

Ascite fetal isolada

Isolated fetal ascites

Attílio BRISIGHELLI NETO¹

Samira Montorsi CAETANO²

Rafael SORRENTI²

RESUMO

A ascite fetal é uma entidade associada a múltiplas doenças, podendo ser uma manifestação primária da hidropisia ou um achado isolado. Os autores relatam o caso de uma paciente em acompanhamento pré-natal, com diagnóstico de ascite fetal com 25 semanas de idade gestacional. A gestação evoluiu sem intercorrências. Próximo ao termo foram encontradas calcificações intra-abdominais. Após o parto, o recém-nascido apresentou flacidez da parede abdominal, porém sem ascite.

Termos de indexação: Ascite fetal. Peritonite meconial. Diagnóstico pré-natal.

ABSTRACT

Fetal ascites is an entity associated to multiple pathologies. It can represent either an initial sign of hydrops or it can be an isolated manifestation. The authors describe a case of a patient in prenatal followup, presenting fetal ascites at 25

¹ Universidade São Francisco, Clínica de Ginecologia e Obstetrícia. Bragança Paulista, SP, Brasil.

² Universidade São Francisco, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Av. São Francisco de Assis, 218, Jardim São José, 12916-900, Bragança Paulista, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.M. CAETANO. E-mail: <sa_montorsi@yahoo.com.br>.

weeks gestation. There were no other abnormalities during pregnancy. Next to term the ultrasound examination showed intra-abdominal calcifications. The infant was born in good conditions, presenting flacid abdominal wall but no ascites.

Indexing terms: *Fetal ascites. Meconium peritonitis. Prenatal diagnosis.*

INTRODUÇÃO

A ascite fetal pode ser diagnosticada em qualquer época da gestação, na presença de líquido livre em cavidade abdominal durante exame ultrasonográfico. Sua etiologia inclui anomalias cromossômicas, infecções intra-uterinas, malformações cardíacas, geniturinárias e gastrintestinais¹. A ascite pode ocorrer tanto como manifestação isolada, quanto na hidropisia imune ou não-imune. Fetos que têm ascite fetal isolada podem ter um bom prognóstico, com resolução espontânea e antenatal do caso².

Os autores relatam um caso em que a ascite fetal foi diagnosticada em exame ultra-sonográfico de rotina durante o segundo trimestre de gestação e permaneceu como manifestação isolada.

Relato de caso

T.R.M., 30 anos, quinta gestação (dois partos normais e duas cesareanas anteriores), veio encaminhada ao nosso Ambulatório de Gestação de Alto Risco com 30 semanas de idade gestacional, sendo a idade calculada pela ultra-sonografia de primeiro trimestre. Apresentava, com 25 semanas de idade gestacional, achado sonográfico de ascite fetal, em moderada quantidade, sendo a circunferência abdominal 237mm, valor acima do percentil 95 (233mm) para essa mesma idade. O índice de líquido amniótico (ILA) era normal, e não havia outras malformações fetais. A paciente iniciou pré-natal no segundo mês de gestação em outro serviço, tendo feito seis consultas. Apresentava tipo sanguíneo O+ e sorologias negativas (hepatite B, VDRL, toxoplasmose, rubéola e vírus da imunodeficiência humana - HIV). Negava uso de

drogas, antecedente de malformações na família e quaisquer outras intercorrências. O exame físico e obstétrico não apresentava particularidades.

A paciente permaneceu em acompanhamento quinzenal, tendo realizado cinco exames seriados de ultra-sonografia no total. Nesses, a ascite, que aumentou progressivamente, permaneceu como achado único, juntamente com flacidez de parede abdominal. Não houve evidência sonográfica de anemia ou malformações, nem alterações no volume amniótico. Na busca pela etiologia, durante essas consultas, foi realizado um ecocardiograma fetal, que não apresentou anormalidades. Também foi sugerida à paciente pesquisa do cariótipo fetal através de cordocentese, porém a paciente não quis realizar o exame.

O último ultra-som, realizado com 35 semanas de idade gestacional, evidenciou aumento da ecogenicidade do líquido ascítico; circunferência abdominal de 340mm, valor próximo ao percentil 95 (355mm) para a mesma idade; e presença de calcificação intra-abdominal em topografia intestinal, o que sugeriu uma peritonite meconial.

A via de parto eleita foi a cesárea devido à iteratividade e possibilidade de distócia pelo volume abdominal fetal. O recém-nascido, do sexo masculino, foi assistido por um neonatologista e por um cirurgião pediátrico. Nasceu com 38 semanas e 2 dias de idade gestacional, em boas condições gerais e pesou 2 400g. O líquido amniótico era claro e com grumos. O índice de Apgar foi 9 no primeiro minuto e 10 no quinto. A placenta não apresentava particularidades.

Ao exame físico, o recém-nascido apresentava abdome flácido, com hipotonia da musculatura e alargamento da projeção dos arcos costais inferiores, porém sem ascite; testículos tópicos; ampola retal vazia, com ausência de

mecônio; e sem outras alterações nos diversos aparelhos.

As hipóteses diagnósticas ao nascimento foram: peritonite meconial; infecção congênita; síndrome de Prunne-Belly; quilo-peritônio. O recém-nascido foi, então, submetido a diversos exames para elucidar a etiologia da ascite, e os resultados são apresentados a seguir: hemograma normal, urina I normal, PCR negativo; radiografia abdominal com boa distribuição de gases, sem alterações; ultrasonografia abdominal mostrou fígado e vias biliares normais, sem sinais de ascite ou calcificações.

Considerando-se a evolução pré- e pós-natal da ascite e os resultados dos exames realizados, as hipóteses mais prováveis são de que o recém-nascido tenha apresentado peritonite meconial e quilo-peritônio durante a vida intra-uterina. O recém-nascido continua em acompanhamento em nosso serviço e permanece saudável.

DISCUSSÃO

A ascite é diagnosticada sonograficamente pela visualização de líquido ocupando todo o abdome fetal, em cortes transversos e longitudinais³. Ela pode ser causada por diferentes etiologias, dentre as quais quilo-peritônio; anormalidades gastrintestinais, como peritonite meconial; anormalidades geniturinárias como a Síndrome de Prunne-Belly; anormalidades cardíacas, incluindo arritmias, anormalidades cromossômicas e infecções congênitas (toxoplasmose, citomegalovírus, sífilis, rubéola e parvovírus)^{1,4}. Ainda uma aparente ascite fetal isolada pode ser manifestação primária de hidropisia fetal.

Na literatura, existem poucos relatos de ascite fetal isolada, sendo sua descrição habitualmente associada a outras doenças. Sua história natural ainda não está estabelecida. Zelop & Benacerraf² descreveram 18 casos de ascite fetal isolada de etiologia não-imune. Em 14, a ascite regrediu espontaneamente antes do parto, entretanto, um desses fetos apresentou trissomia do 21, outro apresentou fibrose cística, e em um terceiro ficou

confirmada a infecção por citomegalovírus. Nesse mesmo estudo, o diagnóstico etiológico constatou anomalias gastrintestinais em 39,0% dos casos, infecções intra-uterinas em 22,0%, idiopatia em 22,0%, anomalias geniturinárias em 11,0% e cromossomopatias em 5,5%. Concluíram que fetos com ascite fetal isolada podem ter bom prognóstico, com resolução espontânea antenatal.

Após o diagnóstico da ascite, deve-se tentar determinar sua etiologia. Nesta pesquisa incluí-se: identificação do tipo sanguíneo materno; pesquisa de anticorpos inespecíficos e sorologias maternas; investigação do sangue fetal com análise de cariótipo, hemograma e tipo sanguíneo, além de sorologias, incluindo PCR para pesquisa de parvovírus, e exames sonográficos seriados para avaliar a evolução da ascite e vitalidade fetal⁵. Quando associados a estudos Doppler, esses dois exames permitem diagnosticar e diferenciar quase todas as etiologias⁴.

A presença de líquido livre em duas ou mais cavidades fetais é condição para o diagnóstico de hidropisia, cuja etiologia pode ser imune ou não-imune. Dentre as causas imunes, a principal é a incompatibilidade sanguínea materno-fetal. A hidropisia não-imune inclui anomalias cardiovasculares (17% a 35% dos casos), seguidas pelas anomalias cromossômicas (14% a 16%) e distúrbios hematológicos em 4% a 12% das vezes⁶. No caso relatado não há incompatibilidade sanguínea e não foram encontradas malformações nos diversos aparelhos.

Outra causa de ascite fetal é a peritonite meconial, que incide em 1 a cada 30 mil - 35 mil nascimentos⁷. Ela é uma condição resultante da perfuração intestinal e eliminação de mecônio para a cavidade, levando a uma peritonite química. Nessas áreas ocorre deposição de cálcio, que se apresenta como aspecto hiperecogênico ao ultra-som⁵. O prognóstico está mais relacionado à causa da perfuração do que à presença de calcificações. Apenas 22% dos fetos com diagnóstico pré-natal de peritonite meconial desenvolvem complicações, requerendo cirurgia pós-natal⁷. Na evolução, a perfuração pode cicatrizar e a ascite regredir^{5,7}.

O quiloperitônio fetal pode resultar de um bloqueio transitório do sistema linfático ou de um defeito em seu desenvolvimento, com conseqüente ascite, que tipicamente se resolve antes ou logo após o nascimento. O diagnóstico de quiloperitônio geralmente é feito por exclusão de outras causas de ascite fetal, e pode ser auxiliado pela paracentese. O encontro de baixas concentrações protéicas e o predomínio de linfócitos no líquido ascítico é fortemente sugestivo dessa condição⁴.

No caso apresentado, a ascite isolada associada a calcificações intra-abdominais ao final da gestação levou ao diagnóstico de peritonite meconial. A regressão intra-uterina da ascite é favorecida pela ausência de malformações intestinais (peritonite meconial simples). Porém não descartaremos o quiloperitônio, apesar dessa doença não cursar com calcificações intra-abdominais, pois não foi possível análise do líquido ascítico. A síndrome de Prunne-Belly foi descartada pela ausência de malformações renais e criptorquidia. Infecções congênitas também foram descartadas pela ausência de malformações associadas e exames laboratoriais normais.

O diagnóstico da ascite fetal é simples. Determinar sua etiologia, entretanto, é tarefa difícil, porém revestida de grande importância visto relacionar-se diretamente ao prognóstico fetal. Acreditamos que avaliações seriadas ultrasonográficas associadas à observação da história natural da doença são fundamentais, pois permitem intervenções precoces, quando necessárias, assegurando o bem-estar materno-fetal. A presença de equipe multidisciplinar na sala de parto também contribui para um melhor prognóstico.

A g r a d e c i m e n t o s

A Pedro Izzo, professor chefe da Clínica de Cirurgia Pediátrica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade São Francisco.

R E F E R Ê N C I A S

1. Schmider A, Henrich W, Reles A, Vogel M, Dudenhausen JW. Isolated fetal ascites caused by primary lymphangiectasia: a case report. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184(2):227-8.
2. Zelop C, Benacerraf BR. The causes and natural history of fetal ascites. *Prenat Diagn.* 1994; 14(10):941-6.
3. Bianchi DW, Trombleholme TM, Dalton ME. *Fetology: diagnosis and management of the fetal patient.* New York: McGraw Hill; 2000. p.962.
4. Leung WC, Lam YH, Tang MH. Isolated fetal ascites. *HKMJ.* 2001; 7(4):432-4.
5. Zugaib M, Cha SC. *Medicina fetal.* 2a. ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p.265-70.
6. Moron AF. *Medicina fetal na prática obstétrica.* São Paulo: Santos Editora; 2003. p.227.
7. Amorim MMR, Vilela PC, Falbo Neto LCSGH, Cursino O, Amaral F, Bitencourt KMA. Peritonite meconial como diagnóstico diferencial de ascite fetal: relato de caso. *RBGO.* 1999; 21(6):353-7.

Recebido em: 10/10/2005
Versão final reapresentada em: 31/1/2007
Aprovado em: 8/2/2007