

Cardiomiopatia periparto

Peripartum cardiomyopathy

Felippe Teixeira Menezes de Oliveira¹, Gabriela Corrêa Reis Oliveira¹, Maria Luiza de Gandra Meira¹, Marina Milagres Mendes¹, Matheus Silva Gurgel do Amaral¹, Paula Rodrigues da Silva Machado Costa¹, Paula Valle Versiani¹, Priscila Maria Goulart Ribeiro¹, William Schneider da Cruz Krettl²

RESUMO

A cardiomiopatia periparto é uma doença rara, de etiologia desconhecida, relacionada ao ciclo gravídico-puerperal. Suas principais complicações incluem insuficiência cardíaca sistólica, arritmias e tromboembolismo. O diagnóstico é de exclusão e deve ser baseado em exames complementares como radiografia de tórax, eletrocardiograma e ecocardiograma. A terapia farmacológica convencional inclui diuréticos, digoxina, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores de angiotensina e bloqueadores beta-adrenérgicos. Possui alta mortalidade, o que representa desafio médico quanto à interrupção de seus mecanismos fisiopatológicos incluindo-se estabelecer diagnóstico rápido para que sejam instruídas medidas capazes de promoverem a sua reversão, e adequada recuperação.

Palavras-chave: Cardiopatia; Gestante; Cardiomiopatia; Insuficiência cardíaca.

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

² Professor Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Peripartum cardiomyopathy is a rare disease of unknown etiology, related to pregnancy and childbirth. Its complications include systolic heart failure, arrhythmias and thromboembolism. The diagnosis is by exclusion and should be based on complementary tests such as chest radiography, electrocardiography and echocardiography. The conventional pharmacological therapy includes diuretics, digoxin, angiotensin-converting enzyme inhibitors, angiotensin receptor blockers and beta blockers. High mortality and, therefore, it is necessary that every physician is familiar with this disease.

Key words: Heart disease; Pregnancy; Cardiomyopathies; Heart Failure.

INTRODUÇÃO

A cardiomiopatia periparto é uma doença rara, de etiologia desconhecida, que acomete mulheres em idade reprodutiva e sua incidência está relacionada ao ciclo gravídico-puerperal. Parece associar-se à interação fisiológica da gestação e do puerpério com fatores inflamatórios, infecciosos, genéticos, hormonais e metabólicos.¹

Apresenta-se, usualmente, nos primeiros dias após o parto. Entre 23% e 32% das pacientes apresentam recuperação completa, ou quase completa da função ventricular nos primeiros seis meses de sua evolução.² As demais podem melhorar progressivamente a função ventricular por período mais prolongado (de um a três anos) ou; evoluir com IC crônica; ou com morte precoce ou, ainda necessitem de transplante cardíaco. A normalização da função ventricular é mais frequente quan-

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Paula Valle Versiani
Rua Joaquim Nabuco, 44
Bairro: Nova Suiça
CEP: 30421-1510
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: paulinhaversiani@yahoo.com.br

do a fração de ejeção ventricular situa-se acima de 30% na ocasião do diagnóstico.

EPIDEMIOLOGIA

A incidência mais alta observada é registrada no Haiti, seguida pela África do Sul e Estados Unidos³, com a estimativa de 1:299, 1:100 e 1:4000 nascidos vivos.⁴ No Brasil, não há estimativa da sua incidência.⁵

Os fatores de risco descritos como associados ao desenvolvimento da doença são: idade materna avançada (> 35 anos), multiparidade (> 3 partos), gestação multifetal, pré-eclâmpsia/eclâmpsia ou hipertensão gestacional, cor negra e uso de tocolíticos.^{2,4}

ETIOPATOGENIA

A etiopatogênese continua indefinida. As causas mais consideradas são: miocardite viral, causa genética, imunológica, resposta inadequada ao estresse hemodinâmico da gestação, ativação de citocinas inflamatórias, tocolise prolongada ou efeito deletério da prolactina 16 kDa, que provoca apoptose celular.²

DIAGNÓSTICO

Os sinais e sintomas apresentados pelas pacientes são os característicos da insuficiência cardíaca (Tabela 1).

Apesar de ser reconhecida como cardiomiopatia associada à gestação desde 1937, somente a partir de 1997 foram estabelecidos critérios diagnósticos, baseando-se nos seguintes achados^{2,5}:

- desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) em mulheres no período que compreende desde o último mês da gestação até o quinto mês de pós-parto;
- ausência de cardiopatia pre-existente ou outra causa de IC;
- disfunção ventricular esquerda comprovada por alterações ecocardiográficas (FE < 45%, FEnc. < 30% ou ambos e dimensão diastólica final > 2,7 cm/m² de superfície corporal).

Pode-se manifestar também com IC em idade gestacional mais precoce do que o último mês da gestação (desde a 17ª semana de IG)² podendo acometer mulheres com cardiopatia pre-existente e reduzida

reserva cardiovascular, mas com função ventricular previamente documentada como normal.

Tabela 1 - Sintomas e sinais característicos de ICC

Sintomas	Sinais
Dispneia de esforço	Cardiomegália
Dispneia paroxística noturna	Taquicárdia
Ortopneia	Polipneia
Tosse seca	Hipotensão
Palpitações	Pulso arritmico
Hemoptises	Sopro sítólico de insuficiência mitral / tricúspide
Nictúria	S ₃
Toracalgia	Fervores crepitantes
Dor abdominal	Engurgitamento jugular
	Edemas periféricos / Ascite
	Hepatomegália

Pinto *et al.*⁵

EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico é realizado com ECG, radiografia de tórax e ecodopplercardiograma. Este último deverá ser repetido caso haja piora clínica, ou a cada 6 meses para acompanhar a recuperação, que pode se estender em média por até três anos.²

O ECG dinâmico (Holter) está indicado na suspeita de arritmias.

A biopsia endomiocárdica está indicada nas pacientes que não apresentam melhora com o tratamento convencional, nas primeiras semanas após o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial é estabelecido com múltiplas entidades médicas e obstétricas que conduzem à ICC (Tabela 2).

COMPLICAÇÕES

As complicações mais frequentes são insuficiência cardíaca, tromboembolismo e arritmias.

Os fenômenos tromboembólicos são frequentes pela hipercoagulabilidade da gestação associada à estase sanguínea dentro das câmaras cardíacas, favorecendo o surgimento de trombose intraventricular, sistêmica e pulmonar.

Tabela 2 - Diagnóstico diferencial com MCPP

Diagnóstico Diferencial
Pré-eclâmpsia
Tromboembolismo pulmonar (TEP) / Embolia LA
EAM
EPA não cardiogênico (Corticoterapia; Tocólise)
Infecção
Miocardite infecciosa (coksachie B)
Miocardiomatia dilatada, hipertrófica e restritiva
Estenose mitral / tricúspide

Pinto *et al.*⁵

Também está associada à alta incidência de parto prematuro e cesáreo, provavelmente pela associação com hipertensão gestacional e gestação multifetal.

TRATAMENTO

O tratamento é o da IC, o que inclui a administração de digoxina e outros agentes inotrópicos, dopamina e dobutamina, diurético e restrição de sal. O inibidor da ECA pode ser prejudicial ao feto e deve ser evitado. Entretanto, será a medicação mais importante após o parto. O uso de anticoagulante é recomendado diante de disfunção ventricular esquerda grave, trombo no ventrículo esquerdo, ou história de embolização. A terapia com imunossupressores em pacientes com miocardites e disfunção ventricular esquerda persistente pode melhorar o prognóstico e a função ventricular.

CONCLUSÃO

Apesar de rara, sua importância reside na alta taxa de mortalidade, que varia entre 18 e 56%.⁶ As causas que levam ao óbito são IC, arritmias ou eventos embólicos.² O diagnóstico é de exclusão, e baseado na realização de vários exames complementares de diagnóstico.

O planejamento familiar é fundamental, porque as pacientes que normalizaram a função ventricular podem apresentar recidiva da doença em gestação subsequente.

REFERÊNCIAS

1. Avila WS, Carvalho MEC, Tschaen CK, *et al.* Gravidez em Portadoras de Cardiomiopatia Periparto. Estudo Prospectivo e Comparativo. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79(5):484-8.
2. Tedoldi CL. Miocardiomatia periparto. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. Rio de Janeiro: da Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2009.
3. Ardila DFP, Hurtado SN, Osorio EMA, Rosero RAA. Miocardiomatia periparto. *Insuf Card.* 2009; 4(4): 177-83.
4. Moreira WR, Andrade LC. Anestesia para gestante cardiopata. *Rev Med Minas Gerais.* 2009; 19(4 Supl 1): S21-S62
5. Pinto CG, Colaço J, Maya M, Avillez T, Casal E, Hermida M. Miocardiomatia periparto. *Acta Med Port.* 2007; 20: 447-52.
6. Moreira CC, Zanati SG, Medeiros VTB, Guimarães C, Simões EF, Matsubara BB. Características Clínicas Associadas à Evolução Desfavorável na Miocardiomatia Periparto. *Arq Bras de Cardiol.* 2005; 84 (2):141-6.