

ARTERITE DE TAKAYASU E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO¹

TAKAYASU'S DISEASE AND PREGNANCY: A CASE REPORT

Rômulo Müller dos Santos MELO²; Anne Rosado RIBEIRO³; Verena de Nazare Batista BUTZKE⁴ e Andressa Rosado RIBEIRO⁵

RESUMO

Objetivo: relatar o caso de uma paciente gestante, portadora de Arterite de Takayasu, confirmada por aortografia. **Relato do caso:** paciente do sexo feminino, 23 anos, branca, primigesta, com diagnóstico de arterite de Takayasu classe III, aos 12 anos. Iniciou pré-natal no serviço de alto risco do hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, com idade gestacional de 17 semanas. No terceiro trimestre da gestação foram realizadas consultas de pré-natal semanalmente, com acompanhamento laboratorial e ultrassonográfico com avaliação de vitalidade fetal. A gestação foi interrompida com 38 semanas de gestação através de cesárea eletiva e anestesia peridural contínua. Extraído recém-nascido masculino, pesando 3.148g, APGAR: 9/9, capurro: 38 semanas. **Considerações finais:** a gestação em pacientes portadoras de Arterite de Takayasu pode ser conduzida até o termo, levando-se em consideração os aspectos maternos e fetais, com preferência pelo parto cirúrgico eletivo nos casos de pacientes consideradas classe II e III.

DESCRITORES: arterite de Takayasu, gravidez, doença auto-imune

INTRODUÇÃO

A arterite de Takayasu (AT) é uma doença inflamatória sistêmica crônica, idiopática, que afeta grandes vasos como a aorta e seus principais ramos. Estima-se a incidência anual de AT em 2,6 casos por milhão de pessoas, sendo as mulheres dez vezes mais acometidas do que os homens¹. Alterações em grandes vasos ou presença de hipertensão arterial associados à isquemia de extremidades ou vísceras, mialgias, artralguas, sudorese noturna ou febre, principalmente quando encontrados em pacientes jovens, com aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS) devem aumentar o índice de suspeição para o diagnóstico de AT¹.

Séries de casos publicados consideraram a hipertensão arterial um dos achados mais frequentes nesta síndrome¹.

Não há qualquer marcador sorológico capaz de confirmar o diagnóstico de AT. Métodos de imagem são os mais utilizados para confirmar o diagnóstico da AT. A angiografia da aorta e seus principais ramos já foi considerada exame padrão-ouro para tal diagnóstico, sendo progressivamente substituída pela angioressonância por ser considerada de alta especificidade para avaliar o grau de estenose aortico²⁻⁴.

A exacerbação dos sintomas da AT pode ser facilitada pela gestação. Dentre as possíveis complicações descritas nas gestantes, as principais são: pré-eclampsia, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral hemorrágico, crescimento intra-uterino retardado, abortamento espontâneo¹.

Ainda existem poucos relatos na literatura mostrando a evolução de uma gestação em pacientes portadoras de arterite

¹ Trabalho realizado no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém, Pará, Brasil

² Ginecologista/obstetra e preceptor da residência médica do Serviço de Tocoginecologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém, Pará, Brasil

³ Médica graduada pela Universidade Estadual do Pará- UEPA. Belém, Pará, Brasil. Residente do Serviço de Tocoginecologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém, Pará, Brasil

⁴ Médica graduada pela Universidade Federal do Pará- UFPA. Belém, Pará, Brasil. Residente do Serviço de Tocoginecologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém, Pará, Brasil

⁵ Graduanda da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará- UFPA. Belém, Pará, Brasil

de Takayasu, tendo portanto este trabalho, o objetivo de enriquecer ainda mais a

OBJETIVO

Relatar o caso de uma paciente gestante portadora de Arterite de Takayasu.

RELATO DO CASO

Anamnese

Paciente do sexo feminino, 23 anos, branca, primigesta, com diagnóstico de arterite de Takayasu aos 12 anos. Admitida para iniciar pré-natal no ambulatório de alto risco do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, sem queixas na primeira consulta, encaminhada do serviço de cardiologia. Na época do diagnóstico a paciente referia constantes episódios de febre, cefaléia, mialgias e artralguas. Nega antecedentes pessoais, refere histórico de hipertensão em avós paternos e maternos.

Exame físico

Bom estado geral, normocorada, pressão arterial (PA) de membro superior direito: 100/60mmHg, PA de membro superior esquerdo: 130/80mmHg, pulso radial à esquerda fracamente perceptível, peso 63Kg, abdome flácido, indolor; altura uterina:17cm; batimentos cardíacos fetais presentes, 150 bpm. Exame ginecológico sem alterações.

Exames subsidiários anteriores

1- Aortografia realizada para confirmação do diagnóstico no ano de 1990: subclávia esquerda ocluída em seu óstio, aorta abdominal com intensas irregularidades em segmento abdominal, artéria mesentérica superior e inferior ocluídas. Conclusão: compatível com arterite de Takayasu classe III. 2-Laboratório: fator reumatóide, anti-DNA, células LE e FAN: todos negativos.

Exames subsidiários durante o pré-natal

Ecocardiograma: raiz da aorta com discreta ectasia; anomalia de coronárias com ectasia do tronco coronário à direita; ventrículo esquerdo de aspecto globoso, com hipertrofia grau leve de suas paredes e discreto déficit de desempenho sistólico global.

literatura atual com o relato da gestação em uma paciente portadora de tal vasculite.

A gestação foi acompanhada até o termo, com realização de exames periódicos do bem estar fetal e controle clínico materno.

Conduta

A paciente já fazia uso, antes da gestação, das seguintes medicações: prednisona 10mg/dia, hidroxicloroquina 400mg/dia, metoprolol 50mg/dia. No terceiro trimestre da gestação foram realizadas consultas de pré-natal semanalmente com acompanhamento laboratorial e ultrassonográfico, com avaliação da vitalidade fetal. Ocorreram duas internações devido elevações de PA, sendo introduzido o antihipertensivo metildopa e controle de PA com a dose de 2,5g/dia.

A gestação foi interrompida com 38 semanas de gestação através de cesarea eletiva, sob anestesia peridural contínua. A extração fetal foi realizada com auxílio de alavanca para amenizar qualquer tipo de compressão sobre o abdome da paciente. Foi extraído recém-nascido masculino, pesando 3.148g, APGAR 9/9, capurro: 38 semanas. O RN foi classificado pela pediatra como adequado para a idade gestacional, sem alterações ao exame físico inicial. Logo após o parto a paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva na qual permaneceu por 24 horas mantendo estabilidade do quadro clínico e laboratorial.

DISCUSSÃO

A arterite de Takayasu é uma vasculite idiopática que em geral afeta o arco aórtico e seus ramos, ocasionando fibrose da camada íntima e adventícia, além de degeneração da camada média do vaso. Esse processo leva à estenoses ou formações aneurismáticas como complicações tardias⁵. Acomete principalmente mulheres, numa proporção de 8 em média para 1 homem⁶.

As manifestações clínicas variam desde pacientes assintomáticas àquelas com

sintomas como síncope, precordialgia, distúrbios auditivos e visuais, dor sobre o trajeto das artérias e claudicação⁵.

O diagnóstico é feito através de anamnese, exame físico e exames complementares. No exame físico encontra-se hipertensão arterial, pulsos arteriais diminuídos ou ausentes nos membros superiores, diferença de pressão entre os membros e presença de ruídos à ausculta da aorta e ramos^{5,7}. Os exames complementares avaliam a repercussão da doença sobre o organismo; dentre esses, os exames laboratoriais que reforçam o diagnóstico são inespecíficos e incluem anemia, elevação do VHS, da proteína C reativa e das imunoglobulinas C3 e C4. Já a aortografia mostra as alterações como oclusões e aneurismas⁸.

A arterite de Takayasu é classificada de acordo com o sítio de acometimento da lesão ou de acordo com as complicações existentes. A classificação conforme o sítio anatômico compreende: Tipo I: a doença envolve o arco aórtico e seus ramos; Tipo II: lesões restritas à aorta torácica descendente e aorta abdominal; Tipo III: associação das

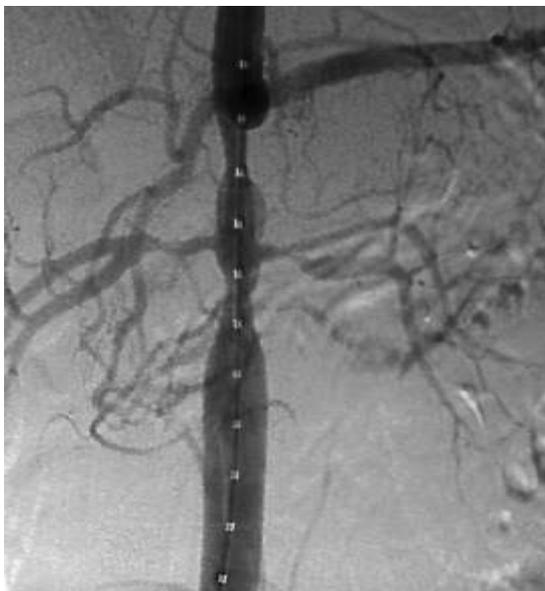


Figura1- Angiografia evidenciando estenose de aorta toracoabdominal.

Figura1- Nasser F et al. Tratamento endovascular da síndrome da aorta média causada por arterite de Takayasu: relato de caso. Disponível em www.jvascbr.com.br.

Figura2- Disponível em www.fac.org.ar/6cvc/llave/c253/chainms.php. Acesso em 04/04/2012.



Figura2- Angiografia com acometimento de artéria renal.

características do tipo I e II; Tipo IV: envolvimento da artéria pulmonar⁹.

A gestação não interfere na progressão da doença embora possam existir complicações durante a mesma para a mãe como hipertensão, insuficiência cardíaca, hemorragia cerebral e hemoptise maciça. Dentre as complicações fetais estão o parto prematuro, restrição de crescimento fetal, abortamento e morte fetal¹⁵. Uma forma de avaliar o bem estar fetal e o crescimento fetal é através da ultrassonografia com Doppler arterial^{9,10}.

Para o tratamento da arterite de Takayasu lança-se mão do uso de corticóides e imunossupressores que são utilizados quando a paciente engravida na fase aguda da doença ou quando o diagnóstico é realizado durante a gravidez⁷. As gestantes com hipertensão devem ser medicadas quando valores da pressão diastólica forem ≥ 100 mmHg, sendo a metildopa a droga de escolha. A aferição da PA deve ser realizada no membro sem estenose e este será utilizado para avaliar resposta terapêutica pois a aferição em membro portador da estenose pode levar à uma medida errada de PA com conseqüente uso desnecessário do antihipertensivo que levaria à hipoperfusão de órgãos como placenta e útero¹.

A via de parto depende das condições maternas e fetais. Pose-se indicar parto vaginal para pacientes do grupo 1 desde que sejam utilizados o fórceps para

abreviar o período expulsivo e analgesia peridural para alívio da dor. Pacientes dos grupos II e III prefere-se a cesareana uma vez que o aumento do débito cardíaco, o aumento do volume sanguíneo e da pressão arterial durante o trabalho de parto podem levar à descompensação cardíaca^{9,10}.

A anestesia regional é preferida por permitir monitorar a perfusão cerebral através do nível de consciência da gestante. A anestesia peridural evita a hipotensão que tem como consequência a hipoperfusão regional e cerebral e evita também a administração de vasopressores, mantendo assim estabilidade cardiovascular.

deste modo a prematuridade iatrogênica conseqüentes ao desconhecimento da patologia associada à gestação pelos profissionais de saúde e tranqüilidade maior

No pós-operatório a paciente deve permanecer sob cuidados da unidade de terapia intensiva durante um período mínimo de 24 horas, evitando assim a hipoperfusão ou complicações hipertensivas⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pacientes gestantes portadoras de arterite de Takayasu devem ser cuidadosamente acompanhadas durante o pré-natal além de devidamente classificadas quanto ao tipo de lesão, permitindo assim diminuir o máximo possível as complicações tanto maternas quanto fetais, evitando-se

por parte das mães que muitas vezes são convencidas de uma possível gestação atribulada e algumas vezes até mesmo sem sucesso.

SUMMARY

TAKAYASU'S DISEASE AND PREGNANCY: A CASE REPORT

Rômulo Müller dos Santos MELO²; Anne Rosado RIBEIRO³; Verena de Nazare Batista BUTZKE³ e Andressa Rosado RIBEIRO⁴

Aim: to report the case of a pregnant woman suffering from Takayasu's arteritis. Case report: Female patient, 23-year-old, white, primigravida, diagnosed with Takayasu's arteritis class III at 12-year-old. Began prenatal care in the service of high-risk hospital Santa Casa de Misericórdia of Para when she was at 17 weeks of pregnancy. In the third trimester of pregnancy were investigated for prenatal care with weekly monitoring with laboratory and ultrasound evaluation of fetal well. Pregnancy was interrupted at 38 weeks gestation via cesarean section and continuous epidural anesthesia. Extracted newborn male, weighing 3.148g, APGAR: 9/9, Capurro: 38 weeks. **Conclusion:** Pregnancy in patients with Takayasu's arteritis can be carried to term, taking into account the maternal and fetal aspects, with preference for delivery in cases of elective surgical patients considered Class II and III.

REFERÊNCIAS

1. Castro,RRT; Netto,LS; Netto,M; Micmacher,E. Arterite de Takayasu e gravidez. Rev Bras saúde matern infant 2002; 2(3): 217-21
2. Andrews,J; Mason JC. Takayasu's arteritis: recent advances in imaging offer promise. Rheumatology (Oxford). 2007;46:6-15
3. Panico,MDB; Spichler,ES; Rodrigues,LCD; Oliveira,F; Buchatsky,D; Porto,C et al. Arterite de Takayasu: aspectos clínicos e terapêuticos em 36 pacientes. J Vasc Bras. 2008;7(2):123-30
4. Souza,AWS; Neves,RMS; Oliveira,KR; Sato,EI. Tratamento da arterite de Takayasu. Rev Bras Reumatol, 2006;46, Supl 1: S2-7
5. Ximenes,MSV; Oliveira,SF; Machado,AV; Corrêa,MD; Couto,JCF. Arterite de Takayasu e gestação: relato de caso. Rev Bras Gin Obst, 2000. 22(2): 113-6

6. Braga,AFA; Braga,SFS; Frias,JAF; Chen, C; Okuyama, P; Batistine R. Continue epidural anesthesia for caesarean section in a patient with Takayasu's disease. Rev cienc med, 2005. Campinas. 14(6):543-7
7. 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.2009;93(6 supl.1):e110-e178
8. Buettel,AC; Castro, RM; Chaves, IMM; Gonçalves,LH. Anestesia peridural contínua para cesareana em paciente com arterite de Takayasu. Relato de caso. rev Bras Anest. 2002; 52(3).326-9
9. Leal,PC; Silveira, FFM; Sadatsune, EJ; Clivatti, J; Yamashita, AM. Arterite de Takayasu na gestação: relato de caso e revisão da literatura. Rev Bras Anes. 2011;61(4).479-85
10. Hauenstein, E; Frank, H; Bauer, JS; Schneider, KTM; Fisher, T. Takayasu's arteritis in pregnancy: review of literature and discussion. j Perinat Med. 2010; 38: 55-62

Endereço para correspondência:

Rômulo Müller dos Santos Melo
Rua oliveira Belo, 395 - Umarizal
CEP: 66050-380 Belém-PA
Fone: 8896-2024
E-mail: romulomuller@globo.com

Recebido em 18.06.2012 – Aprovado em 17.10.2012

Figura1- Nasser F et al. Tratamento endovascular da síndrome da aorta média causada por arterite de Takayasu: relato de caso. Disponível em www.jvascbr.com.br.

Figura2- Disponível em www.fac.org.ar/6cvc/llave/c253/chainms.php. Acesso em 04/04/2012.