

Dissecção Aórtica Crônica e Gestação: Relato de Caso Clínico

Chronic Aortic Dissection and Pregnancy: Clinical Case Report

Giulia de Miranda Taglialegna, Leila Katz, Larissa Mayara Aristóteles de Albuquerque, Milena Máximo de Freitas, Alexandre Jorge Gomes de Lucena, Melania Maria Ramos de Amorim^{ID}

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE – Brasil

Introdução

As complicações aórticas durante a gestação podem ocorrer em mulheres sem fatores de risco, porém, mais frequentemente, se associam com doenças do colágeno (Síndromes de Marfan e Ehlers-Danlos) e malformações estruturais cardíacas (coarctação e valva aórtica bivalvular).^{1,2} Na mulher abaixo dos 40 anos, aproximadamente metade desses eventos ocorre na gravidez, particularmente no terceiro trimestre, ou puerpério.³ É um evento extremamente raro, contabilizando 0,1% a 0,4% de todas as dissecções aórticas, acometendo 5,5 (IC 95% 4,0 - 7,8) mulheres a cada 1 milhão durante a gestação e puerpério.^{1,4,5} Acredita-se que as alterações hemodinâmicas fisiológicas da gestação, modificações estruturais determinadas pela compressão do útero gravídico e a ação hormonal podem agravar essa patologia aórtica.^{1,6}

As classificações mais utilizadas tomam como base a porção anatômica acometida. O grupo de Stanford considera: tipo A (dissecção que envolve aorta ascendente) e tipo B (apenas aorta descendente).⁷ De acordo com a duração dos sintomas até a apresentação clínica, a dissecção aórtica pode ser classificada como crônica se apresentar duas semanas ou mais após o início dos sintomas.⁶

Apresentamos um caso de dissecção crônica da aorta, tipo B de Stanford, em paciente na 36ª semana de gestação e discutiremos as peculiaridades do diagnóstico e conduta diante de complicações maternas e fetais potencialmente graves.

Relato do Caso

Gestante de 35 anos, parda, seis gestações prévias com cinco partos normais, no curso da 36ª semana, solteira, procedente de Damião-PB, foi encaminhada de Campina Grande-PB para a unidade de terapia intensiva (UTI) do IMIP após realização de ultrassonografia (USG) obstétrica que evidenciou dilatação importante da aorta abdominal. Relatava história de dor abdominal de caráter lancinante sugestiva há aproximadamente um ano (três meses antes do diagnóstico da gestação). Chegou ao serviço assintomática, já

Palavras-chave

Doenças do Colágeno/complicações; Síndrome de Marfan; Síndrome Ehlers-Danlos; Coarctação Aórtica; Gravidez; Período Pós Parto; Aneurisma Dissecante/cirurgia.

Correspondência: Giulia de Miranda Taglialegna •

Avenida Santos Dumont, 387, apto 402. CEP 52050-050, Afritos, Recife, PE – Brasil

E-mail: giuliamiranda@hotmail.com

Artigo recebido em 08/03/2018, revisado em 19/06/2018, aceito em 02/07/2018

DOI: 10.5935/abc.20190044

em uso de alfametildopa 750 mg/dia, propranolol 40 mg/dia, furosemida 40 mg/dia e AAS 100 mg/dia.

No exame apresentou-se consciente, eupneica, acianótica, afebril e normocorada, pressão arterial (PA) de 100x68 mmHg e a frequência cardíaca (FC) 84 batimentos por minuto (bpm). Ausculta respiratória sem alterações e ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas e sem sopros. Apresentava edema ++/++++ depressível em membros inferiores; abdome gravídico, altura de fundo uterino 27 cm (abaixo do percentil 2,5 para a idade gestacional), tônus fisiológico, movimentos fetais presentes, batimentos cardíacos de 132bpm e ausência de visceromegalias.

A tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome realizada no primeiro dia de internação identificou dissecção aórtica desde o arco aórtico até a aorta abdominal, ao nível da emergência das artérias renais (Figuras 1 e 2). Realizou USG obstétrica evidenciando feto único, vivo, peso estimado em 2.316 g, índice do líquido amniótico de 6 cm, doppler da artéria umbilical normal, idade gestacional de 35 semanas e 5 dias.

Permaneceu assintomática até o terceiro dia de internação quando evoluiu com dor em baixo ventre e dinâmica uterina (três contrações em dez minutos), PA 160x100 mmHg durante as contrações, sendo indicada cesariana. O procedimento foi realizado sob raquianestesia, com equipes da cardiologia e cirurgia vascular de sobreaviso, sem intercorrências, sendo realizada também laqueadura tubária bilateral. Recém-nascido do sexo feminino, 2.475 g, APGAR 8/9.

No puerpério foi inicialmente acompanhada em UTI obstétrica e manteve-se estável em uso de propranolol 40 mg/dia e anlodipino 5 mg/dia, com adequado controle pressórico. Realizou ecocardiograma (2º DPO) que evidenciou fração de ejeção de 52%, dissecção da aorta com fluxo na falsa luz, além de insuficiências aórtica, mitral e tricúspide discretas; câmaras cardíacas com dimensões normais. No 5º DPO de cesariana, foi submetida a implante de endoprótese torácica sem intercorrências. No 3º DPO do implante, evoluiu com febre cuja origem não foi determinada, sendo administrados vancomicina, piperacilina e tazobactam por 7 dias, enoxaparina e prednisona. Recebeu alta hospitalar no 35º DPO de cesariana e 28º DPO de colocação de endoprótese aórtica, assintomática, em uso de propranolol 120mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, losartana 100 mg/dia e digoxina 0,125 mg/dia com orientação de acompanhamento ambulatorial com a cardiologia.

Discussão

A dissecção aórtica durante a gestação é considerada uma catástrofe clínica potencialmente devastadora para mãe e concepto.² A mortalidade materna para a dissecção aguda tipo A e B de Stanford corresponde a 21% e 23%, com morte fetal de 10,3% e 35%, respectivamente.² As taxas elevadas estão



Figura 1 – Tomografia computadorizada ilustrando a dissecção tipo B.



Figura 2 – Tomografia computadorizada em corte axial ilustrando a dissecção que se estende ao nível da emergência das artérias renais.

relacionadas à ruptura do vaso, tamponamento pericárdico, falência cardíaca e isquemia de órgãos vitais como cérebro, rins e medula espinhal.³

Quando a apresentação é aguda, os sintomas são típicos: dor torácica, abdominal ou nas costas de início súbito tipo lancinante.³ O quadro oligossintomático, como o apresentado, típico das dissecções crônicas, frequentemente é subestimado

e atribuído às modificações fisiológicas da gestação, o que gera um atraso no diagnóstico.⁶

Apesar do risco conhecido da radiação ionizante para o conceito, sabe-se que esse é pequeno, e que nesses casos o benefício da realização da TC supera o risco. A USG foi importante inicialmente por flagrar a dilatação aórtica. A TC permitiu a confirmação diagnóstica bem como um melhor

Relato de Caso

detalhamento da extensão da dissecção e do envolvimento dos ramos vasculares aórticos, dados fundamentais para classificação da dissecção e planejamento terapêutico.³

A decisão sobre o manejo apenas clínico ou a necessidade de intervenção cirúrgica, antes ou após a interrupção da gestação, deve considerar o risco de rotura, o tipo de dissecção e a viabilidade fetal.^{3,8}

A delaminação na aorta descendente caracterizou a dissecção como do tipo B e foi decidido por tratamento clínico durante gestação seguido de implante de endoprótese torácica no puerpério imediato.^{3,8,9} A estabilidade hemodinâmica materna e o acompanhamento rigoroso da patologia aórtica e da vitalidade fetal permitiram essa conduta no nosso serviço.

Os betabloqueadores são a terapia de primeira linha no tratamento medicamentoso por reduzirem tanto a FC como a PA e conseqüentemente as forças de cisalhamento na aorta, assim limitam a extensão da dissecção e diminuem o risco de rotura ou dano em órgãos-alvo.⁹ Podem ser utilizados com relativa segurança durante a gravidez (propranolol Classe C pelo Food and Drug Administration- FDA).^{3,8,9}

A interrupção da gravidez previamente à correção da dissecção oportunizou maiores chances de sobrevivência a esse conceito uma vez que as taxas de morbidade e mortalidade fetais relatadas podem alcançar 30% e 9%, respectivamente, durante os procedimentos de correção.^{3,8}

A via de parto em pacientes cardiopatas é controversa. O parto normal resulta em menor sangramento, recuperação mais rápida e diminui o risco de complicações pós-operatórias. Na ausência de dissecção aguda, o parto normal pode ser realizado com diâmetro aórtico menor que 40 milímetros nos casos da Síndrome de Marfan, sendo indicada cesariana acima desse valor de referência.^{3,8} A condução do parto deve incluir intervenções para reduzir o estresse da parede da aorta, controle rigoroso da pressão arterial, analgesia adequada e parto instrumental quando indicado.^{3,8} A paciente do caso apresentava a aorta com diâmetro máximo de cerca de cinco centímetros, o que embasou a escolha da via de parto pela equipe.

A realização da laqueadura tubária bilateral foi oportunamente indicada como método contraceptivo definitivo, sendo fundamentada pelo alto risco de morte materna com uma nova gravidez.⁸

A grande diversidade dos casos e a pequena quantidade de experiências relatadas na literatura não permitem determinar diretrizes para a conduta ante à dissecção aórtica durante a gravidez. O manejo multidisciplinar e o tratamento individualizado visam proporcionar chances de sobrevivência à mãe e ao feto, levando em consideração a estabilidade hemodinâmica materna, a viabilidade fetal e a melhor oportunidade da intervenção cirúrgica, quando indicada.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Taglialegna GM, Katz L, Albuquerque LMA, Freitas MM, Lucena AJG; Obtenção de dados: Taglialegna GM, Albuquerque LMA, Freitas MM, Lucena AJG; Análise e interpretação dos dados: Taglialegna GM, Albuquerque LMA, Freitas MM; Redação do manuscrito: Taglialegna GM, Albuquerque LMA, Freitas MM; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Katz L, Lucena AJG, Amorim MMR.

Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Este artigo é parte de conclusão de curso de Giulia de Miranda Taglialegna, Milena Máximo de Freitas e Larissa Mayara Aristóteles de Albuquerque pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Referências

1. Kamel H, Roman MJ, Pitcher A, Devereux RB, et al. Pregnancy and the risk of aortic dissection or rupture: a Cohort-Crossover Analysis. *Circulation*. 2016; 134(7):527-33.
2. Sawlani N, Shroff A, Vidovich MI. Aortic dissection and mortality associated with pregnancy in the United States. *J Am Coll Cardiol*. 2015; 65(15):1600-1.
3. Zhu JM, Ma WG, Peters S, Wang LF, Chiao ZY, Ziganashin BA, et al. Dissection in pregnancy: management strategy and outcomes. *Ann Thorac Surg*. 2017;103(4):1199-206.
4. Kamalakannan D, Rosman HS, Eagle KA. Acute aortic dissection. *Crit Care Clin*. 2007;23(4):779-800.
5. Braverman AC, Harris K, Pyeritz R. Aortic dissection during pregnancy: results from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *J Am Coll Cardiol*. 2012; 59:E1903.
6. Thrumurthy Sri C, Karthikesalingam Alan, Patterson Benjamin O, Holt Peter J E, Thompson Matt M. The diagnosis and management of aortic dissection *BMJ*. 2012 Jan 11;344:D8290.
7. Meszaros I, Morocz J, Szilavi J, Schmidt J, Tornoci L, Nagy L, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest*. 2000;117(5):1271-8.
8. Patel PA, Fernando RJ, Augoustides JG, Yoon J, Gutsche JT, Feinman JW, et al. Acute type-B aortic dissection in pregnancy: therapeutic challenges in a multidisciplinary setting. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2017;31(6):2268-76.
9. Kaji S. Update on the therapeutic strategy of Type B aortic dissection. *J Arterioscler Tromb*. 2017;25(3):203-12.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons