

Cardiomiopatia hipertrófica na gestação: um relato de caso

Hypertrophic cardiomyopathy during pregnancy: a case report

Bárbara Henriqueta Ferreira Duarte¹, Bruno Veloso de Souza¹, Daniella Moreira dos Santos¹, Fernando Junior Assis Peixoto¹, Gabriela Freitas Chaves¹, Igor de Andrade Lima¹, Ivan Luis Pimenta de Azevedo¹, Karlla Rodrigues Souza Moreira¹, Leandro Henrique Resende¹, Willian Schineider da Cruz Krettl²

RESUMO

A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) apresenta-se como hipertrofia ventricular assimétrica, com ou sem obstrução à ejeção sistólica. A evolução clínica é variável, sendo a dispnéia a queixa mais comum. Esse relato apresenta a evolução clínica de paciente de 26 anos, portadora de cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva, previamente sintomática, com agravamento durante a gestação. Acompanhamento pré-natal adequado permitiu a realização de parto cesáreo a termo, sob anestesia combinada raquiperidural, sem intercorrências. A abordagem da gestante cardiopata constitui preocupação redobrada, com avaliações frequentes das condições materno-fetais e planejamento do parto.

Palavras-chave: Cardiomiopatia Hipertrófica; Diagnóstico; Parto.

ABSTRACT

The Hypertrophic Cardiomyopathy (HCM) presents as asymmetric ventricular hypertrophy, with or without obstruction of systolic ejection. The clinical course is variable and dyspnea is the most common symptom. A 26-year-old patient, diagnosed for obstructive hypertrophic cardiomyopathy, pre symptomatic, had worsening of symptoms during pregnancy. Adequate prenatal care has allowed for cesarean delivery using combined spinal and epidural anesthesia, without further complications. Given that heart disease is a major cause of maternal mortality in Brazil, the approach of pregnant women with heart disease should include more frequent evaluations of maternal and fetal conditions and delivery planning.

Key words: *Cardiomyopathy Hypertrophic; Diagnosis; Parturition.*

INTRODUÇÃO

Cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é doença transmitida geneticamente e caracterizada por hipertrofia ventricular esquerda assimétrica, com ou sem obstrução aórtica, em repouso ou provocada. O objetivo deste artigo é mostrar a abordagem à gestante portadora de cardiomiopatia hipertrófica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 anos, primigesta, com idade gestacional (IG) de 39 semanas e um dia, em acompanhamento no Pré-Natal de Alto Risco do Hospital das Clínicas da UFMG, por ser portadora de síndrome de Wolff-Parkinson-White e cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva.

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: gabrielafreitaschaves@gmail.com

Apresentava-se sintomática, dispnéica, com piora durante a gestação, porém controlada. Em uso de propranolol 40 mg de oito em oito horas. O ecocardiograma durante a IG de 22 semanas e três dias revelou fração de ejeção de ventrículo esquerdo (VE) de 75,13%, cardiomiopatia hipertrófica assimétrica do VE, com acometimento do septo interventricular e obstrução mesoventricular significativa (gradiente máximo de 70 mmHg), grau I de disfunção diastólica do VE, com sinais de elevação das pressões de enchimento ventricular, regurgitações mitral leve e tricúspide discreta. Seu acompanhamento foi sem intercorrências, com parto cesáreo programado, com bloqueio combinado raquiperidural. O pós-parto imediato foi realizado em terapia intensiva, evoluindo sem complicações.

DISCUSSÃO

A CMH apresenta-se como hipertrofia ventricular assimétrica, com ou sem obstrução à ejeção sistólica. A evolução clínica é variável, desde assintomática até morte súbita. A dispnéia é a queixa mais comum, acompanhada por dor torácica atípica, angina, tontura, lipotímia, síncope e palpitações. Gestantes com queixas prévias à gravidez costumam ser mais sintomáticas. Ao exame físico, destaca-se *ictus* de VE propulsivo, localizado e sustentado. É necessário acompanhamento com eletrocardiograma (ECG), holter, ecocardiograma e teste ergométrico. Os diagnósticos diferenciais são hipertensão arterial sistêmica e estenose aórtica¹.

Os riscos maternos e neonatais associados à gestação em cardiopatas que receberam atenção pré-natal adequada ainda não foram bem definidos, apesar de a cardiopatia ser das mais importantes causas de mortalidade materna².

A indicação para o tratamento está associada à constatação de insuficiência cardíaca ou arritmias. Os fármacos mais utilizados são beta-bloqueadores, antagonistas do cálcio e diuréticos de alça³.

A interrupção da gestação e a via de parto dependem das condições materno-fetais. O tipo de parto é de indicação obstétrica¹. No trabalho de parto prematuro, deve ser evitada tocólise com beta-adrenérgicos e nifedipina, que aumentam o gradiente na via de saída do VE. O parto vaginal é bem tolerado e o segundo estágio do parto pode ser abreviado com o uso de fórcepe. As prostaglandinas vasodilatadoras devem ser evitadas⁵.

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 sistêmica consequente à vasodilatação periférica⁴. A pré-hidratação e a hidratação vigorosa devem ser evitadas, sob o risco de aumento do volume circulante com a involução uterina e descompressão da veia cava, com sobrecarga de volume no pós-operatório imediato e descompensação cardíaca. A prevenção e correção de hipotensão arterial sistêmica devem ser realizadas com alfa-agonistas, sendo os beta-agonistas contraindicados por aumentarem a contratilidade e a frequência cardíaca e, conseqüentemente, o grau de obstrução na via de saída do VE. A pré-carga adequada pode ser mantida com infusão contínua do vasopressor, usado também para minimizar as alterações da pressão materna e manter a perfusão.

O bloqueio combinado raquiperidural é reservado aos casos graves, como aqui relatado, e quando se deseja indução lenta da anestesia, evitando-se o rápido bloqueio simpático e hipotensão arterial sistêmica⁴. Assim, espera-se reduzir a necessidade de anestesia geral e suas complicações.

A anestesia raquiperidural apresenta vantagens: latência mais curta, início rápido, baixa incidência de falhas (combinada < 1% *versus* peridural 4%), bloqueio mais intenso e melhor analgesia intraoperatória, relaxamento muscular mais intenso, baixa incidência de tremores, menos quantidade de anestésicos locais e bloqueio simpático menos abrupto⁴.

CONCLUSÃO

A abordagem da gestante portadora de cardiomiopatia hipertrófica deve incluir adequado pré-natal, com avaliações seriadas das condições materno-fetais. A boa evolução da gestação é possível por meio do tratamento sintomático. O parto deve ter atenção especial, com escolha da melhor via de parto e tipo de anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Tedoldi CL, Freire CMV, Bub TF, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. Arq Bras Cardiol.; 93 (6 supl.1):e110-e178.

2. Bortolotto MR. Estudo prospectivo multicêntrico da evolução da gravidez em mulheres com cardiopatia. *Rev Ass Med Bras*. 2001; 47(3):169-97.
3. Filho, E.A.F., Bezerra, G.C., Carnelos, L.A.A., Silveira, M.S., Dantas, M.S., Martos, R.A.. Atualização em cardiopatias e gravidez, parte II; Departamento de Gineco-Obstetrícia da Faculdade de Medicina "Dr. Hélio Mandetta" da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande: UFMS, 2007.
4. Moreira WR, Andrade LC. Anestesia para gestante cardiopata. *Rev Méd Minas Gerais*. 2009; 19(4 Supl. 1):S21-S62.
5. Carvalho, A.M., Rodrigues, R.R., FR.B. Cesária em paciente portadora de miocardiopatia hipertrófica. *Med J*. 2005; 123(suppl.spe):23.
6. Stocche, R.M., Garcia, L.V, Klamt, J.G.. Anestesia para cesariana em paciente portadora de cardiomiopatia hipertrófica familiar: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007; 57(6): 665-71.
7. Bacha, C.A., Peret, F.J.A.. Assistência pré-natal obstétrica. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6):118-20.
8. Avila WS, Grinberg M, Ramires RC, *et al*. Pregnancy in women with cardiomyopathy: maternal and fetal outcomes. *Eur Heart J*. 1998; 19:132.
9. Shah DM, Sunderji SG. Hypertrophic cardiomyopathy and pregnancy: report of a maternal mortality and review of literature. *Obstet Gynecol Survey*. 1985; 40:444-8.
10. Siu SC, Sermer M, Colman JM, *et al*. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation*. 2001; 104:515-21.
11. Consenso Brasileiro sobre Cardiopatia e Gravidez. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez e Planejamento Familiar da Mulher Portadora de Cardiopatia. [Citado em 2011 dez. 20]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1999/7203/7203.pdf>