

## Gestação em Portadora de Arterite de Takayasu

*Pregnancy Follow-up and Outcome in a Patient with Takayasu's Arteritis*

Alexandre Jorge Gomes de Lucena, Antonio Carlos Carvalho, Jose Augusto M. Souza, Antonio Fernandes Moron, Sue Y. Sun, Daniel Born

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP - Brasil

No presente relato, que descreve a gestação de paciente portadora de arterite de Takayasu, serão avaliadas a interação dessa afecção com a gravidez e as intercorrências materno-fetais, do parto e do recém-nascido.

*We describe here the pregnancy follow-up and outcome in a patient with Takayasu's arteritis, with a detailed account of the complications during gestation and delivery and the impact of the disease on the newborn's health.*

### Introdução

A arterite de Takayasu (AT) é uma doença vascular inflamatória crônica de origem desconhecida. Acomete freqüentemente o arco aórtico e seus ramos principais, embora possa afetar outros segmentos da aorta, artérias pulmonares e artérias renais<sup>1,2</sup>.

Essa arterite pode determinar hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência aórtica, insuficiência renal, claudicação intermitente ou insuficiência cardíaca congestiva (ICC)<sup>3</sup>.

A AT acomete mais mulheres que homens, na proporção de 4:1, e sua incidência é maior na segunda e na terceira décadas de vida. Embora seu diagnóstico em gestantes seja raro, quando a AT acomete mulheres grávidas a hipertensão arterial, geralmente renovascular, está presente em mais de 50% dos casos e determina maior risco materno-fetal<sup>4</sup>.

### Relato do caso

R.S.S., 17 anos de idade, negra, hipertensa desde os 12 anos de idade, com diagnóstico ecocardiográfico de coarctação de aorta e em sua terceira gestação, tendo a primeira terminada em abortamento espontâneo com seis semanas, há quatro anos, e a segunda em parto prematuro e óbito fetal aos sete meses, há dois anos.

A paciente foi admitida em março de 2006, queixando-se de cefaléia, dispnéia aos médios esforços, palpitações e claudicação intermitente. Encontrava-se no segundo trimestre de gestação (24ª semana), com níveis tensionais elevados nos membros superiores (180 mmHg de pressão sistólica e 110

mmHg de diastólica) e diminuídos nos inferiores (110 mmHg de sistólica e 60 mmHg de diastólica).

A aortografia, realizada para definição de conduta no tratamento da coarctação da aorta, demonstrou estreitamento nos dois terços distais da aorta torácica descendente, com irregularidades parietais, presença de circulação colateral de pequeno e médio calibres e obstrução importante na extremidade distal desse segmento (13,9 mm de diâmetro proximal x 2,5 mm de diâmetro distal). O aspecto angiográfico era sugestivo de AT, tendo sido realizada, nesse momento, dilatação por cateter-balão no ponto de maior estenose.

Ao final do procedimento, houve aumento do diâmetro na área de maior estenose (de 2,5 mm para 7,5 mm) e o gradiente máximo aórtico caiu de 112 mmHg para 61 mmHg (queda de 51 mmHg).

Ultra-sonografia com Doppler realizada durante a internação demonstrou comprometimento do terço proximal da artéria renal esquerda e fluxo uteroplacentário normal.

A paciente mantinha-se hipertensa (160 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica), a despeito de ter sido medicada com propranolol 60 mg/dia, nifedipina 60 mg/dia e prednisona 30 mg/dia em associação a alfametildopa 1,5 g/dia, que já fazia uso, com melhora discreta da HAS (150 mmHg x 90 mmHg). A paciente evoluiu com melhora dos sintomas e estava assintomática quando recebeu alta.

Na 36ª semana de gestação, foi novamente internada com queixas de cefaléia e HAS (170 mmHg x 100 mmHg). Nova ultra-sonografia com Doppler demonstrou retardo de crescimento intra-uterino fetal (RCIU) do tipo simétrico, com peso estimado de 1.935 g (peso esperado de 2.813 g para idade gestacional), e aumento moderado de resistência ao fluxo uteroplacentário.

A equipe obstétrica optou pela resolução da gravidez quando a paciente entrou em trabalho de parto, em decorrência dos picos de hipertensão arterial de 230 mmHg x 120 mmHg durante as contrações uterinas, levando a sofrimento fetal agudo.

O parto cesáreo foi realizado sem intercorrências maternas ou fetais, com monitorização da pressão arterial, que se manteve entre 150 mmHg e 180 mmHg de pressão sistólica. O feto nasceu com peso de 1.990 g, e escala de Apgar de 9

### Palavras-chave

Gravidez, arterite, aorta torácica, inflamação, arterite de Takayasu.

**Correspondência:** Alexandre Jorge Gomes de Lucena •

Rua Três de Maio, 32/23 - Vila Clementino - 04044-020 - São Paulo, SP - Brasil  
E-mail: alexandre.lucena@cardiol.br

Artigo recebido em 04/07/07; revisado recebido em 15/10/07; aceito em 04/12/07.

no primeiro minuto e de 9 no quinto minuto. A paciente e o recém-nascido ficaram em alojamento conjunto e receberam alta hospitalar no quinto dia após o parto. A paciente manteve-se com as mesmas medicações no puerpério, que foram diminuídas gradualmente no ambulatório 15 dias após o parto.

Atualmente encontra-se ainda hipertensa, em uso de captopril 75 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia.

## Discussão

A AT tem distribuição universal, sendo encontrada com maior incidência no Japão, nas regiões Leste e Sul da Ásia, e na Índia<sup>1</sup>. Sua etiologia ainda é pobremente conhecida, sendo os fatores genéticos e a auto-imunidade com presença de antígenos de histocompatibilidade (particularmente HLA A9, A10, B5, BW40, BW52, DQW1, DR2, DR4, DR7, DW3 e DW12) as principais causas postuladas. A presença desses antígenos está implicada com pior prognóstico<sup>2</sup>.

Infecção também tem sido implicada na patogênese, principalmente a tuberculose, que tem alta prevalência nessa população (20% a 25%) e pode funcionar como gatilho imunológico ou como estímulo antigênico crônico da doença<sup>2</sup>.

As manifestações clínicas, que vão desde doentes assintomáticos, apenas com alterações de pulsos, até pacientes apresentando grande envolvimento neurológico, como AVC hemorrágico, são decorrentes de processo obstrutivo do arco aórtico e de seus ramos principais<sup>5</sup>.

Ishikawa e cols.<sup>6</sup>, em trabalho incluindo 33 gestações e mais 50 casos da literatura, descreveram complicações no ciclo gravídico-puerperal em 61,4% dos casos e 4,8% de óbitos maternos, mais freqüentes no terceiro trimestre de gestação e no parto (65%) e no puerpério (37%). As principais complicações foram ICC, HAS e AVC, sendo 4 de caráter hemorrágico.

Segundo o Consenso Brasileiro sobre Cardiopatia e Gravidez<sup>7</sup>, os riscos fetais incluem RCIU em 18% e óbito fetal intra-uterino em 2% a 5%. A paciente tem como antecedentes um aborto e um óbito fetal prévios, o que está de acordo com a literatura, ressaltando os necessários cuidados com essas pacientes.

Hung e col.<sup>8</sup> relataram um caso de gestação bem-sucedida em gestante de 23 anos submetida a cirurgia de *bypass*, em que, utilizando drogas similares às utilizadas neste relato, conseguiram prorrogar o parto até 33 semanas. Nesse caso, a via de parto também foi a operação cesariana, em decorrência da gravidade do quadro da paciente. Não encontramos, na literatura, casos de tratamento percutâneo durante a gravidez.

A aortoplastia percutânea foi escolhida pelo pequeno risco de radiação para o feto no segundo trimestre, com a

devida dupla proteção abdominal, e pela diminuição da mortalidade fetal quando comparada à cirurgia convencional (30% e 5%, respectivamente)<sup>9</sup>.

Aortoplastia percutânea foi realizada por decisão da equipe de Hemodinâmica, motivada pela gravidade da estenose e pela significativa manifestação clínica da doença. Houve sensível melhora da estenose e do fluxo distal, resultando em atenuação da HAS, mantida provavelmente pelo comprometimento renovascular, permitindo, junto com as medicações anti-hipertensivas, a evolução da gestação até a 36ª semana.

As medicações utilizadas foram o alfametildopa, que é inócuo na gestação (classe A), o propranolol, que tem efeito dose-dependente e é seguro até 60 mg/dia (doses maiores podem causar RCIU e parto prematuro - classe B), e a nifedipina, que até 60 mg/dia também é classe B<sup>7</sup>. Como a paciente apresentava velocidade de hemossedimentação aumentada (100 mm), refletindo provavelmente atividade da doença, foram utilizados corticosteróides na dose de 30 mg/dia. A gestação não interfere na evolução da AT<sup>1-5,8,10</sup>.

A via de parto foi de indicação obstétrica, tendo sido realizada operação cesariana pelos altos níveis de pressão arterial, que chegou a 230 mmHg x 120 mmHg no início do trabalho de parto.

## Conclusão

Apesar de ser uma afecção potencialmente grave na gestação, em que a mortalidade materna é de 4% a 5%<sup>2</sup> (contra 130/100.000 na população geral), a gravidez na AT é possível quando acompanhada de forma adequada, com controle da HAS freqüentemente observada nessas pacientes. Apesar de o tratamento ser eminentemente clínico, a decisão de intervir e o momento ideal para fazê-lo podem determinar melhor evolução e maior segurança da gestação. Neste caso, acreditamos fundamental a intervenção, que permitiu que a gestação chegasse à 36ª semana, visto que as duas gestações anteriores foram malsucedidas.

### 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

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

## Referências

1. Hunder GG. Classification and approach to the vasculitides in adults. [acesso em 2006 maio 13]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>.
2. Mwiipatayi, BP, Jeffery PC, Beningfield SJ, Matley PJ, Naidoo NC, Kalla AA, et al. Takayasu arteritis: clinical features and management: report of 272 cases.

## Relato de Caso

- ANZ J Surg. 2005; 75: 110-7.
3. Sharma BK, Jain S, Vasishtha K. Outcome of pregnancy in Takayasu arteritis. *Int J Cardiol.* 2000; 75 (Suppl 1): 159-62.
  4. Andrade J, Avila WS, Born D. Cardiopatia e gravidez. In: Nobre F, Serrano CV Jr (eds). *Tratado de cardiologia - SOCESP. Barueri (SP), Manole; 2005. cap. 12; p. 1520-39.*
  5. Johnston SL, Lock RJ, Compels MM. Takayasu arteritis: a review. *J Clin Pathol.* 2002; 55 (7): 481-6.
  6. Ishikawa K, Matsuura S. Occlusive thromboaropathy (Takayasu's disease) and pregnancy: clinical course and management of 33 pregnancies and deliveries. *Am J Cardiol.* 1992; 50: 1293-300.
  7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes sobre cardiopatia e gravidez. *Arq Bras Cardiol.* 1999; 72: 6.
  8. Winn HN, Setaro JF, Mazor M, Reece EA, Black HR, Hobbins JC. Severe Takayasu's arteritis in pregnancy: the role of central hemodynamic monitoring. *Am J Obstet Gynecol.* 1988; 159: 1135-6.
  9. Franken RA, Amoni A. Doenças da aorta na gravidez. In: Andrade J, Avila WS. (eds). *Doença cardiovascular, gravidez e planejamento familiar.* São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p. 51-2.
  10. Aso T, Abe S, Yaguchi T. Clinical gynecologic features of pregnancy in Takayasu arteritis. *Heart Vessels Suppl.* 1992; 7: 125-32.