

ABORTO DECORRENTE DE HIDROPSIA FETAL: RELATO DE CASO

LAÍSSA GAVA ALTOÉ¹, ELIZA MOREIRA DE MATTOS TINOCO²

1 Discente em Medicina do Centro Universitário UniFacig. gavalaiassa@gmail.com

2 Médica pela Universidade Iguaçu e graduada em Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Santa Casa de Vitória.

RESUMO

Hidropsia fetal é um sinal patológico obstétrico raro que acomete cerca de 1/4.000 partos, cuja etiologia pode ser decorrente de mais de 100 tipos de doenças. Trata-se de um distúrbio hídrico que cursa com o acometimento de dois ou mais tecidos moles ou cavidades serosas do feto, sendo por isso, evidenciado derrame pleural e/ou pericárdico, anasarca, edema subcutâneo ou ascite. Em geral, não são observadas sintomatologias maternas, assim o diagnóstico se dá por meio da ultrassonografia pélvica de rotina. O prognóstico dessa patologia é bastante lóbrego, já que boa parte das crianças são natimortas ou desfrutam de poucas horas de vida após o nascimento. Contudo, embora raro, é possível observar sobreviventes sem anormalidades; mas, para isso, é necessário um diagnóstico precoce - visando o conhecimento da etiologia -, que determinará o tratamento e condutas adequadas. O presente estudo visa relatar um caso de hidropsia fetal, provavelmente decorrente de causa não imune, que evoluiu em aborto espontâneo na 19ª semana de gestação. Foi utilizado dados de prontuário médico para a elaboração do relato, o qual foi fundamentado por meio de 15 artigos, entre o período de 2000 a 2016, através da utilização dos bancos de dados das seguintes bases indexadoras: *Lilacs*, *Scielo* e *BVS*. A partir da anamnese, análise de exames tanto laboratoriais quanto de imagens, assim como da busca de dados literários, observou-se que o caso apresentado se sucedeu de forma semelhante ao que aponta os escritos literários, pois, como já mencionado, a hidropsia se trata de uma entidade com um prognóstico bastante ruim. O caso relatado traz à luz a discussão da etiologia, diagnósticos e condutas acerca da hidropsia fetal, patologia que embora tenha recebido atenções pré-natais significativas, não têm demonstrado boas mudanças de paradigma.

Palavras-chave: Aborto; Condutas; Diagnóstico; Distúrbio Hídrico, Hidropsia Fetal.

ABORTION ARISING FROM FETAL HYDROPSY IN PRIMIGEST: CASE REPORT

ABSTRACT

Hydrops fetalis is a rare obstetric pathologic sign that affects about 1/4,000 births, the etiology of which can be due to more than 100 types of diseases. It is a water disturbance that occurs with the involvement of two or more soft tissues or serous cavities of the fetus. Therefore, pleural effusion and/or pericardial effusion, anasarca, subcutaneous edema or ascites are evident. In general, maternal symptoms are not observed and the diagnosis is made through routine pelvic ultrasonography. The prognosis of this pathology is quite bleak, since most of the children are stillborn or enjoy a few hours of life after birth. However, although rare, it is possible to observe survivors without abnormalities; but for this it is necessary an early diagnosis - aiming the knowledge of the etiology -, that will determine the appropriate treatment and conducts. This study aims to report a case of hydrops fetalis, probably due to a nonimmune cause, which evolved spontaneously in 19^a the week of gestation. Medical records data were used to prepare the report, which was based on 15 articles, between the period from 2000 to 2016, using the databases of the following index bases: Lilacs, Scielo and BVS. From the anamnesis, analysis of both laboratory and imaging examinations, as well as the search for literary data, it was observed that the case presented was similar to the one pointed out by literary writings, since, as already mentioned, it is an entity with a rather poor prognosis. The case reported brings to light the discussion of etiology, diagnoses and conducts about hydrops fetalis, a pathology that although it has received significant prenatal care, have not demonstrated good paradigm shifts.

Keywords: Abortion; Conduct; Diagnosis; Fetal Hydrops; Water Disturbance.

1 INTRODUÇÃO

Hidropsia fetal (HF) caracteriza-se como um sinal patológico grave resultante do acúmulo anormal de líquido extravascular no feto. Sendo, por isso, definida pela presença de mais de uma coleção líquida patológica, que se dá por meio do derrame pleural e/ou pericárdico, ascite, edema subcutâneo – sobretudo em região do couro cabeludo e tórax -, ou mesmo anasarca (MONTENEGRO; PRITSIVELIS; RESENDE FILHO, 2014). Fetos polidrâminios e espessamento de placenta, principalmente entre o 2º e 3º trimestres de gestação, também podem ser encontrados (VENKATEST, S. 2005). Diferente da conceituação inicial, não se trata de uma patologia específica, mas sim é estabelecida como o resultado final de sucessão de condições fetais e maternas (CÁLIX, 2009).

Etiologicamente a hidropsia pode ser classificada em dois grupos: Hidropsia Fetal Imune (HFI) e Hidropsia Fetal Não Imune (HFNI). A primeira é decorrente da isoimunização, como a decorrente do sistema Rh, por exemplo. Enquanto a HFNI apresenta um grupo de patologias de vários sistemas do organismo (MONTENEGRO; PRITSIVELIS; RESENDE FILHO, 2014).

Na realidade, a hidropsia fetal se trata de uma afecção relativamente rara acometendo 1/4.000 partos, que compreende mais de 100 patologias diferentes (VALENTE, 2005) e que, se não diagnosticada a tempo, apresenta uma mortalidade que pode atingir até 90% dos fetos, sendo que, em 30% dos casos, a morte é ainda intraútero (LIMA, 2006).

Em geral, o prognóstico da patologia é sombrio, visto que a maioria das crianças são natimortas ou morrem nas primeiras horas de vida; e, se a patologia for diagnosticada antes da 24ª semana gestacional, o risco de óbitos ultrapassa os 95% (SILVA, 2005 *apud* SILVA, T., 2012).

O presente estudo tem por objetivo relatar o caso de hidropsia fetal abordando diversos aspectos da casuística; contudo, dando-se ênfase na possível etiologia do caso, a se enfatizar a probabilidade da ocorrida patologia pelo desenvolvimento de um higroma cístico; assim como diagnóstico e condutas a serem realizadas na presente patologia. Além, claro, de se contar com a importância do esclarecimento social em se estabelecer o acompanhamento pré-natal adequado no decorrer da gestação, a fim de se detectar alterações precoces fetais, corrigir complicações maternas/fetais, e no caso de necessidade, instituição de tratamento precoce.

2 METODOLOGIA

As informações contidas no presente estudo foram obtidas por revisão do prontuário médico, além da entrevista ao paciente. A fim de se haver um maior embasamento, o relato foi fundamentado por meio de livros da área médica e de 15 artigos, através da utilização dos bancos de dados das bases indexadoras: Lilacs, Scielo e BVS. Uma vez, sendo um tema pouco discutido, o trabalho mais atualizado sobre a hidropsia em humanos, para integrar a fundamentação teórica do referente trabalho, resume-se ao ano de 2016.

Por se tratar de um estudo que inclui a exposição de fatos referentes a um civil, todo o processo que precedeu à confecção do trabalho passou pela aprovação na plataforma do Núcleo de Extensão e Pesquisa (NEP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da UNIFACIG (CEP - 3.628.262, 118490/2019). Além disso, o pesquisado foi informado em relação ao trâmite ético e esclarecimento quanto a seus direitos, por meio da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A fundamentação teórica, tendo a base em estudos já publicados e disponibilizados em meio digital e físico, tem como objetivo prover embasamento científico ao trabalho, do

mesmo modo que auxiliar na identificação do estágio atual do conhecimento pertinente ao tema (GIL, 2010).

Os dados do estudo foram coletados a partir da definição dos Descritores da Ciência da Saúde, (DeCS): hidropsia fetal, distúrbio hídrico, higroma cístico, aborto hidrópico, feto hidrópico e hidropsia imune. Foram selecionados e analisados artigos de conteúdo proveitoso e propício para serem utilizados na atual pesquisa. A busca baseou-se em trabalhos que relatam a respeito de Hidropsia Fetal e suas consequências à mãe e ao feto, foram então selecionados estudos que se relacionassem à hidropsia fetal em humanos, compreendendo os fatores causais e precipitantes, o diagnóstico, prognóstico e o tratamento – caso possível – que se assemelhavam ao caso em estudo, além de artigos com relevância quanto a relação da hidropsia fetal com o higroma cístico. Foram excluídos os trabalhos que não abrangessem o os critérios de inclusão.

3 RELATO DE CASO

Paciente, 32 anos, primigesta, isenta de comorbidades prévias, nega alcoolismo e hábitos tabágicos. Grupo O Rh negativo e pai, Rh positivo. Acompanhamento pré-natal assistido e gestação, até então, sem intercorrências. Realizada ultrassonografia pélvica rotineira com idade gestacional (IG) de 12 semanas, quando se verificou a presença de feto hidrópico. Para a confirmação da suspeita, foi realizada nova ultrassonografia (obstétrica morfológica – para maiores detalhes), em clínica especializada, a qual atestou se tratar de hidropsia fetal. O laudo médico constava: feto único hidrópico, normodrâminio, portador de derrame pleural bilateral (FIGURA 1) e ascite (FIGURA 2), com espessamento e edema subcutâneo generalizado (FIGURA 3) e subgaleal – impossibilitando, por isso, a delimitação anatômica da face. Evidenciado também peso fetal aproximado de 92g [(cerca de 24g acima do padrão em relação à IG, percentil 90) FIGURA 4], além de higroma cístico em região cefálica (FIGURA 5) e dilatação do ducto venoso. À ecografia anatômica, a princípio, não se notou alterações de órgãos ou vísceras torácicas e abdominais. Ao exame físico da paciente, na 12 IG, constava: fundo uterino correspondente a 13 cm, a vitalidade fetal se encontrava preservada com 163 batimentos fetais por minuto; ao toque genital, colo uterino grosso e fechado.

FIGURA 1 – Ultrassonografia (USG) uterina, corte sagital demonstrando derrame pleural do feto.



Fonte: Prontuário Médico

FIGURA 2 – USG uterina, corte sagital evidenciando ascite fetal.



Fonte: Prontuário Médico

FIGURA 3 – USG uterina, corte sagital com edema subcutâneo em feto.



Fonte: Prontuário Médico

FIGURA 5 - USG uterina, corte sagital, motrando higroma cistico occipital fetal.



Fonte: Prontuário Médico

FIGURA 4 – Idade Gestacional x Peso Fetal

Idade Gestacional (semanas)	Peso Fetal (g)					Idade Gestacional (semanas)	Peso Fetal (g)				
	Percentil						Percentil				
	3	10	50	90	97	25	589	652	785	918	981
10	26	29	35	41	44	26	685	758	913	1068	1141
11	34	37	45	53	56	27	791	879	1055	1234	1319
12	43	48	58	68	73	28	908	1004	1210	1416	1513
13	55	61	73	85	91	29	1034	1145	1379	1613	1754
14	70	77	93	109	116	30	1169	1294	1559	1824	1949
15	88	97	117	137	146	31	1313	1453	1751	2049	2189
16	110	121	146	171	183	32	1465	1621	1953	2285	2441
17	136	150	181	212	226	33	1622	1794	2162	2530	2703
18	167	185	223	261	279	34	1783	1973	2377	2781	2971
19	205	227	273	319	341	35	1946	2154	2595	3036	3244
20	248	275	331	387	414	36	2110	2335	2813	3291	3516
21	299	331	399	467	499	37	2271	2513	3028	3543	3785
22	359	398	478	559	598	38	2427	2686	3236	3786	4045
23	426	471	568	665	710	39	2576	2851	3435	4019	4294
24	503	556	670	784	838	40	2714	3004	3619	4234	4524

Fonte: Adaptado de HADLOCK, F. P; HARRIST, R. B; MARTINEZ-POVER, J. In
 utero analysis of fetal grow: A sonographic weight standard, 1991.

Na 17ª semana gestacional, foi realizada dopplervelocimetria a qual constatou alterações do fluxo sanguíneo feto-placentário. A paciente também realizou exames laboratoriais a fim de se instituir a casuística. Foram feitas sorologias maternas para toxoplasmose não-imune, parvovirose, citomegalovirose, VDRL, HBsAg, anti-HVC, anti-HIV, rubéola - todos não reagentes; assim como exame de coombs indireto; para diabetes gestacional e urocultura, sendo também, negativos. O hemograma laboratorial, de forma discriminado, resultou em: hemácias 4,61 milhões/mm³; hemoglobina 13,5 g/dL; hematócrito 38,1%; VCM 82,6 fL; HCM 29,3pg; CHCM 35,4%; RDW 11,9%; leucócitos 8450 céls/mm³; basófilos 0,2%; eosinófilos 1,3%, blastos 0,0%; promielócitos 0,0%; mielócitos 0,0%; metamielócitos 0,0%; bastonetes 0,0%; segmentados 58,6%; linfócitos típicos 32,4%; linfócitos atípicos 0,0%; eritroblastos 0,0%; plaquetas 321.000/mm³; além disso o valor da ferritina foi de 153mg/dL e de ferro sérico, 139mg/dL.

Sabendo-se que, muito provavelmente, não se tratava de hidropsia fetal imune, e com a finalidade de se saber a origem do problema, foi indicado que a paciente realizasse a amniocentese. Contudo, malsucedida, pois a ecografia da 19ª semana gestacional indicou cessação de batimentos, movimentos e tônus fetal. Sob essa perspectiva, foi realizada a

indução do aborto no hospital de Cachoeiro de Itapemirim/ES. Também foi coletado pequeno fragmento do feto para a realização de cariótipo, instituído no setor de citogenética em Belo Horizonte/MG, o qual por meio da técnica de DNA das vilosidades coriônicas e do PCR (reação em cadeia da polimerase), foi confirmado que se tratava de um bebê do sexo masculino e desprovido de anormalidades dos cromossomos 13, 16, 18, 21 e 22. Ainda, isentado de alguns fatores causais de hidropsia fetal não imune, foi feito um estudo genealógico dos pais, a fim de se descobrir alguma origem genética, que por meio dessa técnica foi negada. Contudo, por motivos próprios, não foi realizado cariótipo nem materno e nem mesmo paterno.

4 DISCUSSÃO

Hidropsia Fetal Imune diz respeito a situações imunomediadas como acontece na isoimunização Rh – resultando a eritroblastose fetal -, na incompatibilidade do sistema ABO ou mesmo de outras classificações sanguíneas, como descobriram há pouco, a presença de anticorpos de baixa frequência, os anticorpos *minor*, que resultam em doença hemolítica (BARREIRA, 2011). De certo que, com a imunoprofilaxia anti-D, os casos de HF decorrentes da incompatibilidade do sistema *Rhesus* (RhD) caíram para menos da metade, quando comparados aos anos 60; contudo, ainda hoje, a incompatibilidade RhD constitui a principal causa de HFI (FRITSCHI, 2012). Em relação à HFNI, esse é grupo que compreende um número grande de patologias que levam à síndrome observada nos fetos. As afecções que podem resultar na HFNI são variadas e compreendem desde alterações metabólicas, cardíacas, cromossômicas, infecciosas, linfáticas, intestinais, pulmonares, entre outras; estando descritas no quadro 1.

QUADRO 1 – Etiologia da Hidropsia Fetal Não Imune

Sistema Acometido/Etiologia	Complicação/Doença/Afecção
-----------------------------	----------------------------

CARDIOVASCULAR	Anomalias cardíacas estruturais (ex: Tetralogia de Fallot) Arritmias (taquiarritmias – TSV e Flutter atrial) Anomalias vasculares Neuroblastoma Anomalias placentárias Corioangioma Hemangioma do cordão umbilical
LINFÁTICO	Quilotórax Higroma Cístico
METABÓLICO	Doença de Gaucher Doença de Niemann-Pick Doença de Farber Mucopolissacaridose Deficiência de carnitina Homocromatose neonatal
HEMATOLÓGICO	Hemorragia intrauterina Transfusão feto-materna Síndrome da transfusão gêmeo-gemelar (STGG) Deficiência de G-6P-D Alfa-talassemia {a hemoglobina de Bart (γ_4)}
GASTROINTESTINAL	Colestase Mal rotação intestinal Duplicação intestinal Peritonite meconial Tumor hepático Malformação vascular hepática
TORÁCICO	Cisto broncogênico Linfagiectasia pulmonar Hérnia diafragmática Sequestro pulmonar Massa intratorácica Malformação adenomatoide cística congênita
CROMOSSÔMICO	Triploidia Síndrome de Turner Síndrome de Down Síndrome de Patau Síndrome de Edwards Trissomia do 12

AFECÇÕES MATERNAS	Eclâmpsia/Pré-eclâmpsia Diabetes gestacional Anemia grave Hipoproteinemia
INFECCIOSO	HIV Citomegalovírus Herpes vírus Parvovírus B19 Vírus Coxsackie Adenovírus Ecovírus Sífilis Toxoplasmose
URINÁRIO	Estenose/Atresia uretral Síndrome de Prune-Belly

Fonte: Adaptado de SPEER, M. E. Postnatal care of hydrops fetalis, 2009.

Com a melhoria dos cuidados pré-natais, a HF devido à isoimunização Rh tornou-se menos comum, com isso, na atualidade, a HFNI corresponde a cerca de 90% de todos os casos de hidropsia (AFONSO, 2010). Sendo que, dentro do grupo da hidropsia não imune, aproximadamente 63% dos casos deram-se em função das etiologias provenientes do sistema cardiovascular, de alterações cromossômicas, torácicas e fatores anemiantes. Contudo, as alterações cardiovasculares merecem destaque por se tratar da principal causa de hidropsia, com uma prevalência de cerca de 20% (FRITSCHI, 2012).

Em relação as causas infecciosas, vários são os agentes que podem corroborar para as alterações fetais que cursam em hidrôpsia, contudo o *Treponema pallidum*, o citomegalovírus e o parvovírus B19 são os principais autores implicados nessa casuística (SILVA, A., 2005). Importante ressaltar que, devido à impossibilidade de se isolar um fator causal, cerca de 40% dos casos são tidos como idiopáticos (HIDROPSIA, 2013).

A hidropsia fetal parte de uma desordem entre o sistema linfático e vascular. Decorre, pois, do aumento da produção do líquido intersticial, da diminuição do retorno linfático ou da obstrução do retorno venoso (MONTENEGRO; PRITSIVELIS; RESENDE FILHO, 2014).

Sobre a fisiopatologia hidrópica, as alterações orgânicas podem ser provocadas basicamente por quatro fatores – diminuição do fluxo linfático, aumento da pressão venosa

central, hipoproteinemia e anemia -, que dependendo da causa base, podem agir isoladamente ou em interdependência (HIDROPSIA, 2013).

Embora não seja a única casuística, a anemia é, em geral, o fator elementar para a ocorrência da hidropsia, pois ela, frequentemente, comporta-se como o desencadeador dos outros fatores causais (HIDROPSIA, 2013). A deficiência de glóbulos vermelhos no sangue, e considerando a gravidade do quadro, acaba por permitir o mecanismo compensatório de eritropoiese que pode ser tão intenso a ponto de as ilhotas pancreáticas poderem ganhar intenso volume, e, por congestão e obstrução hepática, ocorreria hipertensão do sistema porta. Isso somado ao dano do endotélio resulta em hipoalbuminemia e consequente redução da pressão oncótica, quadro que leva ao extravasamento de líquido vascular (BARREIRA, 2011).

Em particularidade, a anemia também pode provocar a desordem hídrica por meio da hipóxia celular tanto em especificidade ao músculo do coração, quanto nos demais tecidos. A baixa de carreadores de oxigênio e de nutrientes para o suprimento do miocárdio pode fazer com que a pressão venosa central aumente resultando em insuficiência cardíaca. No segundo caso, a hipóxia tissular faria com que, devido à necessidade de suprimento nutricional, houvesse o aumento da permeabilidade vascular, resultando, mais uma vez, em desequilíbrio (HIDROPSIA, 2013). Ainda não pode deixar de se considerar que boa parte das afecções acontece não por intermédio do déficit de glóbulos rubros, mas por alterações isoladas da desordem de proteínas, vascular e mesmo por deficiência na drenagem do sistema linfático (TEIXEIRA, 2008).

O diagnóstico da hidropsia fetal, geralmente, é feito por ultrassonografia de rotina durante o acompanhamento pré-natal, o qual, notavelmente, observa-se duas ou mais das seguintes afecções hídricas no feto: ascite, edema cutâneo, de partes moles ou anasarca, derrame pleural e/ ou pericárdico e, na maior parte das vezes, polidramnia (CARDOSO, 2000). A identificação do feto hidrópico, embora ocasional, não é difícil de ser estabelecida. O desafio parte da etiologia, tratamento apropriado – caso possível - e determinação do período do parto, considerando que, embora o nascimento do feto hidrópico seja raro, boa parte dos que nascem são pré-maturos (LIMA, 2006). Assim, os exames para a confirmação da hidropsia devem ser realizados, em virtude das múltiplas causas, em uma sequência de exclusão etiológica mais provável. Inicialmente, são realizadas ecografia, tipagem sanguínea e coombs indireto, ecocardiografia fetal, pesquisa materna para diabetes, hipertensão e infecções (a exemplo: citomegalovirus, *Toxoplasma gondii*, parvovirus B19, vírus das

hepatites, herpes simples tipo 1 e 2, adenovírus, vírus coxsackie e *Trypanosoma cruzi*). Pode ainda ser feito: eletroforese de hemoglobinas (talassemia), dosagem de glicose 6 fosfato desidrogenase, para elucidação de causas metabólicas. Em segunda instância, são realizados os testes mais invasivos; para isso, é válida a biópsia vilo coriônica, amniocentese, cordocentese e paracentese fetal (AFONSO, 2010).

Em relação à hidropsia fetal, as mães não apresentam sintomatologia que induzem suspeita ao quadro. Contudo, no desenrolar da doença, as gestantes podem desenvolver a Síndrome de Ballantyne, conhecida também como “síndrome do espelho” – complicação materna rara que mimetiza o quadro de hidropsia do feto. Essa patologia cursa com pré-eclâmpsia, traduzidas, além da pressão arterial elevada, também com edema e proteinúria. A síndrome deve ser revertida pelo tratamento da hidropsia ou pela interrupção da gravidez, visto o grande risco de mortalidade materna por edema agudo de pulmão (MONTENEGRO; PRITSIVELIS; RESENDE FILHO, 2014).

Conforme descrito, os achados do presente caso seguem em consonância com os dados bibliográficos. Assim como na literatura, o diagnóstico de hidropsia se deu através da ultrassonografia de rotina realizada durante o acompanhamento gestacional, sendo visualizadas quatro diferentes regiões fetais com desequilíbrio hídrico. Distanciando-se do costumeiro, em que, por meio da identificação por imagem, observam-se fetos polidrâmnios; nesse caso, em especial, isso não ocorreu, sendo constatado líquido amniótico em volume padrão.

Demais exames são realizados para determinação etiológica. Contando com isso, testes previamente instituídos foram feitos em vista de se descartar as principais causas da patologia. Considerando a mãe com padrão sanguíneo Rh negativo, estabeleceu-se o estudo de coombs indireto, que negativo, distanciou a possibilidade de hidropsia imunitária. Em segunda instância, exames sorológicos excluíram causas infecciosas mais prováveis, incluindo testes laboratoriais para a parvovirose humana e a citomegalovirose, nem sempre estudados, mas muito recorrentes em questão. Afecções maternas como diabetes gestacional e eclâmpsia/pré-eclâmpsia também foram excluídas. O ultrassom morfológico, inicialmente, afastou alterações estruturais de órgãos abdominais e torácicos como causador da patologia. Ainda, a pesquisa de anormalidades da câmara cardíaca, por meio da ecocardiografia fetal, não foi possível ser realizada em virtude do mau desfecho do caso. O estudo do cariótipo fetal excluiu as principais mutações cromossômicas, sendo elas as síndromes de Down, Patau, Edwards, Turner, além da trissomia do cromossomo 22 e a alfa-talassemia. A dopplervelocimetria

realizada constatou alterações do fluxo sanguíneo materno-fetal. Isso somado a não realização do exame que avaliasse especificamente as estruturas do coração, deixa em aberto o acometimento cardiovascular como o fator causal da hidropsia, visto que, como descrito, esse seria o principal fator que levasse ao feto hidrópico de natureza não imune.

Ainda há de se considerar que um provável fator, que não foi melhor abordado no diagnóstico primário do feto acometido, pode ser o higroma cístico. Essa afecção consiste em causa corriqueira de cisto encontrado na avaliação pré-natal e tem como etiologia as alterações cromossômicas. Decorre da falha da drenagem do sistema linfático para a veia jugular interna, causando a vasodilatação dos vasos desse sistema (ZUGAIB, 2016).

Um estudo realizado por Fritschi (2012) considera o linfangioma como uma alteração do sistema de drenagem que mais se relaciona à hidropsia não imune. Segundo ele, 73,3% dos casos de etiologia linfática são decorrentes da massa cística – sendo que a maioria descrita na literatura se encontra em região cervical, assim como no relato.

Assim, perante o exposto, o caso abordado não foi passível de diagnóstico definitivo; entretanto, fica em aberto algumas opções etiológicas sugeridas no desfecho, sendo as principais a cardiopatia e o linfoangioma.

O desenrolar do presente relato não foi satisfatório, assim como sugerido nas bibliografias, fetos que são acometidos por hidropsia antes da 24ª semana de gestação apresentam, quase sempre, abortamento espontâneo. Diante desse desfecho, a única conduta obstétrica passível de realização é a retirada do conceito, conforme feito. Contudo, embora raro, àqueles que apresentam melhores prognósticos – em se tratando da descoberta etiológica e idade gestacional do diagnóstico -, estudos realizados e citados por Barreira (2011), constata que a realização de transfusão intrauterina antes da 35ª semana seria uma saída para a obtenção da maturidade fetal e manutenção da gravidez. Ainda assim, Teixeira (2008), não considera adequada a manutenção da gravidez por mais de 34 semanas, por trazer riscos maternos. Por isso, a interrupção da gravidez, em centro terciário com UTI, deverá ser considerada quando os riscos superarem os benefícios.

Como já mencionado, no caso apresentado, não houve tempo hábil para o tratamento. No entanto, quando realizável este consta em empregos de técnicas que corrijam a hipoxemia, acidose, hipoglicemia e anemia fetais. Dependendo da situação, ainda intraútero, é possível a realização de transfusão sanguínea para se corrigir o severo quadro de anemia fetal. Após o nascimento, realizado em centro especializado, há de se iniciar ventilação mecânica – revertendo o quadro hipoxêmico e acidótico. Também cabível em casos de intensa ascite,

paracentese imediata para impedir que ocorra restrição da expansibilidade torácica, assim como toracocentese de alívio (VENKATEST, S., 2005). Transfusão intravascular de albumina pode ser considerada devido à hipoproteinemia. Exsanguineotransfusão pode ser realizada em alguns casos, a fim de se obter normalização do número de hemácias e hematócrito. Transfusões sanguíneas são limitadas a casos específicos, pois a infusão de sangue total ou plasma implicará em desequilíbrio da pressão coloidosmótica, que, notavelmente, já se encontra alterada, fazendo com que o volume circulante de líquido intracelular aumente ainda mais, piorando o quadro de insuficiência cardíaca, geralmente, preexistente nos fetos hidrópicos (REZENDE; MARGOTTO, 2019).

A monitorização da glicemia, restrição hídrica e tratamento com furosemida (diurético) são mecanismos gerais de extrema importância para a correção de líquidos. Mas, de acordo com a causa base, a hidropsia pode ser tratada com especificidade. Há de se saber: digitálicos, diuréticos, anti-hipertensivos e antiarrítmicos para afecções cardíacas; sulfadiazina, espiramicina e piremetamina para toxoplasmose; penicilina benzatina na sífilis, assim como benzonidazol na Doença de Chagas, por exemplo (HIDROPSIA, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hidropsia fetal, embora se trate de uma patologia relativamente rara e que nos últimos anos desprende avanços diagnósticos e terapêuticos, merece destaque em contexto obstétrico, dado, ainda, o grande índice de morbidade e mortalidade dos conceitos.

As causas etiológicas da patologia são inúmeras e consideradas o grande desafio para determinação da gravidade do quadro e o prognóstico gestacional, por isso, cabe aqui à sistematização e dinamismo do diagnóstico. Pois, têm-se evidenciado uma relação de proporcionalidade direta entre idade gestacional de desenvolvimento da hidropsia fetal e mortalidade do feto.

A conduta do profissional médico pode variar de um caso para outro, mas é de conhecimento geral que, para o acompanhamento de gestantes com a problemática, os centros de alta complexidade são a melhor solução. Nesses locais, há de se dispensar a supervisão com uma equipe multidisciplinar, métodos diagnósticos de mais fácil prontidão, a fim de se minimizar o tempo de investigação e realização de terapêutica adequada.

Também, é de especial importância, além da antecipação clínica e decisões médicas em referência à identificação da hidropsia, o aconselhamento genético e, talvez, o

acompanhamento psicológico aos casais que passam por atual desfecho, visto a relativa probabilidade de recorrência da problemática em gestações futuras

6 REFERÊNCIAS

AFONSO, A. *et. al.* Hidropsia Fetal e Colestase Neonatal: Caso Clínico. **Nascer e Crescer** – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, Porto, Portugal, v.19, n. 3, 2010.

BARREIRA, A. R. M. A. **Hidropsia Fetal Imune**. 2011. 38 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade do Porto, Portugal, 2011.

CÁLIX, M. J. *et. al.* Hidropsia Fetal Patologia do Passado, Presente e... Futuro? Estudo Retrospectivo. **Nascer e Crescer** – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, Porto, Portugal, v. 18, n. 4, 2009.

CARDOSO, M. C. Hidrópsia fetal de causa não imunológica. **Medicina Materna Fetal**. 2. ed, Lisboa, Portugal: Lidel, 2000.

FRITSCHI, A. *et. al.* Hidropsia Fetal Não Imune: experiência de duas décadas num hospital universitário. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed Atlas, 2010.

HADLOCK, F. P; HARRIST, R. B; MARTINEZ-POVER, J. In: **Utero analysis of fetal grow**: A sonographic weight standard. Radiology 1991.

HIDROPSIA Fetal Não Imune. **USB – Clínica de Ultrassonografia** – USB Ipanema e USB Icaraí- Clínica de Ultrassonografia da Barra – Icaraí, Rio de Janeiro, p. 85-88, 2013.

LIMA, F. A. S. *et. al.* Hidropsia Fetal Não Imune Associada à Pré-eclâmpsia: Relato de Caso. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 20, n. 2, 2006.

MONTENEGRO, C. A. B.; PRITSIVELIS, C.; RESENDE FILHO, J. Hidropsia Fetal Não Imune. **Revista FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, 2014.

REZENDE, J. G; MARGOTTO, P. **HIDROPSIA FETAL**. Disponível em: www.paulomargotto.com.br/documentos/HIDROPSIA%20FETAL.doc. Acesso em: 09 de jan. 2019.

SILVA, A. R. A. *et. al.* Hidropsia Fetal: Análise de 80 casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 2005.

SILVA, T. M. *et. al.* Diagnóstico ultrassonográfico de Hidropsia Fetal Intrauterino – Relato de Caso. **Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV- SP**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 26-31, 2012.

SPEER, M. E. **Postnatal care of hydrops fetalis**. UpToDate, Basow DS (Ed): UpToDate, Whaltaman - Massachusetts. 2009.

TEIXEIRA, A. *et. al.* Recém-Nascido com Hidrópsia Fetal Não Imune, Experiência de um Centro de Referência. **ACTA Médica Portuguesa**, Lisboa, Portugal, v. 21, n. 4, p. 345-350, 2008.

VALENTE, M.B. *et. al.* Hidropsia fetal de causa infecciosa. **Jornal Paranaense de Pediatria. Paraná**, v.47, n. 6, 2005.

VENKATEST, S. 2005, *et.al.* Hidropsia Fetal Não Imune e Doença Fetal Fulminante por Infecção Congênita por Citomegalovírus em Recém-Nascido Prematuro. **Jornal Perinatol, South American NICUs**, v. 25, 2005.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. Barueri: Ed Manole, 3. ed, 2016.