



POLYHYDRAMNIOS ASSOCIATED WITH FETAL MALFORMATION AND PREECLAMPSIA IN A PRIMIGRAVIDA: A CASE REPORT

POLIDRAMNIA ASSOCIADA À MALFORMAÇÃO FETAL E PRÉ-ECLÂMPسيا EM PRIMIGESTA: UM RELATO DE CASO

Consuelo Chicralla Martins

Mestre em Ginecologia pela UFRJ

mcnmartins@gmail.com

Karina Silva Santana

Acadêmica de Medicina – UniRedentor - Afya

nina-cte@hotmail.com

Abstract: Polyhydramnios is the excessive accumulation of amniotic fluid, increasing the risk of complications such as preterm labor, premature rupture of membranes, gestational hypertension, umbilical cord prolapse, postpartum hemorrhage, and fetal macrosomia. Under normal conditions, there is a balance between the production of this fluid—through fetal lungs and urination—and its reabsorption, which occurs through fetal swallowing, as well as intramembranous and intravascular pathways. This balance may be altered, with the most common cause being idiopathic, although fetal malformations and genetic anomalies are also frequent. Diagnosis is performed through ultrasonography, using an Amniotic Fluid Index ≥ 25 or a Maximum Vertical Pocket > 8 cm. Hypertensive disorders in pregnancy, especially preeclampsia, represent an important cause of maternal and fetal morbidity and mortality. Preeclampsia occurs after the 20th week of pregnancy and is characterized by hypertension associated with proteinuria or, in the absence of proteinuria, by signs of target-organ damage. In primigravidas, preeclampsia tends to occur more frequently and with greater severity, which heightens the risks when associated with complex fetal conditions such as severe congenital heart disease. Therefore, the case report involving polyhydramnios associated with fetal malformation and preeclampsia in a primigravida highlights the diagnostic and therapeutic challenges, reinforcing the importance of continuous, qualified, and multidisciplinary prenatal care to achieve better maternal and fetal outcomes.

Keywords: Polyhydramnios ; Fetal malformation;Preeclampsia;Preterm labor;Prenatal

Resumo: A polidramnia é o acúmulo excessivo de líquido amniótico, aumentando o risco de complicações como trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas, hipertensão gestacional, prolapso de cordão, hemorragia pós-parto e macrosomia fetal. Dentro de um contexto de normalidade, existe um equilíbrio entre a produção, via pulmonar e micção fetal e a reabsorção desse líquido, via deglutição, intramembranosa e intravascular. Esse equilíbrio pode se alterar, sendo a causa mais comum idiopática, embora malformações fetais e anomalias genéticas também sejam frequentes. O diagnóstico é realizado por meio da ultrassonografia, utilizando o Índice de Líquido Amniótico ≥ 25 ou o Maior Bolsão Vertical > 8 cm. Os distúrbios hipertensivos na gestação, especialmente a pré-eclâmpsia, representam importante causa de morbimortalidade materna e fetal. A pré-eclâmpsia ocorre após a 20ª semana, caracterizada por hipertensão associada à proteinúria ou, na ausência da proteinúria, apresentando sinais de lesão de órgãos-alvo. Em primigestas, a pré-eclâmpsia tende a ocorrer com maior frequência e gravidade, o que potencializa os riscos quando associada a condições fetais complexas como cardiopatias graves. Diante disso, o relato de caso envolvendo polidramnia associada à malformação fetal e pré-eclâmpsia em primigesta e destaca os desafios diagnósticos e terapêuticos, reforçando a importância de um pré-natal contínuo, qualificado e multidisciplinar para melhores desfechos maternos e fetais.

Palavras-chave: Polidramnia; Malformação fetal; Pré-eclâmpsia; Trabalho de parto prematuro; Pré-Natal

INTRODUÇÃO

A polidramnia é caracterizada pelo acúmulo excessivo de líquido amniótico durante a gestação e está associada a um risco elevado de desfechos desfavoráveis como a rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, distúrbios hipertensivos, dispneia materna, prolapso de cordão umbilical, hemorragia pós parto, macrosomia fetal e infecção do trato urinário. Dentro de um contexto de normalidade, existe um equilíbrio entre a produção e a reabsorção desse líquido, mas algumas alterações levam ao desequilíbrio desse sistema. A principal etiologia é idiopática, mas as malformações fetais e anomalias genéticas também são destaques. Para a classificação de polidramnio é utilizado como referência o Índice de Líquido Amniótico (ILA) ≥ 25 ou pelo Maior Bolsão Vertical (MBV) > 8 cm.

Os distúrbios hipertensivos da gestação são grandes causadores de morbidade, incapacidade a longo prazo e no seu pior desfecho, a mortalidade materna e fetal. A pré-eclâmpsia possui uma etiologia multifatorial e sistêmica, podendo ser classificada como a presença de hipertensão arterial associada à proteinúria, em gestantes anteriormente normotensa, após a 20ª semana, ou, na falta de proteinúria, a presença de lesões de órgãos-alvo.

Diante dessas considerações, o relato de caso de polidramnia associada à malformação fetal e pré-eclâmpsia em primigesta, constitui uma oportunidade relevante para explorar os desafios diagnósticos, terapêuticos e prognósticos desse cenário multidisciplinar,

reforçando a necessidade de um pré-natal de qualidade, contínuo e multidisciplinar é essencial para reconhecer riscos, intervir de maneira precoce e promover melhores desfechos maternos e fetais.

RELATO DE CASO

Paciente, J.E.A.B., sexo feminino, 21 anos, natural de Campos dos Goytacazes, primigesta, idade gestacional de 33 semanas e 5 dias no dia que deu entrada no Hospital Plantadores de Cana no dia 09 de novembro de 2025, com queixa de perda de líquido. Paciente nega comorbidades e refere alergia à bactrim.

Ao exame físico: paciente lúcida e orientada, corada, hidratada, eupneica em ar ambiente, acianótica, anictérica, afebril, deambulando.

ACV: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros, PA na triagem : 160x110 mmHg; PA reafirmada na consulta: 160x110 mmHg, FC: 65 bpm , TAX: 36,3°C

AR: murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios, saturação de O₂: 99%,

ABD: gravídico, indolor a palpação, peristalse presente, sem visceromegalias, presença de feto único, longitudinal, altura uterina 40 cm, BCF 150 bpm, atividade uterina imperceptível em 10 minutos, tônus normal, movimento ativo fetal.

Genitália externa: sem alterações

Exame especular: colo visualizado, sem alterações macroscópicas, sem perdas

Ao toque: colo médio centralizado, 2 cm de dilatação, cefálico, bolsa íntegra.

MMII: edema +1/4, panturrilhas livres, pulsos pediosos presentes.

Durante consulta paciente mostra USG Obstétrica do dia 01/10/25 em que o feto apresentava dextrocardia associada a cardiopatia complexa; polidramnia leve (MBV: 9,0 cm).

Paciente foi admitida na unidade, na qual foi realizada medicação para controle de pressão arterial e prevenção de eclâmpsia, sendo utilizado hidralazina e sulfato de magnésio. Foi solicitado rotina de pré-eclâmpsia, uma nova USG obstétrica com doppler e iniciado anti-hipertensivo via oral, metildopa.

Em seu primeiro dia de internação (09/11/25), paciente apresentou outro exame de imagem, um ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL do dia 19/09/25 detalhando a cardiopatia congênita - dextrocardia + defeito do septo atrioventricular + dupla via de saída do ventrículo direito com provável estenose pulmonar infundículo - valvar e artéria pulmonar

e ramos pulmonares hipoplásicos ; suspeita de isomerismo esquerdo. No exame, como conduta, a paciente foi encaminhada ao Núcleo da Prefeitura de Campos com orientações de realizar pré - natal de alto risco e encaminhando gestante para centro de referência fora da cidade para o nascimento da criança. Após as medidas de controle de pressão arterial, a paciente manteve níveis satisfatórios, máxima de 150 x 100 mmHg uma hora após a medicação e mínima de 130 x 80 mmHg. Foi feita a AIH de transferência da paciente, sendo inserida no sistema de regulação.

Laboratório 09/11/25 : HB: 10,8 ; HT: 29,7 ; LEUCO: 15040 ; PLAQ: 356000; UR: 17 ; CR: 0,7 ; TGP: 13,91 ; TGO: 22 ; LDH : 527 ; AU: 5,3 ; BT: 0,2 ; TPP: 39 ; TAP: 15 ; INR: 1,18 ; SPOT: 0,82

No segundo dia de internação (10/11/25) , paciente se manteve sem queixas, pressão arterial estável, foi realizado uma cardiotocografia, classificada como tipo 1. USG Obstétrica com Doppler (10/11/25) : Feto único, longitudinal, apresentação cefálica, com dorso a esquerda; movimentos fetais presentes, placenta com implantação corporal posterior, grau II; polidramnia (MBV: 17,4); peso fetal: 2,042, percentil 15 ; IG: 33 s ; Doppler sem alterações. Foram feitas duas doses de Diprosan - 1° dose dia 09 e a segunda dia 10 e a paciente foi encaminhada ao tratamento clínico.

No quarto dia de internação (12/11/25) paciente foi levada ao plantão com queixa de perda de líquido, sendo confirmado com o exame, no toque vaginal, paciente com 2cm de dilatação, apresentação cefálica. Às 9hrs da manhã o toque tinha evoluído para 4cm, com atividade uterina 2/20''/10' sendo decidido pelo plantão e conversado com a paciente sobre a indicação de cesariana, a paciente compreendeu e aceitou. Às 9:40, sala e equipe à postos para realizar a cesariana, porém a paciente queixou de contrações intensas, sendo realizado o toque vaginal, colo apresentando 10cm de dilatação, centralizado, apresentação cefálica, no plano +2/+3 Delee, sendo assim realizado assistência ao parto. Pós parto, a paciente evolui para uma hipotonia uterina importante, sendo realizado o protocolo.

A RN nasceu com 1835 kg , Apgar de 9/9 , sendo encaminhada à UTI Neonatal da unidade. Foi constatado que além da cardiopatia complexa, a RN apresentava atresia esofágica.

Laboratório 12/11/25 : HB: 8,9 ; HT: 24,8 ; LEUCO: 23090 ; PLAQ: 284000

Paciente permaneceu internada por mais 5 dias, nos quais foram feitos manejo da anemia (HB 8,9) e controle pressórico. Tendo alta no dia 17/11/25 em uso de Nifedipino 20mg 1cp de 8/8 hs e Enalapril 10 mg 1cp de 12/12 hrs.

Laboratório 14/11/25 : HB: 7,9 ; HT-/ : 22,6 ; LEUCO: 25370 ; PLAQ: 343000; UR: 18,4 ; CR:

Laboratório 16/11/25 : HB: 8,9 ; HT: 26,1 ; LEUCO: 26440 ; PLAQ: 468000; UR: 20,2 ; CR: 0,6 ; TGP: 20,8 ; TGO: 20,8 ; LDH : 789,4 ; AU: 3,3 ; BT: 0,2

DISCUSSÃO

A polidramnia é caracterizada pelo acúmulo excessivo de líquido amniótico. Dentro de um contexto de normalidade, existe um equilíbrio entre a produção, via pulmonar e micção fetal e a reabsorção desse líquido, via deglutição, intramembranosa e intravascular. As malformações fetais estão entre uma das etiologias causadoras desse desequilíbrio, e em destaque temos a Atresia Esofágica, encontrada no RN em questão, que interfere diretamente no processo de deglutição do líquido. Dentre as complicações causadas pela polidramnia, a gestante em questão apresentou: Distúrbio hipertensivo - pré-eclâmpsia, ruptura prematura das membranas ovulares, trabalho de parto prematuro e hemorragia pós parto. Por meio do ILA e MBV podemos classificar a polidramnia, na gestante em questão, temos como referência o MBV, que na sua última USG apresentava o valor de 17,4, classificando como grave.

Além da Atresia de Esôfago, a RN apresentava cardiopatia congênita grave. As cardiopatias congênitas estão entre as principais anomalias fetais, sendo importante causa de natimorto. O diagnóstico de Doença cardíaca congênita grave deve ser realizado durante o pré-natal, por meio do ecocardiograma, como foi realizado nesse caso, já que o prognóstico depende do seguimento e planejamento do parto em centro de referência especializado.

Os distúrbios hipertensivos da gestação são grandes causadores de morbidade, incapacidade a longo prazo e no seu pior desfecho, a mortalidade materna e fetal. Em gestantes primigestas, a pré-eclâmpsia tende a ocorrer com maior frequência e gravidade, o que potencializa os riscos quando associada a condições fetais complexas como cardiopatias graves. A paciente do caso apresentou aumento dos níveis pressóricos (após as 20s) com proteinúria presente (SPOT 0, 82), sendo então classificada como pré-eclâmpsia. Ademais, a paciente foi atendida com uma crise hipertensiva grave, $PA \geq 160 \times 110$, no qual foi necessário medidas de neuroproteção e de anti-hipertensivos para controle de PA, a fim de que a paciente não evoluísse para eclâmpsia.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, observa-se que a associação entre polidramnia grave, atresia de esôfago e cardiopatia congênita configurou um quadro de alta complexidade tanto para o feto quanto para a gestante. As malformações fetais interferiram diretamente no equilíbrio

fisiológico do líquido amniótico, desencadeando polidramnia severa e contribuindo para diversas complicações maternas, como a ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro e hemorragia pós-parto.

Nesse contexto, destaca-se de forma ainda mais evidente a importância do pré-natal adequado e bem estruturado. É por meio dele que se torna possível identificar precocemente alterações como a atresia de esôfago e as cardiopatias congênitas, permitindo a realização de exames complementares, como o ecocardiograma fetal e possibilitando o encaminhamento da gestante para centros de referência especializados. Esse planejamento é crucial para otimizar o prognóstico neonatal, garantir assistência imediata após o nascimento e reduzir os riscos de complicações graves.

Além disso, o pré-natal desempenha papel central no monitoramento das condições maternas, como os distúrbios hipertensivos da gestação. A detecção precoce da pré-eclâmpsia, permite intervenções oportunas, prevenindo a progressão para quadros mais graves, como eclâmpsia e síndrome HELLP, que representam risco significativo para a vida da mãe e do bebê.

Assim, o caso evidencia de forma clara que um pré-natal de qualidade, contínuo e multidisciplinar é essencial para reconhecer riscos, intervir de maneira precoce e promover melhores desfechos maternos e fetais.

REFERÊNCIAS

Bernardo, R, D. P., Junior, N. L S. Silva, T. C C. M, Almeida, S. V. Q, Silva, N. V. G., Silva, L'S. R. Cardiopatia fetal e estratégias de enfrentamento para a equipe de saúde: Uma revisão integrativa.

Hamza A, Herr D, Solomayer EF, Meyberg-Solomayer G. Polyhydramnios: Causes, Diagnosis and Therapy. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2013 Dec;73(12):1241-1246. doi: 10.1055/s-0033-1360163. PMID: 24771905; PMCID: PMC3964358.

Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

Peraçoli JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli RC, Costa SH, Oliveira LG, et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, nº 8/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).

Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Diretriz de hipertensão arterial na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(12):1–39.