

TRANSPOSIÇÃO DE GRANDES VASOS CORRIGIDA CONGENITAMENTE E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

CONGENITALLY CORRECTED TRANSPOSITION OF GREAT VESSELS AND PREGNANCY: CASE REPORT

Carolina Leão Oderich¹, Gustavo Pereti Rodini¹, Roberto Gabriel Salvaro², Orlando Wender³, Sérgio Martins-Costa⁴, José Geraldo Lopes Ramos⁴

RESUMO

Este é um relato de caso com discussão dos desfechos materno-fetais de gestantes com transposição de grandes vasos congenitamente corrigida (TGVCC). Gestante com transposição de grandes artérias congenitamente corrigida TGACC, internada com 35 semanas de gestação por dispneia e cianose central, evoluindo para parto vaginal com fórceps e recebendo alta com recém-nascido clinicamente estável. A mesma paciente é internada novamente após 1 ano, gestante e com as mesmas queixas, apresentando dor precordial no trabalho de parto. Foi indicada cesárea por desproporção cefalopélvica. Teve alta clinicamente estável. Os recém-nascidos não apresentaram malformações cardíacas. Em conclusão, gestantes portadoras de TGACC devem receber atenção multidisciplinar diferenciada devido à gestação de alto risco, tendo indicação de parto normal assistido e monitorado, visando diminuir a morbimortalidade materna.

Palavras-chave: *Transposição de grandes vasos congenitamente corrigida; gestação de alto risco; assistência pré-natal; parto; cardiopatia na gestação.*

ABSTRACT

Case report and discussion of maternal-fetal outcomes in pregnant patients with congenitally corrected transposition of the great vessels (CCTGV). A pregnant woman with CCTGV was hospitalized at 35 weeks of gestation for dyspnea and central cyanosis. Her baby was born via forceps delivery and was clinically stable when discharged from hospital. The patient returned to the hospital 1 year later. She was pregnant and presented the same complaints, with precordial pain during labor. Cesarean delivery was indicated due to dystocia. She was clinically stable when discharged from hospital. Both newborns did not have cardiac malformations. Pregnant patients suffering from CCTGV should receive multidisciplinary attention due to the high-risk pregnancy, with recommendation of assisted and monitored vaginal labor to reduce maternal morbidity and mortality.

Keywords: *Congenitally corrected transposition of the great vessels; high-risk pregnancy; prenatal care; delivery; cardiopathy in pregnancy.*

Rev HCPA 2009;29(3):255-257

A transposição de grandes vasos corrigida congenitamente (TGVCC) é uma anomalia cardíaca com conexão ventrículo-arterial discordante e conexão átrio-ventricular discordante. O átrio direito conecta-se com o ventrículo morfológicamente esquerdo (VE), e o átrio esquerdo conecta-se com o ventrículo morfológicamente direito (VD). Essa condição pode apresentar-se com *situs solitus* (I-TGA) ou com *situs inverso* (d-TGA). É extremamente rara.

Na transposição das grandes artérias (TGA) completa, não existe discordância átrio-ventricular, somente discordância ventrículo-arterial, ou seja, a aorta se origina no VD, e a artéria pulmonar se origina no VE. No entanto, o átrio direito conecta-se com o VD, e o átrio esquerdo conecta-se com o VE. Nestes casos, a cianose neonatal é a regra e exige tratamento cirúrgico imediato.

A história natural e os sintomas da TGVCC vão depender fundamentalmente do comportamento do VD, que vai funcionar nesta patologia como ventrículo sistêmico, e das doenças asso-

ciadas, das quais a comunicação interventricular e os bloqueios átrio-ventriculares são as mais frequentes.

O aumento do débito cardíaco durante a gestação resulta inicialmente em aumento do volume cardiovascular, que se estabiliza posteriormente devido a um aumento da frequência cardíaca. Uma piora da cianose decorrente de um *shunt* direito-esquerdo pode ser observada em algumas pacientes. Isso ocorre devido a uma diminuição da resistência vascular sistêmica proporcionalmente maior que a resistência vascular pulmonar, resultando em um aumento do *shunt* direito-esquerdo através de defeitos do septo ventricular (1).

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente gestante, 17 anos, branca, solteira, é transferida ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre com idade gestacional (IG) de 35 semanas e tendo realizado o pré-natal em outro ambulatório, não apresentando alterações. Queixa-

1. Programa de Pós-Graduação – Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

2. Unidade de Emergência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3. Departamento de Cirurgia, UFRGS.

4. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, UFRGS.

Contato: Carolina Leão Oderich. E-mail caroderich@gmail.com (Porto Alegre, RS, Brasil).

va-se de dispneia aos pequenos esforços e de dor precordial atípica, que tinham se acentuado nas 2 últimas semanas, acompanhadas de cianose central e de extremidades. Trazia laudo de seu pediatra apresentando TGACC.

Ao exame obstétrico, apresentava altura uterina de 35 cm, batimentos cardíofetais de 144 bpm, movimentos fetais presentes, toque vaginal com colo grosso e fechado, cardiocardiografia reativa e perfil biofísico fetal normal. Laudo de ecocardiograma fetal normal.

Exame cardiológico apresentando ritmo regular (2 tempos), com extrassístoles frequentes, bulhas hipofonéticas, sopro protomesossistólico grau 2 na borda esternal esquerda. Presença de cianose central com as contrações uterinas.

Eletrocardiograma (ECG) normal com extrassístoles. Holter normal, com extrassístoles supraventriculares e ventriculares isoladas. Ecocardiograma: fração de ejeção (FE) 55%; diâmetro diastólico de VE 1,1; diâmetro diastólico de VD 4,8 com septo PP 1,5, AE 3,4, forame oval patente. *Situs solitus*, levocardia, *L-looping*, transposição corrigida de grandes vasos, conexão átrio-ventricular discordante. Hipertrofia de VD com disfunção sistólica leve e déficit de relaxamento. Regurgitação tricúspide leve para o átrio esquerdo. Sem obstrução da via de saída do VD ou VE. Raio X de tórax, exames laboratoriais e gasometria arterial normais.

A paciente permaneceu clinicamente estável, tendo indicação cardiológica e obstétrica de parto via vaginal. Evoluiu com 37 semanas para parto normal, monitorada com cateter venoso central. Realizada analgesia combinada (raquidiana e peridural) e utilizado fórceps de Kielland. Recém-nascido do sexo feminino, 3740 g, apgar 1/7. A paciente foi observada por 24 horas no Centro de Tratamento Intensivo, apresentando boa evolução no puerpério.

O recém-nascido recebeu alta com a mãe. Não foram identificadas anomalias cardíacas nele. A paciente recebeu agendamento para revisão pós-parto e foi orientada quanto à anti-concepção, referindo que iria realizar ligadura tubária.

Aproximadamente 1 ano depois, a paciente retorna ao pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, agora com duas gestações e um parto (G2P1) e com 22 semanas de IG, sem intercorrências até esse momento. Novo ecocardiograma: mantida FE 55% e demais valores sem alterações em relação ao exame de 2006. Foi realizada nova avaliação da cardiologia e indicada ligadura tubária no momento do trabalho de parto ou, no caso, na cesariana, em função dos riscos maternos.

Feto com avaliação normal, inclusive de ecocardiograma. Foi iniciada a indução do trabalho de parto com misoprostol 25 mcg e, depois, ocitocina. A paciente apresentou fortes dores precordiais durante o trabalho de parto, sendo

solicitados ECG e marcadores de lesão miocárdica (CK, CK-MB e troponina) normais. Após analgesia (combinada), a paciente melhora da dor precordial. Foi indicada cesárea por desproporção cefalopélvica. Conforme o previamente combinado e acordado, realizou-se a ligadura tubária. A paciente apresentou boa evolução puerperal. Recebeu alta em 48 horas com recém-nascido com plano de seguir acompanhamento cardiológico.

DISCUSSÃO

Durante a gestação ocorrem mudanças hemodinâmicas significativas no organismo materno, aumentando o débito cardíaco em até 50%, causando, assim, grandes efeitos em pacientes com doença cardíaca. A doença cardíaca não é comum em gestantes, ocorrendo em aproximadamente 1% das gestações, sendo uma importante causa de morbimortalidade materna (2). Essas alterações também ocorrem em gestantes com TGACC.

Para se ter uma gestação com sucesso em pacientes com TGACC, o pré-natal deve ser rigoroso, com exame cardiológico bem executado, assim como a realização de exames complementares para avaliar malformações associadas (3).

Mulheres com FE menor que 40% ou regurgitação átrio-ventricular importante devem ser desaconselhadas a gestar, pois o aumento do volume circulante durante a gestação pode não ser bem tolerado pela gestante (3).

Dor precordial pode ser frequentemente relatada pelas pacientes e isso ocorre como resultado da inadequação morfológica do VD em assumir a demanda sistêmica (4). Deve-se afastar doença coronariana obstrutiva.

Um estudo retrospectivo realizado na Clínica Mayo (5) avaliou 22 mulheres gestantes com I-TGACC. Destas 22 mulheres, resultaram 50 nascimentos, 88% via parto vaginal e 12% por cesariana. Apenas uma paciente desenvolveu insuficiência cardíaca grave em decorrência de regurgitação valvar prévia. Nenhum dos recém-nascidos nasceu com doença cardíaca. Como estudo retrospectivo, a avaliação cardíaca dos fetos pode ter sido prejudicada pelos poucos métodos de avaliação disponíveis na época do nascimento. O estudo comparou desfechos em gestantes que haviam sido submetidas à cirurgia de correção cardíaca prévia (nove pacientes) com aqueles de gestantes sem correção cirúrgica (12 pacientes): a única diferença significativa encontrada foi relativa ao peso dos recém-nascidos, menor no grupo sem correção cardíaca cirúrgica. A maioria das gestantes atingiu o termo, e o parto foi realizado com monitoramento multidisciplinar por cardiologista, obstetra e anestesista. Eles concluíram que o parto deve ser monitorado, devendo-se avaliar os riscos

previamente. Se for evidenciado alto risco cardíaco, deve-se utilizar catéter de Swan-Ganz e profilaxia para endocardite. Sempre se deve oferecer analgesia durante o trabalho de parto, evitando o estresse da paciente. O estudo sugere que a TGACC não inibe a fertilidade das pacientes, e que elas podem ter gestações de sucesso, mas de risco muito aumentado.

Outro estudo retrospectivo (6) utilizou o Banco de Dados da Unidade de Doenças Cardíacas dos Estados Unidos, onde foram avaliadas 19 mulheres gestantes com TGACC. Houve 27 nascimentos, não ocorreu morte materna e apenas um recém-nascido apresentou doença cardíaca. Nesse estudo também é recomendado um acompanhamento rigoroso dessas pacientes durante a gestação e o parto.

A preferência da via de parto é vaginal, sendo indicada cesariana conforme orientação obstétrica. O manejo anestésico depende das alterações anatômicas encontradas e da condição clínica da gestante. Faz-se necessário suporte com acesso central e pressão arterial média (PAM) com monitorização rigorosa (5). A sugestão de analgesia é peridural infundida lentamente em baixa concentração no início do trabalho de parto. Não se deve fazer *bolus* inicial. Pode ser necessário o uso de fórceps no parto para diminuir o esforço materno (7).

A paciente do caso relatado neste artigo teve duas gestações. Uma delas evoluiu para parto normal com uso de fórceps de Kielland, sendo feita analgesia combinada para diminuir o estresse, realizando monitorização cardíaca com pressão venosa central (PVC) e PAM. A segunda gestação evoluiu para cesariana por desproporção cefalopélvica, também tendo sido a paciente submetida previamente ao trabalho de parto com analgesia e os devidos controles. Contudo, nessa segunda gestação, ela apresentou dor precordial, sendo necessária monitorização mais rigorosa frente à possibilidade de disfunção aguda do VD. Em ambas as gestações a paciente teve boa evolução puerperal.

O caso descrito demonstra a importância da monitorização rigorosa de pacientes com malformações cardíacas no trabalho de parto, prestando-se atenção para a presença ou não de malformações associadas e avaliando-se os

riscos de uma gestação a termo em decorrência da sobrecarga cardíaca.

A morbimortalidade materna nesses casos é muito aumentada, devendo-se fazer um correto manejo pós-parto a fim de proporcionar o aconselhamento quanto à prevenção de futuras gestações, com métodos adequados de anti-concepção.

Agradecimentos

Ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e aos médicos contratados, médicos residentes, enfermeiras e demais funcionários do Centro Obstétrico do HCPA.

REFERÊNCIAS

1. Perloff JK. Pregnancy in congenital heart disease. *Cong Heart Dis*. 1991;124-40.
2. Hameed A, Karaalp IS, Tummala PP, Wani OR, Canetti M, Akhter MW, et al. The effect of valvular disease on maternal and fetal outcome of pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37:893-9.
3. Warnes CA. Transposition of the great arteries. *Circulation*. 2006;114:2699-709.
4. Baltalarli A, Tanriverdi H, Gökşin I, Önem G, Rendeci O, Saçar M. Coronary arterial revascularization in an adult with congenitally corrected transposition of great arteries and dextrocardia. *J Card Surg*. 2006;21:296-7.
5. Conolly HM, Grogan M, Warnes CA. Pregnancy among women with congenitally corrected transposition of great arteries. *J Am Coll Cardiol*. 1999;33:1962-5.
6. Therrien J, Barnes I, Somerville J. Outcome of pregnancy in patients with congenitally corrected transposition of the great arteries. *Am J Cardiol*. 1999;84:820-4.
7. Cordone M, Wolfson A, Wolfson N, Penning D. Anesthetic management of labor in a patient with congenitally corrected transposition of the great arteries. *Int J Obst Anesth*. 2008;17:57-60.

Recebido: 20/07/09

Aceito: 09/11/09