

Cardiopatias congênitas dependentes do canal arterial: do diagnóstico diferencial até os cuidados pós-parto

Vinícius Oliveira Mendonça¹; Ana Luiza Caetano de Deus¹; Geovanna de Oliveira Araújo Silva¹; Laísia Maria de Souza¹; Maria Vitória Vieira Graciano¹; Thiago Camilo El Bazi¹; Danilo Silva Almeida²

1. Discente do curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA.
2. Docente curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA.

RESUMO: As cardiopatias congênitas são marcadas por uma malformação anatômica grosseira do coração ou dos grandes vasos, elas são um fator de preocupação nas populações neonatais e pediátricas, pois até o nascimento são assintomáticas, e só após o nascimento os sintomas e os agravos se iniciam, necessitando de um diagnóstico intraútero. O objetivo deste relato de caso é descrever uma gestação em que o feto possui uma cardiopatia congênita com circulação pulmonar dependente do canal arterial, evidenciando as etapas de diagnóstico precoce, acompanhamento pré-natal e os cuidados pós-parto. Paciente do sexo feminino, 14 anos, passou por uma gravidez de risco, sendo o feto diagnosticado com uma cardiopatia congênita, tendo uma hipoplasia do coração direito com atresia pulmonar e comunicação intraventricular, cujo parto demandava atenção especializada. A paciente passou por uma cesariana agendada e o neonato veio a óbito em cirurgia após 1 mês de vida. A gravidez na adolescência é um fenômeno que demanda maior atenção, visto que gestantes adolescentes apresentam perfil clínico desfavorável em relação a gestantes adultas. O diagnóstico pré-natal de cardiopatias congênitas é um processo complexo e envolve especialidades como a obstetrícia e a cardiologia. A comunicação intraventricular (CIV) é considerada a mais frequente das cardiopatias congênitas, tendo uma pequena taxa de sobrevivência no primeiro ano de vida, sendo mais comum no sexo masculino. Esse diagnóstico é facilmente identificado na ecocardiografia e está comumente associado à atresia pulmonar. O diagnóstico precoce é de suma importância, pois permite que os pais compreendam melhor a patologia da cardiopatia e suas implicações prognósticas, assim como permite o planejamento do parto, para que toda a equipe especializada no caso, tanto no parto quanto no pós parto, esteja presente.

Palavras-chave:

Gravidez na adolescência.
Cardiopatia congênita.
Comunicação intraventricular.
Gravidez de risco.
Diagnóstico precoce.

INTRODUÇÃO

A cardiopatia congênita é marcada por uma malformação anatômica grosseira do coração ou dos grandes vasos, que irá levar a um comprometimento real ou potencial na importância funcional, tem espectro clínico variável, compreendendo desde anomalias que evoluem de forma assintomática até aqueles que caracterizam sintomas importantes e alta taxa de mortalidade (PINTO; WESTPHAL; ABRAHÃO, 2018). Além disso, a prevalência no Brasil é de 25.757 novos casos/ano. Em 2010, foram notificados ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC/MS), 1.377 casos de nascidos com cardiopatias congênitas, o que representa 5,3% do estimado para Brasil (PINTO et al., 2016).

Segundo a 2ª Diretriz Brasileira de Cardiologia Fetal (2019), as cardiopatias congênitas são um fator de preocupação nas populações neonatais e pediátricas, pois até o nascimento são assintomáticas, e só após o nascimento os sintomas e os agravos se iniciam, necessitando de um diagnóstico intraútero. Dessa forma, para o diagnóstico é muito importante que seja realizada a anamnese, colhendo informações essenciais como a idade gestacional, da história obstétrica pregressa, de possíveis doenças maternas ou do uso de medicações de risco para cardiopatia fetal e a indicação do exame.

De acordo com a diretriz supracitada, a ecocardiografia pode ser realizada a partir de 18 semanas, todas as estruturas cardíacas podem ser analisadas. As melhores imagens, no entanto, são obtidas entre 24 e 28 semanas, quando o coração já apresenta dimensões maiores. É imprescindível que o cardiologista fetal tenha saberes dos conceitos de ultrassonografia básica, especialmente no que se refere à situação e à posição fetal. Assim, antes de iniciar a avaliação do coração, deve-se determinar a apresentação do feto, identificando seus lados esquerdo e direito.

As cardiopatias com circulação pulmonar dependente do canal arterial, é representado pelas cardiopatias em que existe obstrução crítica ou completa do fluxo do ventrículo venoso para a artéria pulmonar. Com isso, todo o sangue que chega aos pulmões depende da perviabilidade do canal arterial. Além disso, a identificação da cardiopatia fetal permite que o parto (cesáreo) seja planejado de forma a permitir a presença da equipe especializada no momento do nascimento. Os exemplos comuns deste subgrupo de malformações são: a atresia pulmonar com septo intacto, a estenose valvar pulmonar crítica, a atresia pulmonar com tetralogia de Fallot com atresia pulmonar (CIV) e as cardiopatias complexas acompanhadas de estenose ou atresia pulmonar (dupla via de saída do ventrículo direito, conexões atrioventriculares univentriculares, isomerismos atriais) (ZIELINSKY, 1997).

A partir do exposto, esse relato tem como objetivo descrever uma gestação em que o feto possui uma cardiopatia congênita com circulação pulmonar dependente do canal arterial, evidenciando as etapas de diagnóstico precoce, acompanhamento pré-natal e os cuidados pós-parto.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 14 anos, grávida de 31 semanas, G1P0A0, admitida na instituição pública, em Anápolis, Goiás, apresentou-se com queixa de dor brusca no membro inferior esquerdo e baixo ventre, negando perdas vaginais. Ao exame físico, encontrou-se em regular estado geral (REG), corada, hidratada, apresentando frequência cardíaca fetal de 140 batimentos por minuto e movimentos fetais positivos. A paciente apresentou-se tímida, calada e quem descreveu melhor o quadro clínico foi a mãe que a acompanhava.

Em hábitos de vida, paciente negou fazer uso de qualquer substância, lícita ou ilícita, bem como de nenhuma medicação anterior à gravidez.

Em história clínica anterior, foi relatado que se tratava de gravidez de risco, uma vez que o feto havia sido diagnosticado com uma cardiopatia congênita. Esse diagnóstico foi realizado, em torno da 22ª a 24ª semana de gravidez, a partir de um ultrassom morfológico rotineiro do pré-natal, que evidenciou: hipoplasia das câmaras direitas; conexão atrioventricular diminuída à direita; septos interventricular e interatrial visualizados, porém, com diminuição do raio.

Em vista dessas alterações, realizou-se o primeiro ecocardiograma fetal (figura 1), à 26ª semana de gestação. Nesse exame, evidenciou-se cardiopatia complexa, tendo como laudos patológicos: valva tricúspide impérvia; aumento do átrio direito e fluxo bidirecional do átrio direito para o esquerdo; hipoplasia do ventrículo direito; artérias pulmonar e aorta ascendente de difícil visualização, gerando hipótese de transposição, e aumento do diâmetro de artéria aorta.

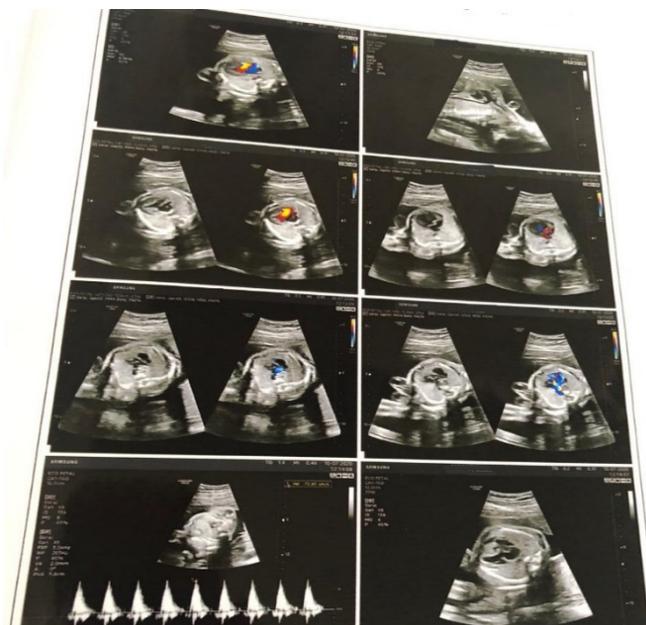


Figura 1 - Ecocardiograma evidencia cardiopatia fetal complexa.

Ecocardiograma evidencia cardiopatia fetal complexa. Outro ecocardiograma fetal foi realizado na 33ª semana gestacional, no qual foi observado: conexão atrioventricular biventricular com hipoplasia importante anulo-valvar tricúspide; ventrículo direito hipoplásico, com via de saída ausente; septo

interventricular com comunicação interventricular; valva tricúspide com hipoplasia importante; valva aórtica e arco aórtico dilatados; valva pulmonar atrésica; tronco pulmonar hipoplásico; colaterais sistêmico-pulmonares.

A conclusão foi que se tratava de hipoplasia do coração direito, com atresia pulmonar e comunicação intraventricular (CIV) e provável fistula coronário cavitária no ventrículo direito. Portanto, essa cardiopatia dependente de canal arterial era grave e demandava nascimento em serviço com cardiologia pediátrica, além de cirurgia cardíaca pediátrica e cuidados neonatais intensivos.

A gestação, apesar de ser considerada de risco, ocorreu sem graves intercorrências, sendo admitida, por vezes, no pronto-socorro, em função de disfunções típicas da gravidez. Não foram realizados exames genéticos durante a gestação. O parto, na 35ª semana gestacional, foi uma cesariana agendada na instituição pública, para possibilitar a avaliação imediata de um cirurgião cardiopediatra após o nascimento. A cirurgia para correção de CIV foi indicada, porém, não foi realizada de imediato. A cirurgia foi realizada um mês após o nascimento, entretanto, o neonato não resistiu e veio a óbito.

O presente relato de caso foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP/UniEVANGÉLICA, seguindo a carta circular 166/2018.

DISCUSSÃO

A gravidez na adolescência é um fenômeno que demanda atenção dos profissionais de saúde, uma vez que gestantes adolescentes apresentam perfil clínico desfavorável em relação a gestantes adultas. Esse perfil é caracterizado por maior incidência de malformações congênitas, menor número de consultas de pré-natal, maiores taxas de prematuridade e baixo peso no neonato (DIAS; ANTONI; VARGAS, 2020).

A gestação nesse grupo social envolve fatores como negligência à anticoncepção e vulnerabilidade, sendo que o abuso sexual é uma realidade possível. (VIDIGAL et al., 2019). Além disso, impactos psicossociais podem estar presentes, como maiores taxas de evasão escolar, vergonha, ansiedade, preocupação com o futuro da criança, afetando também o desenvolvimento da autonomia frente aos pais, a maturação sexual e à busca de identidade adulta (CUNHA et al., 2020).

A comunicação interventricular (CIV) é considerada a mais frequente das cardiopatias congênitas, tendo uma pequena taxa de sobrevivência no primeiro ano de vida. Esse diagnóstico está comumente associado à atresia pulmonar, sendo este, um grupo de malformações cardiopulmonares, na qual existe dificuldade de conexão entre o ventrículo direito e artérias pulmonares tendo, sua intensidade, dependente do grau de estenose da artéria pulmonar (PASSOS et al., 2017). Sua prevalência é de 0,004% de nascidos vivos, sendo mais comum no sexo masculino (CROTI et al., 2001). Esse diagnóstico é facil-

mente identificado na ecocardiografia, tendo, os pacientes portadores de atresia pulmonar, o ecocardiograma com achados semelhantes aos da tetralogia de Fallot, diferenciando-se devido à ausência da dextroposição da aorta e da hipertrofia do ventrículo direito (PASSOS et al., 2017).

O diagnóstico pré-natal de cardiopatias congênitas é um processo complexo, tanto para o médico, quando para a família e envolve importantes especialidades como a obstetrícia e a cardiologia. A descoberta precoce permite que os pais compreendam melhor o diagnóstico e a gravidade da cardiopatia com todas as implicações prognósticas que, porventura, possam ocorrer, sendo este, um longo período de transição e aceitação vivenciado pela família. Dessa forma, o diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas permite um maior preparo familiar (LOPES, 2015), uma possível intervenção intra-uterina, se necessário, e um melhor planejamento de parto e cuidados posteriores (ZIELINSKY, 1997), promovendo, assim, uma maior sobrevivência do neonato.

CONCLUSÃO

A cardiopatia com circulação sistêmica dependente do canal arterial, geralmente não apresenta comprometimento funcional durante a vida intrauterina, embora possa evoluir até a óbito após nascimento. Desse modo, o diagnóstico precoce é de suma importância, pois permite que os pais compreendam melhor a patologia da cardiopatia, suas implicações prognósticas e, permite também o planejamento do parto, onde toda a equipe especializada no caso, tanto no parto quanto no pós parto, estejam presentes. Torna-se, então, imprescindível o acompanhamento pré-natal de todas as gestantes, cujo feto foi diagnosticado com a cardiopatia congênita, além das instruções sobre os cuidados a serem tomados após o nascimento.

REFERÊNCIAS

CROTI, U. A. et al. Classificação anatômica e correção cirúrgica da atresia pulmonar com comunicação interventricular. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 16, n. 4, p. 321-336, 2001.

CUNHA, A. et al. Efeitos psicossociais da gravidez na adolescência: um estudo transversal. **Brazilian Journal Development**, v. 6, n. 7, p. 47412- 47424, 2020.

DIAS, B. F.; ANTONI, M. N.; VARGAS, D. M. Perfil Clínico e Epidemiológico da Gravidez na Adolescência: Um Estudo Ecológico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 1, p. 10-22, 2020.

JUNIOR, P; Cavalcante, V. Epidemiology of congenital heart disease in Brazil. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 30, n. 2, p. 219-224, 2015.

LOPES, L. M. Diagnóstico Intrauterino de Cardiopatia: Implicações Terapêuticas. **Rev Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 122-125, 2015.

PASSOS, A. R. et al. Atresia Pulmonar com Comunicação Interventricular: Relato de Caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 20, n. 2, p. 113-115, 2017.

PEDRA, S. R. F. et al. Diretriz Brasileira de Cardiologia Fetal-2019. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 112, n. 15, p. 600-648, 2019.

PINTO, C. P.; WESTPHAL, F.; ABRAHÃO, A. R. Fatores de riscos materno associados à cardiopatia congênita. **J Health Sci Inst**, v. 36, n. 1, p. 34-38, 2018.

SILVEIRA, S. C.; INOUE, C. S. L.; CHAMPAGNONE, G. Z. Prevalência de Cardiopatias Fetais em Gestantes de Alto Risco atendidas na Rede Pública de Sorocaba/SP. **Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba**, v. 13, n. 2, p. 16-20, 2011.

VIDIGAL, G. C. B. et al. Gravidez na adolescência: perfil dos casos ocorridos no estado de Goiás de 2005 a 2015. **Revista de Saúde Santa Maria**, v. 45, n. 1, p. 1-11, 2019.

ZIELINSKY, P. Malformações Cardíacas Fetais. **Diagnóstico e Conduta Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 69, n. 3, p. 209-218, 1997.