

Conduta obstétrica em caso de hipoplasia materna da veia cava inferior

Márcia Filipa Vieira-Coimbra¹ , Nuno Nogueira Martins¹ , José Damasceno Costa¹, Francisco Nogueira Martins¹

RESUMO

A hipoplasia da veia cava inferior é uma patologia rara que integra o conjunto de anomalias do desenvolvimento da veia cava inferior. A sua incidência situa-se entre 0,3%-0,5% na população saudável e 5% nos adultos jovens sem fatores de risco para trombose venosa profunda, sendo considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de trombose dos membros inferiores. O principal objetivo deste trabalho é reportar a conduta obstétrica de um caso clínico de uma grávida diagnosticada com hipoplasia da veia cava inferior, prévia à gravidez. Trata-se de um caso clínico, de uma grávida, primigesta, com 37 anos, com hipoplasia da veia cava inferior e heterozigotia para o gene MTHFR677 diagnosticadas, na sequência de uma trombose venosa bilateral dos membros inferiores e do segmento infrarrenal da veia cava inferior. A gravidez foi seguida em consulta hospitalar na nossa instituição, tendo a grávida sido medicada com enoxaparina em dose profilática e ácido acetilsalicílico, com um período pré natal que decorreu sem intercorrências. Às 37 semanas e 6 dias de gestação, deu entrada no Serviço de Urgência de Obstetria por rotura prematura de membranas. Intraparto foram utilizadas meias de compressão pneumática intermitente, tendo o parto ocorrido às 38 semanas de gestação por via vaginal (parto eutócico), do qual nasceu um recém-nascido do sexo feminino, com 2620g e índice de Apgar 9/10/10. O presente caso clínico demonstra que em situações de hipoplasia da veia cava inferior com um seguimento obstétrico adequado é possível a realização de um parto vaginal, possibilitando um desfecho obstétrico favorável.

Palavras-Chave: Veia cava inferior, Anomalia, Trombose, Parto vaginal, Obstetria.

INTRODUÇÃO

As Anomalias da Veia Cava Inferior (AVCIs) são um conjunto de patologias raras, que afetam cerca de 0,3-0,5% da população saudável¹. O desenvolvimento embrionário da Veia Cava Inferior (VCI) ocorre entre a sexta e oitava semanas de gestação, sendo um processo complexo, que envolve a formação de anastomoses entre os três pares de veias embrionárias: a sua persistência ou regressão pode originar diferentes variações anatômicas da VCI². Na vasta maioria das situações, as AVCIs são diagnosticadas em pessoas assintomáticas pelo uso crescente dos meios complementares de diagnóstico de imagem².

Dentro das AVCIs, as mais comuns são a duplicação da VCI e a VCI esquerda. No entanto, existem outras anomalias menos frequentes, nomeadamente a hipoplasia da VCI (HVCI). A HVCI apresenta uma baixa incidência na população geral, tendo uma maior prevalência, cerca de 5%, em indivíduos jovens que se apresentam clinicamente com uma Trombose

Venosa Profunda (TVP) sem outros fatores de risco³. De acordo com a classificação de *Hamburg*, o desenvolvimento de HVCI ocorre em estados mais tardios da embriogênese e está associada a um estreitamento vascular, com maior predisposição à obstrução do vaso⁴. Assim, o retorno sanguíneo inadequado associado ao fluxo alterado das veias dos membros inferiores e pélvis fazem com que os doentes com HVCI tenham uma maior propensão ao desenvolvimento de TVPs⁵.

A gravidez associa-se fisiologicamente a alterações profundas da hemostase. De fato, este é um período da vida da mulher em que ocorrem adaptações fisiológicas que, regra geral, intensificam os fatores preconizados por *Virchow* que contribuem para o estado trombótico; na verdade, durante a gravidez há um aumento da estase venosa, do dano endotelial e da produção de fatores de pro-coagulação, o que aumenta o risco trombótico da grávida⁶. Além do risco geral da gravidez, existem outros fatores de risco, obstétricos ou maternos, para o desenvolvimento

¹ Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal



de tromboembolismo. Destes, destacam-se a existência de episódio prévio de tromboembolismo, bem como a existência de trombofilia materna⁶.

Tendo em conta que as AVCIs apresentam especial relevância em TVPs diagnosticadas em indivíduos jovens, este é um grupo de patologias importantes no âmbito da Obstetrícia. Além disso, as AVCIs são um fator de risco acrescido ao desenvolvimento de tromboembolismo num contexto obstétrico. Na literatura, os casos de grávidas diagnosticadas com AVCIs é reduzido⁷⁻¹¹, não existindo até ao momento orientações quanto à conduta a seguir nestas situações.

Assim, o principal objetivo deste trabalho é reportar a conduta obstétrica de um caso clínico de uma grávida diagnosticada com hipoplasia da veia cava inferior previamente à gravidez.

CASO CLÍNICO

Trata-se de uma senhora com 37 anos, caucasiana, sem antecedentes clínicos significativos até 2014, altura em que foi diagnosticada com HVCi, no contexto de uma TVP. Não apresentava antecedentes obstétricos até 2019, altura em que engravidou espontaneamente.

Em 2014, com 31 anos, foi diagnosticada com HVCi no contexto de um episódio de urgência, com queixas de lombalgia e edema dos membros

inferiores; no Serviço de Urgência foi realizado *eco-doppler* dos membros inferiores, onde se constatou uma extensa TVP bilateral a envolver as veias ilíacas externas e femorais, com progressão para o sistema venoso superficial. Foi realizada angio-TAC que confirmou estas lesões e revelou uma HVCi ao nível infra-renal, com ectasia compensatória das veias ázigos e hemiázigos (Figura 1). Durante o gene, foi realizada uma pesquisa de trombofilias, tendo sido detectada uma heterozigotia para metiltetrahidrofolato redutase (*MTHFR 677*). Desde então, foi iniciada anticoagulação oral, com um antagonista da vitamina K e contenção elástica. Manteve seguimento em Consulta de Cirurgia Vasculuar, tendo iniciado posteriormente terapêutica com rivaroxabana. Foi seguida em paralelo na Consulta de Planejamento Familiar do Serviço dos autores.

Em janeiro de 2020 foi encaminhada para a consulta de Obstetrícia de Alto Risco do mesmo Serviço, com uma idade gestacional de 10 semanas de acordo com a amenorreia. Realizou ecografia e rastreio combinado do primeiro trimestre da gravidez na Unidade de Medicina Fetal do Serviço, que revelaram uma morfologia normal e um risco ajustado elevado para as trissomias 18 e 21. Nesse contexto, realizou às 17 semanas e 2 dias de gestação um teste diagnóstico pré-natal invasivo (amniocentese) que demonstrou um cariótipo normal (46, XX). Durante a gravidez, além de suplementos multivitamínicos,



Figura 1: Angiotomografia computadorizada abdominal com contraste a evidenciar compressão do segmento intra-hepático da veia cava inferior e exuberante circulação colateral pelas veias ázigos e hemiázigos.

foi medicada com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), em dose profilática de acordo com o peso materno (40mg/dia) iniciada às 12 semanas e mantida até ao final da gestação, ácido acetilsalicílico 100mg, desde as 12 até às 36 semanas de gestação, e contenção elástica nos membros inferiores. O restante período pré-natal decorreu sem intercorrências.

Às 37 semanas e 6 dias de gestação deu entrada no Serviço de Urgência de Obstetrícia dos autores com rotura prematura de membranas. Foi realizada anestesia loco-regional e durante a permanência na sala de partos foram utilizadas meias de compressão pneumática intermitente. Às 38 semanas de gestação ocorreu um parto vaginal eutócico, do qual resultou o nascimento de um recém-nascido do sexo feminino, com 2620g e índice de *Apgar* 9/10/10.

O período de internamento pós-parto decorreu sem intercorrências, tendo tido alta hospitalar para o domicílio ao 2º dia pós-parto, com HBPM em dose profilática de acordo com o peso materno (40mg/dia) até à 6ª semana pós-parto e contenção elástica. Durante o restante período puerperal não foram registradas quaisquer intercorrências.

DISCUSSÃO

A HVCI é um fenômeno complexo da embriogênese e está associada à TVP. Embora seja uma patologia rara, a HVCI é uma causa importante de TVP em indivíduos jovens, sem outros fatores de risco, sendo esta a sua principal apresentação, quando sintomática³. Na gravidez e devido ao estado pró-trombótico, a HVCI adquire especial relevância, embora ainda não tenha sido avaliado o seu verdadeiro impacto enquanto fator de risco⁶. Pretende-se, assim, com o presente caso clínico expor a conduta obstétrica praticada na nossa instituição e que resultou num bom desfecho obstétrico, de forma a guiar futuras condutas em casos semelhantes.

Na literatura existem poucos casos reportando AVCIs em mulheres, sendo que a maioria refere-se à agenesia da VCI. Nos casos descritos na literatura em que a AVCI foi diagnosticada durante a gravidez, as grávidas não apresentavam antecedentes de TVP, tendo a via de parto sido a vaginal^{7, 9, 11}. Apenas no caso reportado por *Bili et al.*, a grávida iniciou HBPM em dose profilática às 36 semanas de gestação por agravamento da insuficiência venosa periférica⁷; os outros dois casos não realizaram

anticoagulação em nenhum momento da gravidez^{9, 11}. Encontra-se descrito um caso de uma puérpera cujo diagnóstico de agenesia da veia cava inferior ocorreu no período do puerpério: tratou-se de uma gravidez resultante de indução de ovulação, estando medicada com HBPM em dose profilática durante o decorrer da gravidez; esta grávida, às 37 semanas de gestação desenvolveu um quadro fetal de pré-eclâmpsia e uma restrição de crescimento fetal, tendo sido realizada uma cesariana; no D23 pós-parto desenvolveu quadro de dor e edema do membro inferior; foi, então, diagnosticada com uma TVP com uma agenesia da VCI¹⁰. Além destes casos, encontra-se ainda descrito um caso clínico de uma mulher com antecedentes de parto vaginal gemelar, em que foi diagnosticada uma agenesia da VCI num contexto de uma dor pélvica crônica com 2 anos de evolução e que até então não havia sido diagnosticada⁸. Portanto, o diagnóstico deste tipo de patologias é desafiante, e na ausência de eventos trombóticos pode mesmo ser muito difícil de obter, dada a ausência de suspeita clínica. No entanto, deve ser um diagnóstico a considerar em indivíduos jovens sem fatores predisponentes e que surgem com evento tromboembólico⁵.

Neste caso clínico verificou-se um bom desfecho obstétrico, em grande parte devido ao rigoroso acompanhamento pré-concepcional e pré-natal, nomeadamente no que diz respeito à periodicidade das consultas e ao seguimento ecográfico e restantes cuidados disponibilizados pelo Serviço. Este seguimento precoce e intensivo contribuiu possivelmente para uma prevenção de desfechos menos favoráveis. Durante o período pré-natal, a grávida esteve hipocoagulada, com HBPM em dose profilática, devido ao evento tromboembólico anterior, conforme as orientações do *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*¹². Por outro lado, houve o cuidado de antecipar possíveis complicações que poderiam surgir durante o trabalho de parto, nomeadamente com a utilização de meias de compressão pneumática intermitente, que complementaram a trombopprofilaxia no período em que a grávida esteve sem o efeito anti-trombótico da HBPM. Por último, destacar ainda a via de parto deste caso, a via vaginal, inclusivamente sem a necessidade de recurso à instrumentação. De fato, neste contexto, a cesariana representaria um risco trombótico acrescido, sendo por esse motivo uma via de parto a evitar, se possível.

CONCLUSÃO

O presente caso clínico demonstra que nas grávidas diagnosticadas com HVCi e com um seguimento obstétrico precoce e adequado, é possível obter um desfecho obstétrico favorável. Além disso, a via de parto é igualmente um fator importante, devendo ser adequada ao contexto obstétrico, não esquecendo o risco trombótico aumentado nestes casos. No caso descrito, a via de parto foi favorável no contexto diagnóstico de HVCi, tendo ocorrido um parto vaginal eutócico.

Pretende-se, pois, que este caso clínico possa servir de exemplo e guiar futuras situações obstétricas com contextos clínicos semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. Gil RJ, Perez AM, Arias JB, Pascual FB, Romero ES. Agenesis of the inferior vena cava associated with lower extremities and pelvic venous thrombosis. *J Vasc Surg.* 2006;44(5):1114-6.
2. Malaki M, Willis AP, Jones RG. Congenital anomalies of the inferior vena cava. *Clin Radiol.* 2012;67(2):165-71.
3. Morosetti D, Picchi E, Calcagni A, Lamacchia F, Cavallo AU, Bozzi A, Lacche A, Sergiacomi G. Anomalous development of the inferior vena cava: Case reports of agenesis and hypoplasia. *Radiology case reports.* 2018;13(4):895-903.
4. Gonzalez J, Gaynor JJ, Albeniz LF, Ciancio G. Inferior Vena Cava System Anomalies: Surgical Implications. *Curr Urol Rep.* 2017;18(2):10.
5. Viana S, Mendonça J, Mendes F, Freitas O, Araújo D, Silva A, Pereira A, Vila A, Cunha N, Martins R. Hipoplasia da veia cava inferior: relato de caso e revisão da literatura. *Revista da Imagem.* 2006;28:203-7.
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Sheffield J. *Thromboembolic Disorders.* In: Hill MG, editor. *Williams Obstetrics: Mc Graw Hill;* 2014. p. 1028-50.
7. Bili H, Tsolakidis D, Grimbizis G, Tarlatzis BC, Drista H. Favourable pregnancy outcome in a pregnant woman with partial hypoplasia of inferior vena cava and homozygous for methylenetetrahydrofolate reductase mutation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;153(1):108-9.
8. Singh SN, Bhatt TC. Inferior Vena Cava Agenesis: A Rare Cause of Pelvic Congestion Syndrome. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR.* 2017;11(3):TD06-TD8.
9. Bakhshi T, Glaser AM, Mastrobattista JM. Pelvic varicosities and inferior vena cava. *Obstet Gynecol.* 2007;110(2 Pt 2):495-7.
10. Ilijic M, Ivanisevic M, Djelmis J, Krpan M, Banfic L, Lusic M. Postpartal deep-vein thrombosis revealing agenesis of the inferior vena cava. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;131(2):235-6.
11. Kawata E, Kondoh E, Kawasaki K, Baba T, Ueda A, Kido A, Konishi I. Utero-ovarian varices and absent inferior vena cava in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(4):631-4.
12. Gynaecologists RCoOa. *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium* 2015.

Comissão de Ética

O presente caso clínico foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da nossa instituição (N.º de referência: 03/23/11/2020).

Contribuição dos autores:

MFV-C: recolha e interpretação dos dados, redação da versão preliminar e final

NNM: contribuição no esboço do estudo, na interpretação dos dados e exatidão e integridade do estudo

JDC: participação na revisão da versão final.

FNM: participação na revisão e aprovação da versão final.

Sem fontes de apoio ou financiamento para o desenvolvimento do trabalho

Autor Correspondente:

Márcia Filipa Vieira-Coimbra

marciafvcoimbra@gmail.com

Editor:

Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 14/02/2021

Aprovado: 11/08/2022
