DOI: <http://doi.org/10.48195/jie2021-158>

RELATO DE CASO: COARCTAÇÃO DE AORTA EM PUÉRPERA

Mikaela Franco da Luz¹; Lucas Thomé Cavalheiro²; Bruna Eduarda Foletto³; Anna Carolina Marquese dos Santos⁴; Rosiane Filipin Rangel⁵; Gustavo Freb Polenz⁶

RESUMO

A coarctação da aorta (CoA) é uma das anomalias cardíacas congênitas mais comuns, frequentemente associada a outros defeitos cardíacos congênitos. Embora essa patologia seja identificada geralmente no período neonatal/infantil, ainda há muitos jovens e adultos assintomáticos, os quais acabam subdiagnosticados. O principal achado no exame físico é a hipertensão dos membros superiores e, por esse motivo, a CoA deve ser considerada em qualquer jovem hipertenso, justificando a medição da pressão arterial dos membros inferiores pelo menos uma vez nesses pacientes. O diagnóstico precoce, principalmente através do ecocardiograma, e o tratamento adequado são de extrema importância, haja vista que os pacientes com CoA têm risco aumentado para complicações cardiovasculares e menor expectativa de vida comparados a população em geral. Mesmo após o reparo corretivo da CoA, seja por abordagem cirúrgica ou endovascular, o acompanhamento periódico do paciente é essencial para identificar possíveis complicações a longo prazo. Em mulheres com CoA, seja ela reparada ou não, a gravidez aumenta o risco de aneurismas, dissecação aórtica, hipertensão materna, pré-eclâmpsia e parto prematuro. O controle da pressão arterial é um aspecto imprescindível no manejo da gravidez em mulheres com CoA.

Palavras-chave: coarctação da aorta; diagnóstico precoce; coarctação da aorta em adultos; coarctação da aorta e gravidez.

ABSTRACT

Aortic coarctation (ACo) is one of the most common congenital cardiac abnormalities, often associated with other congenital heart defects. Although this pathology is usually identified in the neonatal / infantperiod, there are still many asymptomatic youngsters and adults, who end up

¹Estudante do Curso de Medicina. Instituição de Origem: Universidade Franciscana E-mail: mikaela.franco@ufn.edu.br

²Estudante do Curso de Medicina. Instituição de Origem: Universidade Franciscana E-mail: lucas.tcavalheiro@ufn.edu.br

³Estudante do Curso de Medicina. Instituição de Origem: Universidade Franciscana E-mail: b.folletto@ufn.edu.br

⁴Estudante do Curso de Medicina. Instituição de Origem: Universidade Franciscana E-mail: anna.marchese@ufn.edu.br

⁵Enfermeira. Mestre e doutora em enfermagem pela universidade federal do Rio Grande. Docente da Universidade Franciscana. Coordenadora do programa de residência em enfermagem obstétrica. E-mail: rosiane@ufn.edu.br

⁶Docente curso Medicina. Instituição origem: Universidade Franciscana E-mail: gustavo.polenz@ufn.edu.br

underdiagnosed. The main finding in the physical examination is hypertension of the upper limbs and, for this reason, ACo should be considered in any young person with hypertension, justifying the measurement of blood pressure of the lower limbs at least once in these patients. Early diagnosis, mainly through echocardiography, and adequate treatment are extremely important, given that patients with ACo are at increased risk for cardiovascular complications and shorter life expectancy compared to the general population. Even after corrective repair of the ACo, either by surgical or endovascular approach, periodic monitoring of the patient is essential to identify possible long-term complications. In women with ACo, whether repaired or not, pregnancy increases the risk of aneurysms, aortic dissection, maternal hypertension, pre-eclampsia and premature delivery. The control of blood pressure is an essential aspect in the management of pregnancy in women with CoA. document provides the formatting template that should be used for the full papers submitted to JIE 2019. The abstract is a mandatory element, consisting of a sequence of objective phrases in the same working language, not to exceed 150 words and below the keywords. In it, one must present the purpose of the work, the methods used, the most important results and the conclusions obtained. It will be typed, obligatorily, in times font, size 11 (eleven) pt, single line spacing. It is recommended to use 3 (three) to 5 (five) keywords, separated by semicolons and in albinotic order, with the first letter of each word capitalized and terminated per point.

Key Words: coarctation of the aorta; early diagnosis; coarctation of the aorta in adults; coarctation of the aorta and pregnancy.

INTRODUÇÃO

A Coarctação da Aorta (CoA) é uma anomalia congênita relativamente comum, responsável por 5% a 8% de todas as doenças cardíacas congênitas. A CoA é definida como um espessamento da parede medial da luz do vaso, que leva a uma estenose localizada. Devido a sua origem histológica de anormalidade da parede arterial, a CoA é considerada uma arteriopatia generalizada, sendo assim, associada às patologias cardiovasculares de longa duração. O estreitamento causado pela doença geralmente está localizado na origem da artéria subclávia esquerda, justaductalmente à inserção do ducto arterioso patente, podendo, em casos mais raros, apresentar-se ectopicamente (ascendente, descendente ou aorta abdominal) (TSANG; HAAPANEN; NEIJENHUIS; 2019).

A apresentação clínica da doença é variável e depende da gravidade da lesão. Pacientes com CoA grave usualmente exibem sinais e sintomas logo no início da vida, como insuficiência cardíaca e choque cardiogênico.

No entanto, em casos mais leves, a maioria dos adultos com CoA não reparada mostram-se assintomáticos, na qual a doença só detectada na investigação de uma hipertensão arterial secundária, por exemplo. Os principais sintomas podem abranger cefaleia, epistaxe, dispneia, tontura, angina, claudicação e frieza nos pés. Ao exame físico, observam-se principalmente pulsos arteriais femorais diminuídos ou ausentes e discrepância da pressão arterial entre as extremidades superiores e inferiores (pressão sistólica 20mmHg mais alta do que nas extremidades inferiores). A morbidade em longo prazo é largamente relacionada às complicações aórticas e à hipertensão de longa data, tais como insuficiência cardíaca esquerda, hemorragia intracraniana, dissecação aórtica, doença coronariana, entre outras (BAUMGARTNER; et al., 2020 e NGUYEN; COOK; 2015).

O diagnóstico da CoA em jovens e adultos é feito com base nos achados do exame físico e na realização de exames de imagem. Radiografia de tórax, esofagografia de bário, ressonância magnética, tomografia computadorizada, angiografia e cateterismo cardíaco podem ser realizados, porém o exame com melhor custo benefício ainda é o ecocardiograma transtorácico, o qual fornece informações sobre o local, estrutura e a extensão da obstrução (BAUMGARTNER; et al., 2020 e SHAH; 2008).

A partir do diagnóstico, o manejo adequado para CoA vai depender da idade do paciente e da gravidade da lesão. Em pacientes com CoA nativa ou recoartação, um gradiente de pico a pico maior ou igual a 20 mmHg por cateterismo cardíaco é uma indicação para intervenção, seja ela transcateter ou abordagem cirúrgica. Dessa forma, a decisão entre reparo cirúrgico e terapia endovascular depende de uma série de fatores, incluindo a complexidade e a localização da obstrução (NGUYEN; COOK; 2015 e BATLIVALA; GOLDSTEIN; 2019).

Mulheres com CoA que desejam engravidar devem ser avaliadas antes da gestação para que haja um aconselhamento pré-gestacional adequado, sendo submetidas a exames de imagem para avaliar possíveis formações de aneurismas que possam resultar em complicações associadas ao aumento do débito cardíaco durante a gestação. Ademais, se a CoA ainda não foi reparada ou se houve recoarctação, deve-se realizar o tratamento antes da concepção para evitar hipertensão não controlada e possível redução da perfusão placentária (AGASTHI; et al., 2020).

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de CoA em paciente puérpera. Também revisar a literatura sobre o tema, visando à definição da coarctação de aorta e suas apresentações em adultos, em especial as paciente puérperas, atentando para suas manifestações clínicas, investigação diagnóstica e o manejo atual, tendo em vista a necessidade de diagnóstico e terapia precoce para obtenção de desfechos favoráveis.

METODOLOGIA

Será realizada um relato de caso através da análise de dados referentes a história clínica da paciente através de dados coletados por meio de prontuário eletrônico de uma paciente puérpera de 25 anos que consultou com médico cardiologista do Hospital Casa de saúde de Santa Maria.

As informações contidas neste trabalho, em relação aos dados clínicos da paciente, bem como exames realizados, foram obtidos por meio de revisão do prontuário eletrônico presente no Hospital Casa de Saúde, Santa Maria/RS.

A revisão da literatura será baseada em artigos científicos pesquisados no banco de dados das plataformas Scientific Electronic Library Online (Scielo), Medscape, Elsevier, PubMed, UpToDate e no livro Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares. descrição da metodologia é obrigatória, inclusive para trabalhos acadêmicos, relatos de experiências e revisão teórica sobre determinado tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de Caso: Paciente J.R.R, 25 anos, feminina, procedente de Santa Maria/RS. Apresentou como queixa principal cansaço.

Paciente atendida no ambulatório de cardiologia do Hospital Casa de Saúde com relato de cansaço aos esforços desde o parto, ocorrido há 6 meses. Afirmou que durante a gestação não houve intercorrências e que havia cansaço habitual, o qual foi atribuído à própria gestação. O parto transcorreu de forma normal, sem irregularidades, porém começou a apresentar intolerância aos esforços moderados, passando atualmente aos esforços habituais. Negou outras queixas cardiovasculares, tais como dor torácica, palpitações ou síncope. Referiu não ter doenças prévias.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, mucosas hidratadas e coradas, lúcida, orientada e coerente, sem déficits neurológicos. Ao exame cardiovascular, apresentava pulsos amplos e simétricos nos membros superiores e pulsos fracos nos membros inferiores. A pressão arterial foi de 160/90mmHg em ambos os membros superiores e não foi possível de ser aferida pelo método auscultatório nos membros inferiores. À ausculta cardíaca observou-se um sopro sistólico 3+/6+, mais audível no dorso à esquerda. O exame físico do aparelho respiratório não apresentou alterações, bem como o abdominal. Diante da apresentação clínica e pela suspeita de coarctação de aorta, foi solicitado um ecocardiograma transtorácico para confirmação diagnóstica.

Discussão: Mulheres com doença cardíaca congênita compreendem grande parte das mulheres grávidas com alguma doença cardíaca observada em grandes centros de referência (SIU; COLMAN; 2001). Pacientes com CoA que desejam engravidar devem ser avaliadas antes da gestação para um aconselhamento apropriado, sendo submetidas a exames de imagem para avaliar a formação de aneurisma, o qual pode resultar em complicações relacionadas ao aumento do débito cardíaco que ocorre durante o período de gravidez (AGASTHI; et al., 2020).

Os riscos de complicações durante a gravidez variam dependendo do estado da CoA (não reparada, residual ou recorrente) e da gravidade da hipertensão. Doença cardíaca congênita hereditária, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, ruptura ou dissecação aórtica e hemorragia intracraniana são possíveis consequências que devem ser avaliadas. Caso haja a necessidade de intervenção corretiva, deve ser realizada antes da gravidez. O modo de parto preferível às pacientes com CoA é o parto vaginal espontâneo com uso de anestesia peridural (BACHA; HIJAZI; 2020).

O período do puerpério, por sua vez, é uma fase de alto risco para pacientes com uma doença cardíaca pré-existente desenvolverem insuficiência cardíaca, fato que pode ocorrer devido a uma mudança relativamente grande da quantidade de fluido extracelular para o compartimento intravascular (THOEN; et al., 2020).

CONCLUSÃO

A CoA é uma doença cardíaca congênita relativamente comum que apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade, as quais estão relacionadas, principalmente, à falha no diagnóstico. Mulheres com CoA possuem um risco aumentado para complicações cardiovasculares durante a gravidez e no período pós parto, tais como doença cardíaca congênita hereditária, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, ruptura ou dissecação aórtica, hemorragia intracraniana, entre outros. Por essa razão, essas pacientes devem ser avaliadas adequadamente para que haja uma detecção precoce do defeito cardíaco.

Dessa forma, o presente estudo evidencia a importância do diagnóstico precoce na CoA, especialmente em mulheres jovens, haja vista uma série de desfechos cardiovasculares que podem ser evitados num período de gestação ou puerpério.

REFERÊNCIAS

AGASTHI, Pradyumna et al. Manejo de adultos com coarctação de aorta. **World Journal of Cardiology** , v. 12, n. 5, pág. 167-191, 2020.

BACHA, Emile; HIJAZI, Ziyad M. Mangement of coarctation of the aorta. **Uptodate.com**, 2020.

BATLIVALA, Sarosh P. Current Transcatheter Approaches for the Treatment of Aortic Coarctation in Children and Adults. **Congenital Heart Disease Intervention, An Issue of Interventional Cardiology Clinics, Ebook**, v. 8, n. 1, p. 47, 2018.

BAUMGARTNER, Helmut et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease The Task Force for the management of adult congenital heart disease of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**.

NGUYEN, Lan; COOK, Stephen C. Coarctation of the aorta: strategies for improving outcomes. **Cardiology clinics**, v. 33, n. 4, p. 521-530, 2015..

SIU, Samuel C .; COLMAN, Jack M. Doença cardíaca e gravidez. **Coração** , v. 85, n. 6, pág. 710-715, 2001.

SHAH, Sandy N.; SHAH, A. N. Aortic coarctation. **Medscape**. **Dostupno na:** <http://emedicine.medscape.com/article/150369-overview>. **Datum pristupa**, v. 27, 2008.

THOEN, Hendrik et al. Cardiopatia congênita em adulto não diagnosticada com dispneia pós-parto: relato de caso. **ESC Heart Failure** , v. 7, n. 5, pág. 3193-3197, 2020.

TSANG, Victor; HAAPANEN, Henri; NEIJENHUIS, Ralph. Aortic Coarctation/Arch Hypoplasia Repair: How Small Is Too Small. In: **Seminars in Thoracic and Cardiovascular**