

# Cardiomiopatia hipertrófica e gravidez

## *Hypertrophic cardiomyopathy and pregnancy*

Bárbara Henriqueta Ferreira Duarte<sup>1</sup>, Bruno Veloso de Souza<sup>1</sup>, Daniella Moreira dos Santos<sup>1</sup>, Fernando Junior Assis Peixoto<sup>1</sup>, Gabriela Freitas Chaves<sup>1</sup>, Igor de Andrade Lima<sup>1</sup>, Ivan Luis Pimenta de Azevedo<sup>1</sup>, Karlla Rodrigues Souza Moreira<sup>1</sup>, Leandro Henrique Resende<sup>1</sup>, Willian Schineider da Cruz Krettl<sup>2</sup>

### RESUMO

A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é doença incomum na gestação, caracterizada pela hipertrofia do ventrículo esquerdo, com expressão fenotípica e manifestações clínicas variáveis. O diagnóstico pode ser confirmado pelo ecocardiograma com Doppler. Trata-se de enfermidade bem tolerada na gestação, entretanto, pode desencadear insuficiência cardíaca congestiva, com grave comprometimento materno e perinatal. O tratamento para a gestante com CMH depende da obstrução do fluxo do ventrículo esquerdo. Em paciente sintomática portadora da forma obstrutiva, devem-se evitar grandes perdas sanguíneas e uso de drogas vasodilatadoras durante o trabalho de parto. O parto vaginal mostrou-se seguro, mas o período expulsivo deve ser abreviado com uso de fórceps naquelas que apresentam sintomatologia obstrutiva. Raras complicações podem acontecer, o que requer planejamento do parto e adequada monitorização materna e fetal.

**Palavras-chave:** Cardiomiopatia Hipertrófica; Gravidez; Parto.

### ABSTRACT

*The Hypertrophic Cardiomyopathy (HCM) is an uncommon condition during pregnancy, which attends with a left ventricular hypertrophy, and phenotypic expression and clinical are both variable. The diagnosis can be confirmed by Doppler echocardiography. Several studies show that it is a disease well tolerate during pregnancy, however it may trigger congestive heart failure with severe maternal and perinatal commitment. The treatment of pregnant patients with HCM depends on the presence of symptoms caused by obstruction of the left ventricle. In symptomatic patient carrying the obstructive form should be avoided large blood loss and use of vasodilator drugs during labor. Vaginal delivery is safe, but the expulsive period should be abbreviated with the use of forceps in those with obstructive symptoms. Rare complications can occur and therefore it is necessary a delivery planning and an adequate maternal and fetal monitoring.*

*Key words:* Cardiomyopathy, Hypertrophic; Pregnancy; Parturition.

### INTRODUÇÃO

A doença cardíaca continua sendo das complicações médicas mais relevantes durante a gestação e importante causa de mortalidade materna, com prevalência de 0,5 a 1% na gravidez. A melhora significativa do prognóstico de gestantes cardiopatas nos últimos anos decorre do avanço terapêutico e da cirurgia cardíaca.

A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é condição caracterizada por hipertrofia ventricular esquerda idiopática, que pode provocar gradiente de pressão no trato

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil

<sup>2</sup> Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

*Instituição:*  
Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal de Minas Gerais

*Endereço para correspondência:*  
Gabriela Freitas Chaves  
Rua Ceará 721, apto 202  
Bairro: Funcionários  
CEP: 30150-311  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
E-mail: gabrielafraschaves@gmail.com

de saída do ventrículo esquerdo com repercussões significativas na eficiência miocárdica.

Este artigo discute a abordagem da cardiomiopatia hipertrófica na gestação, para o qual foram pesquisados os termos cardiomiopatia e gravidez nas bases de dados LILACS, PUBMED e UpToDate e selecionados artigos dos últimos 10 anos.

## REVISÃO DA LITERATURA

A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é doença incomum na gestação, com expressão fenotípica e manifestações clínicas variáveis. Pode cursar desde assintomática até como causa de morte súbita. Caracteriza-se principalmente pela dispneia, em geral acompanhada de dor torácica atípica, angina, tontura e síncope. O diagnóstico pode ser confirmado por ecocardiograma com Doppler.

O acompanhamento de 127 grávidas com CMH mostrou que 40 haviam (31,5%) sido submetidas à avaliação clínica antes da gravidez e as demais (68,5%) só após a primeira gestação. Desse total, 36 mulheres (28,3%) relataram sintomatologia cardiovascular na gestação, em mais de 90% delas antes de engravidar, que agravou durante a gravidez em menos de 10%. Entre as sintomáticas na gestação, 30 tiveram outras gestações, com reaparecimento da sintomatologia em 18 (60%).<sup>1</sup>

Estudo prospectivo<sup>2</sup> realizado entre 1985 e 2002 com 35 portadoras de CMH, de mesma idade e classe funcional, sendo 23 grávidas (grupo gravidez – GG) e 12 não grávidas (grupo-controle – NG) revelou que no grupo GG não houve mortalidade materna e 52,2% evoluíram sem intercorrências; 47,8% tiveram complicações cardíacas, predominando a insuficiência cardíaca (30,4%). No grupo NG, também não houve óbitos e 41,7% das pacientes evoluíram sem complicações, enquanto 58,3% tiveram complicações clínicas, com predomínio de arritmias cardíacas (33,3%). A ecocardiografia apurou, nos GG e NG, considerável aumento e inalterabilidade do gradiente ventricular esquerdo durante a gestação, respectivamente. A média da idade gestacional na época do parto para o GG foi de 37,06 semanas, sendo realizada, por razões obstétricas, cesariana para 52% das pacientes e 26% dos bebês nasceram prematuros. A maioria das indicações de cesarianas foi determinada por má-evolução fetal e quase a metade estava relacionada a crescimento intrauterino restrito e/ou sofrimento fetal.<sup>2</sup>

Foi sugerido prognóstico favorável no acompanhamento de 350 gestações em 200 mulheres com CMH, com potencial para aumento da morbidade e mortalidade. Houve agravamento de dispneia e fadiga em 15 a 20% dos casos, com predomínio em pacientes sintomáticas antes da gravidez. Apesar de o prognóstico fetal ser favorável, mulheres com sintomas prévios à gestação têm risco aumentado de prematuridade em comparação com mulheres saudáveis.<sup>3</sup>

Observou-se que seis entre sete e 12 parturientes com NYHA grau IV e III, respectivamente, receberam anestesia regional, sem evidência favorável de nenhuma técnica específica, sendo o objetivo manter a estabilidade cardiovascular.<sup>4</sup>

## DISCUSSÃO

A CMH é condição rara, às vezes familiar, que pode se complicar com síncope, arritmias atriais e ventriculares e insuficiência cardíaca.

Existem basicamente três formas de CMH: a) obstrutiva: gradiente em repouso  $\geq 30$  mmHg; b) obstrutiva latente: gradiente em repouso  $< 30$  mmHg e provocado  $\geq 30$  mmHg; c) não obstrutiva: gradiente  $< 30$  mmHg tanto em repouso quanto provocado.

Trata-se<sup>2</sup> de doença bem tolerada na gestação, porém pode desencadear insuficiência cardíaca congestiva com grave comprometimento materno e perinatal. As gestantes sintomáticas previamente à gestação são as que apresentam mais sintomatologia e complicações durante a gravidez.

O risco de complicações observado nas cardiopatias durante a gravidez pode ser estimado a partir dos seguintes preditores: cianose (saturação de  $O_2 < 90\%$ ); limitação funcional moderada ou grave (classe funcional  $> II$  segundo a classificação da NYHA); fração de ejeção do ventrículo esquerdo  $< 40\%$ ; evento cardiovascular prévio (arritmia, edema pulmonar, AVC, ataque isquêmico transitório). A existência de um desses fatores de risco representa risco adicional de evento cardíaco de 27% durante a gestação e de dois ou mais atinge 75%.<sup>5</sup>

O tratamento da gestante com CMH depende da sintomatologia decorrente da obstrução do fluxo do ventrículo esquerdo. Em paciente sintomática portadora da forma obstrutiva, devem ser evitadas grandes perdas sanguíneas e uso de drogas vasodilatadoras durante o trabalho de parto. Os beta-bloqueadores são amplamente usados no controle da sintomatologia da

CMH, pois reduzem o grau de obstrução na via de saída do ventrículo esquerdo, além de apresentarem características antiarrítmicas e antianginosas. Seu uso, entretanto, durante a gravidez pode estar associado à diminuição no ritmo de crescimento e desenvolvimento fetais, o que justifica o acompanhamento estrito com perfil biofísico fetal e ultrassonografias seriadas.

O parto vaginal mostrou-se seguro, mas o período expulsivo deve ser abreviado com uso de fórceps, se houver sintomatologia obstrutiva. A escolha da via de parto depende da indicação obstétrica.

Os objetivos anestésicos são manter ou diminuir a contratilidade do miocárdio e a frequência cardíaca, manter a pré-carga e a pós-carga e evitar hipotensão arterial consequente à vasodilatação periférica. O bloqueio combinado raquiperidural é reservado aos casos graves, como na gestante portadora de CMH, em que se deseja indução lenta da anestesia, evitando-se o rápido bloqueio simpático e hipotensão arterial.<sup>6</sup>

## CONCLUSÃO

A maioria das mulheres com CMH tolera bem a gravidez, entretanto, podem ocorrer raras complicações, o que requer planejamento do parto e da adequada monitorização materna e fetal.

## REFERÊNCIAS

1. Thaman R, Varnava A, Hamid MS, *et al.* Pregnancy related complications in women with hypertrophic cardiomyopathy. 2003; 89:752-6. [Cited 2012 Mar 05]. Available from: <http://heart.bmj.com/content/89/7/752>
2. Avila WS, Amaral FMC, Ramires JAF, *et al.* Influência da gestação na evolução clínica materno-fetal de portadoras de cardiomiopatia hipertrófica. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(4):480-5.
3. Moreira WR, Andrade LC. Anestesia para gestante cardiopata. *Rev Med Minas Gerais.* 2009; 19(4 Supl 1):S21-S62.
4. Burt CC, Durbridge J. Management of cardiac disease in pregnancy. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain.* 2009; 9(2):44-8.
5. Ávila WS, Born D, Bub TF, *et al.* Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez na mulher portadora de cardiopatia. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(6 supl.1):e110-e178. [Citado em 2012 Feb 20]. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz\\_card\\_grav\\_9306supl1.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_card_grav_9306supl1.pdf).
6. Bacha AC, Péret FJA. Assistência pré-natal obstétrica. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(6). [Citado em 2012 Mar 05]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001300005&script=sci_arttext)