

Cardiopatas Congênitas Complexas e Gravidez: Riscos Maternos e Fetais

Complex Congenital Heart Diseases and Pregnancy: Maternal and Fetal Risks

Valéria de Melo Moreira ¹

Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina dos Hospital das Clínicas do Instituto do Coração, São Paulo, SP – Brasil
Minieditorial referente ao artigo: Gravidez em Portadoras de Cardiopatas Congênitas Complexas: Um Constante Desafio

O diagnóstico e o tratamento da doença cardíaca congênita tiveram um notável avanço nas últimas décadas e o sucesso desta abordagem é refletido com o número cada vez maior de adultos com cardiopatas congênitas. Muitos destes pacientes possuem lesões residuais ou foram submetidos a cirurgias paliativas e enfrentam desafios adicionais na fase adulta, necessitando de cuidados integrados para um potencial de vida completo.¹

Consequentemente o número de mulheres em idade fértil com doença congênita submetida a correção cirúrgica, procedimento paliativo ou em evolução natural da doença é crescente, com um risco maior materno-fetal na dependência da cardiopatia. O aconselhamento reprodutivo é imprescindível, informando as consequências e possíveis complicações e desaconselhando a gestação em defeitos mais complexos.²

Existem vários modelos de classificação e de preditores de risco aplicados ao acometimento cardiovascular materno que auxiliam no aconselhamento e no manejo clínico destas pacientes.³ Pijuan-Domenech et al.,⁴ demonstraram que a versão modificada da classificação idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) consiste no melhor preditor de complicações cardíacas na gestação em comparação aos outros modelos de previsão de risco e é o modelo mais bem aceito para a gravidez em portadoras de cardiopatas congênitas.⁴

A gestação promove profundas alterações hemodinâmicas e estas adaptações fisiológicas ocorrem para permitir uma adequação das necessidades metabólicas da mãe e do feto, proporcionando uma perfusão placentária adequada. A frequência cardíaca se eleva em 15 a 30% com pico no final do segundo ou início do terceiro trimestre. Ocorre um aumento da pré-carga devido um aumento no volume plasmático e o débito cardíaco aumenta em 30 a 50%. Além disso ocorre um aumento na produção endotelial de prostaciclina e óxido nítrico, promovendo uma redução na resistência vascular total.

Tais ajustes cardiovasculares são bem suportados em mulheres com reserva cardíaca normal. No entanto, estas modificações podem não ser bem toleradas em gestantes portadoras de cardiopatia congênita, principalmente as

portadoras de cardiopatas complexas com capacidade limitada de adaptação a alterações hemodinâmicas significativas, podendo ocorrer descompensação e risco aumentado de resultados materno-fetais adversos.⁵

Pacientes com alterações estruturais complexas são associadas a maiores chances de arritmias, insuficiência cardíaca descompensada e eventos tromboembólicos. A sobrecarga de volume que ocorre na gestação associado a uma excitabilidade aumentada dos receptores adrenérgicos pelo fator hormonal são fatores que podem facilitar o desenvolvimento de arritmias em pacientes que tem como substrato defeitos cardíacos estruturais ou residuais após o reparo. A formação de tecido cicatricial em topografia de manipulação cirúrgica pode estar envolvida com um dos fatores fisiopatológicos das arritmias.⁶ A heterogeneidade e complexidade destas malformações exigem estratégias de manejo específicos e uma abordagem multidisciplinar.⁷

Os resultados fetais e neonatais também estão intimamente relacionados com a complexidade e gravidade da cardiopatia congênita materna. Perdas gestacionais precoces e restrição de crescimento intrauterino têm sido relatados nestas gestações.⁸

Nesta edição dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Avila et al.,⁹ avaliaram a evolução da gestação em portadoras de cardiopatas congênitas complexas tentando identificar variáveis que poderiam levar a um maior risco de desfecho materno-fetal desfavorável. Através de um estudo retrospectivo e observacional dos últimos dez anos, realizado em um único centro de Cardiologia e Obstetrícia foram incluídas 42 gestações de 40 pacientes com cardiopatas congênitas complexas classificadas na categoria III de risco pela OMS que corresponde a desaconselhamento da gravidez.

Os resultados do estudo estão de acordo com a literatura mundial, havendo alta taxa de problemas maternos e fetais. As principais complicações foram a insuficiência cardíaca e arritmia, tendo ocorrido duas mortes maternas decorrentes de causas obstétricas. Dentre os defeitos estruturais mais frequentes foram a transposição das grandes artérias (com correção em nível atrial ou arterial) e coração univentricular (cirurgia Fontan).

No estudo, a maioria das portadoras de transposição das grandes artérias tiveram evolução favorável materno-fetal. É sabido que em pacientes com transposição das grandes artérias, os riscos associados à gravidez são principalmente relacionados às pacientes que foram submetidas a correção em nível atrial (cirurgia de Senning ou Mustard). Há maior risco de desenvolver arritmias e disfunção ventricular do ventrículo sistêmico. Em relação às pacientes submetidas a troca arterial (cirurgia de Jatene) embora o risco pareça ser mais baixo, deve-se ter vigilância maior nos casos em que há dilatação na NeoAorta ou outras complicações residuais.¹⁰

Palavras-chave

Gravidez/complicações, Cardiopatas Congênitas/complicações, Cardiopatas Congênitas/tendências, Mortalidade Materna, Mortalidade Fetal, Resultados Materno-Fetais.

Correspondência: Valéria de Melo Moreira •

Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 44 Andar AB. CEP 05403-000, São Paulo, SP – Brasil
E-mail: valeriamelomoreira@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20190764>

Já no grupo univentricular em pós-operatório tardio de cirurgia de Fontan, constatou-se uma incapacidade de adequação a condição gravídica com descompensação e piora funcional em todas as pacientes. Deve-se salientar que no cenário da hipoxemia o risco de uma má evolução materno-fetal se faz presente de maneira considerável.

Este assunto tem muita relevância visto que as cardiopatas congênitas complexas têm espectro muito heterogêneo e poucos estudos avaliaram se os resultados maternos e fetais diferem entre os subtipos deste subgrupo. Estudos mais direcionados podem fornecer informações mais precisas para aconselhamento e melhor manejo destes pacientes.

Referências

1. Brida M, Gatzoulis MA. Adult Congenital heart disease: Past, present and future. *Acta Paediatr.* 2019;10(10):1757-64.
2. Bhatt AB. Adverse delivery events in pregnant women with congenital heart defects: wish you easy delivery. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(17):2192-4.
3. Foeller ME, Foeller TM, Druzin M. Maternal congenital heart disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2018;45(2):267-80.
4. Pijuan-Domenech A, Galian L, Goya M, Casellas M, Ferreira-Gonzalez I, Marsal-Mora JR, et al. Cardiac complications during pregnancy are better predicted with the modified WHO risk score. *Int J Cardiol.* 2015;195:149-54.
5. Yucel E, DeFaria Yeh. Pregnancy in women with congenital heart disease. abnormalities. *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2017 Aug 22;19(9):73.
6. Drenthen W, Pieper PG, Roos-Hesselink JW, van Lottum WA, Voors AA, Mulder BJ, et al. Outcome of pregnancy in women with congenital heart disease: a literature review. *J Am Coll Cardiol.* 2007;49(24):2303-11.
7. Harris RC, Fries MH, Boyle A, Adeniji-Adele H, Cherian Z, Klein N, John AS. Multidisciplinary management of pregnancy in complex congenital heart disease: a model for coordination of care. abnormalities. *Congenit Heart Dis.* 2014;9(6):E204-211.
8. Siu SC, Colman JM, Sorensen S, Smalhorn JF, Farine D, Amankwah KS, et al. Adverse neonatal and cardiac outcomes are more common in pregnant women with cardiac disease. *Circulation.* 2002;105(1):2179-84.
9. Avila WS, Ribeiro VM, Rossi EC, Binotto MA, Bortolotto MR, Testa C, et al. Pregnancy in women with complex congenital heart disease. A constant challenge. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(6):1062-1069
10. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Biomström-Lundqvist C, Cifková R, De Bonis M, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease during the pregnancy. *Eur Heart J.* 2018;39(34):3165-241.

