



MORTE FETAL POR HIDROPSIA E HIGROMA CÍSTICO – RELATO DE CASO

Humberto Tostes de Faria Sucasas¹, Talita de Freitas Souza², Bruna Barcelos Camargo³, Gabriela Simão Pires⁴, Amanda Dornelas Eler⁵, Everton Freixo Guedes⁶

¹ Acadêmico de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, humbertosucasas@yahoo.com.br;

² Acadêmico de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, talitadefreitassouza@gmail.com;

³ Acadêmico de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, brunabcamargo@gmail.com;

⁴ Acadêmico de Medicina do Centro Universitário do Centro Universitário UNIFACIG, gabrielasimaopires96@gmail.com;

⁵ Acadêmico de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, amanda-eler@hotmail.com;

⁶ Médico Ginecologista e Obstetra, docente do curso de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, efgmedgo@gmail.com

Resumo: Apesar do advento de novas tecnologias aplicadas em exames laboratoriais e de imagem, os indicadores de óbitos neonatais, não obteve redução de seus números. A hidropsia fetal, importante causa de morte em neonatos, é definida pelo acúmulo patológico de líquido nos tecidos moles e cavidades serosas do feto. Ocorre quando existe um desequilíbrio no movimento de líquido entre os espaços intersticiais e o vascular, aumentando a produção do líquido intersticial e reduzindo o retorno linfático. Pode ser dividida em imune, causada principalmente pela isoimunização Rh, e não imune, onde podemos identificar inúmeras etiologias. Já o higroma cístico desenvolve-se a partir de uma falha na drenagem dos sacos linfáticos. O diagnóstico das duas patologias pode ser feito através da ultrassonografia, realizada rotineiramente no primeiro trimestre de gestação, preconizada pelo Ministério da Saúde. A etiologia pode ser definida através da necropsia do feto, já que existe uma possibilidade de associação de uma variedade de doenças. Se faz necessário a determinação de uma etiologia tratável para evitar a recidiva em gestações futuras. Relata-se o caso de paciente que apresentou morte fetal por hidropsia e higroma cístico, e salienta a relevância da assistência pré-natal.

Palavras-chave: Pré-Natal; Ultrassonografia; Parto.

Área do Conhecimento: Obstetrícia; Saúde Pública

1 INTRODUÇÃO

Mesmo com uma significativa redução da mortalidade infantil no Brasil, os indicadores de óbitos neonatais não atingiram os valores esperados. Um número importante de mortes é ainda uma realidade no país, mortes por causas evitáveis, principalmente. A assistência pré-natal adequada, junto com a detecção e a intervenção precoce de situações de risco, são capazes de reduzir as principais causas de mortalidade neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Dentre as causas de morte neonatal, está a hidropsia fetal, causada por uma sobrecarga cardíaca exacerbada pelo aumento da pressão hidrostática nos capilares venosos e aumento da permeabilidade capilar em resultado à hipoxia (ZUGAIB, 2016). Leva um acúmulo patológico de líquido nas cavidades do feto e nos tecidos moles. A etiologia pode ser dividida em uma resposta imune e não imune, o que auxilia o médico no ato diagnóstico. Na causa imunológica temos a isoimunização Rh, ou seja, uma incompatibilidade sanguínea entre os progenitores e o bebê, como a principal causa de hidropsia (SILVA, 2005; ZUGAIB, 2016). Diferente da resposta imune, a não imune possui inúmeras possíveis etiologias para a hidropsia fetal. O diagnóstico se baseia na realização de exames laboratoriais e de imagem durante o período pré-natal (REZENDE, 2014).

Outra condição possível de mortalidade neonatal, e as vezes, associada a hidropsia, é o higroma cístico. Tumor fetal resultado de uma falha na drenagem dos vasos linfáticos para a veia jugular interna, levando a formação de um cisto de grandes proporções (ZUGAIB, 2016). O diagnóstico também pode ser feito através de exames de imagem, principalmente se realizados no primeiro trimestre de gestação, preconizado pelo Ministério da Saúde (Chen, 2002).

O estudo vigente relata um caso de uma gestante que em uma consulta rotineira de pré-natal identificou a ausência de batimentos cardíacos fetais (BCF) e encaminhada ao Hospital César Leite (HCL) para avaliação da equipe de Ginecologia e Obstetrícia. Após ultrassonografia constatou a morte

fetal e ainda hidropsia e higroma cístico. Além de contribuir como acréscimo para literatura médica, o relato tem também como objetivo reforçar a importância do acompanhamento pré-natal, no intuito de identificar precocemente patologias que possam levar ao aborto.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo de um relato de caso de uma paciente que durante a gestação do feto, o mesmo desenvolveu hidropsia e higroma cístico, levando-o ao óbito. As informações foram obtidas através da coleta e análise de dados contidos em prontuário médico, coligado ao exame do sujeito da pesquisa e exames de imagem, após consentimento da mesma. A análise foi feita em dados clínicos para fins de pesquisa, com revisão do tema em livros de Obstetrícia, cadernos publicados pelo Ministério da Saúde e na base de dados PubMed, pesquisando os termos “higroma cístico” e “hidropsia fetal” e selecionados os artigos publicados nos últimos 15 anos.

3 RELATO DE CASO

R.J.D., 33 anos, sexo feminino, em união estável, parda, natural e residente da zona rural de cidade de pequeno porte, procurou atendimento seguindo o pré-natal.

Paciente com 24 semanas e 2 dias (calculada de acordo com a data da última menstruação), G5 P3 (sendo um vaginal e duas cesáreas) A1, sangue O Rh+, com queixa de dispneia, encaminhada de centro especializado de atendimento à gestante devido ausência dos batimentos cardíacos fetais (BCF) através da ausculta com sonar durante exame de rotina de pré-natal. Foi admitida em hospital e internada. Na avaliação obstétrica apresentava altura uterina de 19cm, BCF ausente, sem sangramentos, bolsa íntegra e metrossistoles ausentes. Sorologias realizadas conforme recomendação do Ministério da Saúde não foram reagentes. Foi, então, realizada ultrassonografia do abdome. No exame foi confirmada a morte fetal e foram identificados massa septada de origem cervical e edemas nos membros superiores (FIGURA 1), acúmulo de líquido no pericárdio e abdômen do feto (FIGURA 2) e morte fetal (FIGURAS 3). A indução do parto foi feita com misoprostol e ocitocina.



Figura 1 - Ultrassonografia identificando edema de membro superior direito.



Figura 2 – Ultrassonografia Ultrassonografia identificando derrame pericárdico (à esquerda) e massa septada originária do pescoço (à direita).



Figura 3 – Feto evidenciando higroma cístico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda que a mortalidade infantil no Brasil teve uma significativa redução, os indicadores de óbitos neonatais não atingiram os valores previstos. Um número relevante de mortes em neonatos é até então uma realidade no país, mortes estas por causas evitáveis, principalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O Ministério da Saúde em 2012 elaborou um caderno voltado para Atenção Básica de saúde, focando no acompanhamento pré-natal de baixo risco e reforçando a necessidade de assistência adequada (consultas, realização de exames laboratoriais e de imagem) no intuito de identificar e intervir precocemente em situações de risco, diminuindo assim, as principais causas de mortalidade neonatal.

Hidropsia fetal é definida pelo acúmulo patológico de líquido nos tecidos moles e cavidades serosas do feto (MONTENEGRO, 2014). Ela acontece quando existe um desequilíbrio entre a regulação que movimenta líquido entre os espaços intersticiais e o vascular, aumentando a produção do líquido intersticial, ou reduzindo o retorno linfático (MONTENEGRO, 2014). O termo também se refere à presença de líquido nas cavidades corporais fetais como o peritônio (ascite), pleura (derrame pleural) e pericárdio (derrame pericárdico), podendo causar anasarca (espessamento da pele e do tecido subcutâneo) (REZENDE, 2014).

A hidropsia fetal pode ser categorizada de duas formas, de acordo com a sua etiologia: a primeira é a Hidropsia Fetal Imune quando há isoimunização Rh e; a segunda é a Hidropsia Fetal Não Imune, tendo diversas possíveis causas, diferentes da incompatibilidade de grupo sanguíneo (SILVA, 2005).

Com a profilaxia da isoimunização Rh, o número de casos de Hidropsia Fetal Imune diminuiu, e atualmente a forma Não Imune é a mais comum. As principais causas de Hidropsia Fetal Não Imune são: aumento da pressão venosa central; anormalidades cromossômicas (S. Down, Tuner); obstrução da veia cava; aumento da pressão intratorácica com retorno venoso prejudicado; transfusão gêmeo-gemelar; anemias (alfatalassemia); infecções (ZUGAIB, 2016).

O diagnóstico da hidropsia fetal não imune consiste, em primeiro lugar, afastar a possibilidade de aloimunização Rh, através dos Coombs Indireto (REZENDE, 2014). A paciente tinha Rh positivo. Um sinal clínico que pode ser encontrado na HFNI e que é indicativo para o ultrassom é a grande diferença entre o tamanho uterino e a idade gestacional. A paciente tinha uma altura uterina de 19cm e a idade gestacional de 24 semanas.

Após a exclusão de Hidropsia Fetal Imune, procura-se na ultrassonografia duas ou mais cavidades (pleura, pericárdio, peritônio) com coleção líquida ou derrame associado à anasarca (> 5mm). No caso, encontramos ascite, derrame pericárdico e anasarca. (SILVA, 2005).

Podemos encontrar também na ultrassonografia: espessamento da placenta (> 4cm) no 2º trimestre; espessamento da placenta (> 6cm) no 3º trimestre; polidrâmnio (MONTENEGRO, 2014).

Além da Hidropsia Fetal Não Imune, o feto também apresentava um Higroma Cístico Septado. É uma causa comum de massa no pescoço, encontrada no pré-natal. Ele pode se desenvolver como resultado de uma falha na drenagem do sistema linfático para a veia jugular interna, causando uma dilatação dos vasos linfáticos (ZUGAIB, 2016). Pode atingir grandes dimensões, são divididos por septos, vistos dentro dos cistos.

Através da ultrassonografia realizada no primeiro trimestre e da procura por aneuploidias usando a transluscência nucal, o diagnóstico pré-natal de higroma cístico se tornou mais frequente (CHEN, 2002).

O diagnóstico de higroma cístico associado com a hidropsia fetal e anormalidades cromossômicas é muito comum. O principal cariótipo encontrado nessas situações é 45, X0 (Síndrome de Turner), patologia com prognóstico desfavorável e grandes chances de óbito intrauterino nos primeiros trimestres da gestação (ZUGAIB, 2016).

Os próprios ductos linfáticos dilatados decorrentes do higroma cístico também podem fazer compressão sobre a porção descendente da aorta fetal, causando alterações no fluxo cardíaco e anomalias cardíacas congênitas. Quando completa, a obstrução dos vasos linfáticos pode levar a hidropsia fetal não imune, que é fatal na maioria dos casos (SANDERS, 2002).

A investigação etiológica nesses casos de Hidropsia e Higroma Cístico com óbito fetal deve ser realizada através de necropsia, devido à possibilidade de associação a uma grande variedade de doenças. É especialmente importante para estabelecer se uma condição potencialmente tratável está presente e para identificar doenças com risco de recorrência em outras gerações (FRITSCH, 2012).

4 CONCLUSÃO

Diante do estudo vigente percebe-se que tanto a hidropsia fetal e o higroma cístico são doenças graves, associadas à carga genética do bebê e a tipagem sanguínea dos pais, podendo levar a morte do feto. A hidropsia fetal pode ser dividida em Imune e Não Imune, o que auxilia o obstetra e identificar a possível etiologia. Já o higroma cístico se desenvolve devido a falha na drenagem do sistema linfático causando a dilatação de seus vasos, levando ao surgimento de uma massa de grandes dimensões e internamente, divididos por septos. O diagnóstico de ambas patologias pode ser feito através do acompanhamento pré-natal, solicitando exames laboratoriais e de imagem recomendados pelo Ministério da Saúde. A determinação da etiologia se dá por meio da necropsia e é de extrema necessidade para determinar um distúrbio possivelmente tratável e evitar recidivas em gestações futuras.

5 REFERÊNCIAS

CHEN, Min et al. Cystic hygroma detected in the first trimester scan in Hong Kong. **The Jornal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine;** 2013. Acesso em 13 Out. 2019.

FRITSCH, Alessandra et al . Hidropsia fetal não imune: experiência de duas décadas num hospital universitário. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 7, p. 310-315, July 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

72032012000700004&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000700004>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 13 Out 2019.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; PRITSIVELIS, Cristos; REZENDE FILHO, Jorge. Hidropsia fetal não imune. **Femina.** Rio de Janeiro, v. 42, n 6., p. 277-282, Novembro/Dezembro 2014. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4828.pdf>>. Acesso em 13 Out. 2019.

REZENDE FILHO, Jorge. **Rezende Obstetrícia Fundamental**, 13a ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2014.

SANDERS, RC et. **Structural Fetal Abnormalities – The Total Picture.** 2 ed. Mosby-Year Book: New York, 2002.

SILVA, André Ricardo Araujo da et al . Hidropsia fetal: análise de 80 casos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 143-148, Mar. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000300008&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000300008>.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia.** Ed. Manole, 2a edição, 2012.