintomático (ILA de 45); la gestante presentaba disnea y dinámica regular. En esta ocasión se evacuaron 2.200 cm³ de líquido mediante el mismo procedimiento. En la semana 36, durante uno de los controles diarios, se advirtió la muerte fetal intraútero. El parto fue inducido y precisó ayuda instrumental con fórceps bajo. El peso fetal fue de 2.190 g. Se realizó estudio anatómico patológico fetal, autorizado por la paciente, en la que se describieron los siguientes hallazgos:

- Anomalías del desarrollo en examen externo: hipoplasia del pabellón auricular derecho con conducto auditivo homolateral no permeable. Opacidad corneal bilateral. Tumor desmoide de la conjuntiva bulbar del ojo derecho. Agenesia de estructura comisural labial derecha.

- Examen interno: corazón retroesternal. Conexión venosa pulmonar anómala total con el seno coronario: seno coronario muy dilatado con un vaso común ancho y corto que drena a él. Defecto septal auricular y ausencia de orificios de drenaje de venas pulmonares en la aurícula izquierda. Duplicidad ureteral derecha completa. Útero unicornio con agenesia de anejo izquierdo. Cavidad craneal con ausencia bilateral del techo de la caja del tímpano. Conducto aortopulmonar permeable y persistencia de foramen oval. Esófago normodesarrollado y permeable.
- Placenta: peso 498 g, sin alteraciones relevantes. Cordón umbilical de 25 cm de longitud con 2 vasos e inserción paracentral-marginal.

Discusión

El polihidramnios severo es una complicación grave del embarazo. Es en estos casos donde la amniocentesis evacuadora o amniodrenaje tiene su principal indicación. La técnica consiste en la evacuación ecoguiada de líquido amniótico hasta lograr un volumen de líquido amniótico normal¹ y fue descrita por Elliot en 1994², concluyendo que era una técnica segura para el tratamiento del polihidramnios. Las complicaciones que se asocian con mayor frecuencia a la técnica son rotura prematura de membranas, dinámica uterina, corioamnionitis y abruptio placentae. La mayor parte de estas complicaciones se asocia a procedimientos no ecoguiados o a la evacuación de volúmenes elevados superiores a los 5 l. En nuestras pacientes los procedimientos se realizaron bajo control ecográfico en todo momento y en ningún caso se extrajeron más de 2.200 cm³ de líquido amniótico. No evidenciamos la aparición de ninguna complicación en ninguno de los procedimientos realizados a las pacientes. La principal finalidad de la técnica es la de disminuir la sintomatología materna y prolongar la duración de la gestación, al disminuir la aparición de contracciones de forma prematura⁴. Esta técnica se describe ampliamente en la literatura médica en gestaciones múltiples pero existen pocos estudios de este procedimiento en gestaciones simples. Coviello et al.⁵ describen 2 técnicas para la realización del amniodrenaje, denominadas técnica estándar y radical. Es de elección el procedimiento radical, en el que se utiliza un catéter de 18 G y un sistema de aspiración independiente, ya que es más rápido y cómodo para la paciente y para el profesional que lo realiza⁶. También se asocia a un menor número de procedimientos en cada gestante⁷. El pronóstico de cada gestación dependerá de la etiología del polihidramnios y de la edad gestacional al parto⁸. En las gestaciones únicas no está demostrado que el procedimiento mejore el pronóstico perinatal global y en ocasiones se realiza de forma paliativa, al tratarse de fetos con malformaciones severas. La técnica puede repetirse las veces que se considere oportuno, en función de la sintomatología o de la cantidad de líquido amniótico presente. Es un procedimiento con muy pocas complicaciones asociadas^{9,10}.

En nuestro caso la realización de amniodrenajes repetidos permitió prolongar la gestación en el primer caso 10 semanas y en el segundo 5 semanas (aunque hay que tener en cuenta que se finalizó la gestación por la muerte

fetal intraútero), datos comparables con los de Elliot² que recoge una prolongación media de 7 semanas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gutiérrez J, Carstens PE, Sánchez J, Saez R, Sandoval R, Sepúlveda W. Amniodrenaje en el manejo del polihidramnios severo. *Revista Chilena de Ultrasonografía*. 1998;1.
2. Elliot JP, Sawyer AT, Radin TG, Strong RE. Large volume therapeutic amniocentesis in the treatment of hydramnios. *Obstet Gynecol*. 1994;84:1025-7.
3. Ross MG, Brace RA. National Institute of Child Health and Development Conference summary: amniotic fluid biology-basic and clinical aspects. *J Mat Fet Med*. 2001;10:2-19.
4. Hill L, Krohn M, Lazebnik N, Tush B, Boyles D, Ursiny JJ. The amniotic fluid index in normal pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:950-4.
5. Coviello D, Bonati F, Montefusco SM, Mastromatteo C, Fabietti I, Rustico M. Amnioreduction. *Acta Bio Medica Ateneo Parmense*. 2004;75 Suppl 1:31-3.
6. Álvarez Colomo C, Barrero Real L, Gobernado Tejedor JA, Heras Pérez B, Sánchez Rojo C, Mora Cepeda P. Amniodrenaje repetido para el tratamiento de un polihidramnios. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53:324-7.
7. Jauniaux E, Holmes A, Hyett J, Yates R, Rodeck C. Rapid and radical amniodrainage in the treatment of severe twin-twin transfusion syndrome. *Prenat Diagn*. 2001;21:471-6.
8. Piantelli G, Bedocchi L, Cavicchioni O, Verrotti C, Cavallotti D, Fieni S, et al. Amnioreduction for treatment of severe polyhydramnios. *Acta Bio Medica Atheneo Parmense*. 2004;75 Suppl 1:56-8.
9. Higuera Sanz MT. Hidramnios y oligoamnios. Otras enfermedades del amnios. Anomalías del cordón umbilical. Prolapso de cordón. *Tratado de Ginecología*. En: *Obstetricia y Medicina de la reproducción*. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2003. p. 593-597.
10. Cardwell MS. Polyhydramnios. A review. *Ostet Gynecol Surg*. 1987;42:612-7.