

## **GRAVIDEZ E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Cristiane Carolina da Costa<sup>1</sup>, Delmo Sakabe<sup>1</sup>, Paulo N. de Mello Teixeira<sup>1</sup>, Hudson Hübner França<sup>2</sup>

### **RELATO DE CASO**

#### **Anamnese**

**Identificação** - R.G., 31 anos, sexo feminino, branca, natural e procedente de Cesário Lange - SP, católica.

**Período de internação** - 3/3/2004 a 8/3/2004.

**QD** - Falta de ar há quatro dias.

**HPMA** - Puérpera que no sexto dia após o parto começou a sentir falta de ar. A paciente realizou acompanhamento pré-natal adequado com oito consultas. No quinto mês de gestação começou a apresentar inchaço nos pés que ascendeu progressivamente, até que no oitavo mês apresentava inchaço de pernas, braços e face. Nunca sentiu falta de ar durante a gestação, tendo trabalhado até o sétimo mês. Paciente refere que sempre dormiu com somente um travesseiro. Não sentia dispnéia aos esforços e não apresentou nenhuma infecção durante a gestação.

No oitavo mês de gestação, ao tomar conhecimento de uma história prévia de “reumatismo no sangue”, seu médico solicitou dosagem de anti-estreptolisina O (ASLO). Como estava bastante elevada, foi tratada com seis doses de Benzetacil intramuscular, uma dose semanal. A paciente diz que, na ocasião, não tinha nenhuma queixa (dor de garganta, febre, falta de ar, batedeira, etc.), exceto dor nas pernas no final do dia, que melhorava ao elevar os membros. Também nega ter ouvido referência de sopro cardíaco.

Em sua última consulta de pré-natal (20/2/04), sua pressão arterial (PA) estava alta (150 x 100 mmHg), sendo internada em Cerquilha para realização do controle pressórico. Paciente encontrava-se assintomática na ocasião. Dois dias após a internação (22/2), com a PA normalizada, notou a presença de sangue vermelho vivo na calcinha. Nega a presença de tampão mucoso, dor e rotura de bolsa.

A paciente refere ter recebido soro e começou a sentir contrações. Nove horas após, deu à luz um menino (P = 2.950 Kg, C = 47 cm), que nasceu com dificuldades respiratórias. O parto foi por via vaginal e houve grande perda sanguínea; a paciente não se lembra exatamente da ocasião por ter ficado muito fraca, chegando a perder a consciência. Só parou de sangrar no dia seguinte, sendo necessário receber quatro bolsas de sangue. Dois dias após o parto, recebeu alta hospitalar. Nos dias seguintes, em casa, a paciente começou a sentir falta de ar progressiva, que começou aos médios esforços, passou para dispnéia ao repouso e, finalmente, evoluiu para ortopnéia. Essa falta de ar era acompanhada de tosse seca e edema de membros inferiores.

**IDA** - Ap. genitourinário: dor suprapúbica, disúria e ardor à micção. Urina clara de aspecto e volume normais. Presença de sangramento vaginal avermelhado.

**AMF** - Pai hipertenso e diabético.

**AMP** - Doenças próprias da infância. Durante a adolescência apresentava dores de garganta freqüentes. Aos 17 anos teve “reumatismo no sangue” - sentia muita dor na região anterior de ambas as pernas, além de dor de garganta e tosse seca. Foi solicitado ASLO com resultado positivo. Fez tratamento com seis doses de Benzetacil IM, uma dose a cada 15 dias. Repetiu o exame e, como “sarou” (ASLO negativo), parou o tratamento e nunca mais fez acompanhamento. Nunca fez ecocardiograma. Nega artrite, manchas na pele e fotossensibilidade. Nega Doença de Chagas, contato com o barbeiro e residência em casa de madeira ou pau-a-pique. Nunca soube ter qualquer doença cardíaca.

---

**Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 6, n. 1, p. 29 - 33, 2004**

1 - Acadêmico (a) do curso de Medicina - CCMB/PUC-SP.  
2 - Professor do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP.

*Recebido em 20/4/2004. Aceito para publicação em 28/4/2004.*

**HV** - Nega etilismo, tabagismo e uso de qualquer tipo de drogas.

**Antecedentes ginecológicos:**

- Menarca aos 13 anos.
- Ciclos menstruais regulares (28 dias) com quatro dias de duração.
- Método anticoncepcional adotado: preservativo.
- Início de atividade sexual: 18 anos.
- Número de parceiros sexuais: um.

- Nega cirurgias ginecológicas progressas.

**Antecedentes obstétricos** - Nega gestações anteriores e abortos.

**História obstétrica atual:**

Gestações: 1 - Partos: 1 - Abortos: 0

Data da última menstruação: 3/6/2003

Data provável do parto: 12/3/2004

Cartão do Pré-Natal

Consulta	IG (sem)	Retorno	Peso (KG)	PA (mmHg)	AU (cm)	Apresentação	Foco	MF	Diagnóstico	Tratamento
1ª		23/7/03	45	100 x 70	-	-	-	-	Gravidez	Pré-Natal
2ª	10 s 2/7	12/8/03	46	100 x 90	-	-	-	-	Gravidez	-
3ª	15 s 2/7	16/9/03	49	100 x 60	-	-	-	-	Gravidez	-
4ª	19 s 2/7	14/10/03	51	100 x 70	16	-	-	-	Gravidez	-
5ª	23 s 6/7	17/11/03	55	90 x 60	21	-	+	+	Gravidez	Sulfato ferroso
6ª	28 s 1/7	17/12/03	59	110 x 70	27	-	+	+	Gripe	-
7ª	31 s 3/7	9/1/04	61	110 x 70	30	-	+	+	Reumatismo	Bezentacil
8ª	37 s 3/7	20/2/04	65	150 x 100	35	-	+	+	-	Internação

Tipo sanguíneo: O+

Exames 24/7/2003:

Ht=40,5% - Hb=13,5 - Glicemia=92

VDRL negativo, HIV negativo

Colpocitologia: normal

Urina I: normal

VHS=38 ASLO=800 PCR+

Mucoproteína=4,6

**Ultrassonografia em 28/11/2003** - Feto único, vivo, cefálico, placenta de inserção posterior, idade gestacional = 25 semanas (compatível).

**US vias urinárias** - Moderada dilatação pielocalicial bilateral (fisiológico?).

**Exame físico de entrada** - Paciente em bom estado geral, acianótica, anictérica, afebril, descorada +/-4, hidratada, eupnéica, consciente, orientada e contactuante.

Sinais vitais - PA = 128 x 84 mmHg, FC = 104 bpm, FR = 32 ipm, T = 36,9 C.

Ap. respiratório - Taquipnéia (FR: 32 ipm), ausência de ruídos adventícios à ausculta.

Ap. cardiovascular:

- Inspeção: pulsação de região precordial.

- Palpação: ictus cordis no 5º espaço intercostal (EIC) esquerdo na linha hemiclavicular esquerda, com frêmito leve na ponta; pulsação sentida entre o 2º e 3º EIC - paraesternal E; fechamento da válvula pulmonar palpado no 2º EIC.

- Ausculta: ritmo cardíaco regular a 2 tempos, com desdobramento de 2ª bulha fixo e hiperfonese de P2 (2º componente). Hiperfonese de 1ª bulha no foco mitral (FM). Presença de sopro sistólico no foco pulmonar (SSFP) 2+/4+ (tipo vascular) e ausência de sopro no FM.

Abdômen - Sem alterações.

Extremidades:

- Edema de membros inferiores 1+/4+, frio, mole, depressível e indolor.
- Pulsos periféricos presentes e simétricos.

Exame neurológico - Sem alterações.

Exames laboratoriais			
Data	1/3	3/3	7/3
Na		139	143
K		3,4	3,3
Uréia	20	18	41
Creatinina	0,8	0,7	0,9
VHS	32		
Fe sérico	43		
Glicemia	88		93
ASLO	< 200		
Hemograma			
Ht	25,4%	27,9%	31%
Hb	8,4	9,3	10,4
GV	2,69	3,05	3,54
HCM		30,4	28
VCM		91,4	86
GB	10.800	11.400	6.200
B	2,0	1,0	-
S	72	80	62
E	1	1	3
B	0	0	1
L	22	15	29
M	3	3	5
Plaquetas	552.000	571.000	612.000
Reticulócitos	4,4%		-

**RX de tórax em PA:**

- Circulação pulmonar normal.
- Ausência de derrame pleural.
- Área cardíaca aumentada 1+/4+.
- Abaulamento de arco médio.

**Eletrocardiograma (3/3/2003):**

- Ritmo sinusal com FC = 100 bpm.
- Sinais sugestivos de sobrecarga atrial esquerda.

Tireóide - Aumento de volume 1+/4+, consistência um pouco firme, sem nódulos e indolor.

**Avaliação da Ginecologia:**

- Episiotomia mediolateral com processo de cicatrização normal.
- Útero involuído e contraído.
- Lóquia rubra de volume normal.
- Conclusão: puerpério normal.

Exames laboratoriais		
Data	1/3	7/3
Urina tipo I		
Densidade	1010	1010
pH	8,0	7,0
Proteína	+	Vestígios
Glicose	-	-
Hemácias	320.000	8.000
Leucócitos	200.000	8.000
C. Hialino	-	+
C. Granulosos	-	-
C. Cereos	-	-
Nitrito	-	-
Bactérias	-	Peq. qtde.
Filam. Muco	-	Peq. qtde.

- Complexo QRS e ondas T de baixa voltagem nas derivações clássicas e unipolares dos membros.
- Onda R de baixa voltagem em V2 e V3.
- Ondas T negativas e simétricas de V4 a V6.

**Ecocardiograma - Comentários**

- Ritmo cardíaco: regular.
- Câmaras cardíacas: ventrículo esquerdo (VE) tem hipocontratilidade difusa. Demais câmaras

sem alterações.

- Função sistólica do VE: disfunção moderada.
- Função diastólica do VE: normal.
- Valvas cardíacas: sem alterações morfológicas.
- Pericárdio: normal.
- Estudo Doppler: sem alterações.

**Conclusão** - Ecocardiograma com comprometimento difusodomiocárdio do VE.

Aorta: 28 mm

AE: 29 mm

VE: - Diástole: 48 mm

- Sístole: 37 mm

- Septo IV: 10 mm

- Parede post.: 08 mm

- Fração de ejeção: 0,47

- Delta D: 24%

**Evolução clínica** - A paciente apresentou rápida melhora clínica sendo tratada com:

- Hidroclorotiazida 50 mg, 1 cp VO cedo.
- Furosemida 40 mg, 1 cp VO às 14 horas.
- Espironolactona 25 mg, 1 cp VO às 10 horas.
- Digoxina 0,25 mg, 1 cp VO cedo.
- Sulfato ferroso 325 mg, 1 cp VO 30' antes das refeições.
- Ácido fólico 5 mg, 1 cp VO no almoço.

Houve melhora dos níveis de Hemoglobina: 8,4 => 9,3 => 10,4 g/100 ml.

Como a paciente estava compensada com razoáveis níveis de hemoglobina, e com o bebê esperando em casa, recebeu alta hospitalar e foi encaminhada com urgência para o Ambulatório de Miocardiopatia para acompanhamento.

### **Evolução da ausculta cardíaca:**

Dia 4 (entrada):

- Bulhas rítmicas (BR) a 2 tempos com desdobramento fixo de 2ª bulha e hiperfonese de P2 (2º componente), hiperfonese de 1ª bulha no FM.
- SSFP 2+/4+, ausência de sopro mitral.

Dia 5:

- Ausculta cardíaca mantida, com aparecimento de sopro diastólico no foco mitral (SDFM) meso e telediastólico, de tonalidade grave, intensidade 1+/4+, sem reforço pré-sistólico.

Dia 8:

- BR a 2 tempos com desdobramento fixo de 2ª

bulha e hiperfonese de P2.

- A hiperfonese da 1ª bulha passou a ser auscultada nos focos tricúspide e aórtico acessório.
- SSFP 2+/4+ e SDFM 1+/4+.
- Aparecimento de sopro sistólico agudo mesocárdico.

O antecedente de doença reumática e a presença de sopro e frêmito diastólico no foco mitral levantou a possibilidade da paciente ter uma valvopatia do tipo estenose mitral.

## **DISCUSSÃO**

Com base na história clínica e no exame físico de entrada foi realizado o diagnóstico sindrômico de insuficiência cardíaca congestiva. O diagnóstico anatômico e etiológico desta paciente girou em torno de duas hipóteses: cardiopatia prévia à gravidez ou, então, uma miocardiopatia que se desenvolveu durante a gestação. Como a insuficiência cardíaca apareceu agudamente após perda hemorrágica substancial, poderia - uma doença miocárdica ou valvar - ter sido descompensada pela anemia aguda. Outra possibilidade é que esta gestante tivesse um coração normal que suportou bem a sobrecarga da gravidez e apresentou disfunção ventricular sem lesão anatômica apenas em consequência da anemia aguda.

A paciente chegou ao hospital com hemoglobina de 8,4 g/dl após ter recebido quatro bolsas de sangue. Como cada bolsa eleva a taxa de hemoglobina em torno de 1,5 g/dl, provavelmente, após a hemorragia sua taxa de hemoglobina estivesse em torno de 3,0 g/dl. Esta importante anemia poderia justificar parte da ausculta cardíaca da paciente (sopro sistólico mitral e o sopro diastólico da ponta seriam devido à turbulência do sangue pela sua menor viscosidade decorrente da anemia).

O eletrocardiograma do dia 3/3/2004 mostrou sinais sugestivos de sobrecarga de átrio esquerdo, complexo QRS de baixa voltagem nas derivações clássicas e unipolares dos membros, onda R de baixa voltagem em V2 e V3, ondas T negativas e simétricas de V4 a V6.

O ecocardiograma afastou qualquer lesão valvar, no entanto, mostrou uma disfunção sistólica moderada com hipocontratilidade difusa, fração de ejeção pouco reduzida, assim como o delta de encurtamento.

A paciente não apresenta nenhuma história

que sugira cardiopatia prévia à gravidez ou mesmo durante o período gestacional. Sua descompensação manifestou-se apenas no período logo após o parto.

Alguns fatores deixam pouco provável o diagnóstico de miocardiopatia periparto, como o fato de ser a primeira gestação e não haver aborto prévio, elementos que justificariam o desenvolvimento do processo auto-imune desencadeado por produtos do ciclo gravídico.

A possibilidade de um quadro de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez fica afastada pelo fato da pressão ter subido pouco, transitoriamente, e apenas no final da gestação. Além disso, o exame de urina nada revelou de importante e a função renal era

normal.

Hoje (8/4/2004), a paciente foi contatada por telefone. Informou estar muito bem, cuidando normalmente do filho e da casa, levando vida normal sem nada sentir.

Frente a esses dados, a conclusão mais provável é que tenha ocorrido uma anemia aguda grave que levou à disfunção miocárdica e à insuficiência cardíaca.

A confirmação deste diagnóstico somente poderá ser feita pelo seguimento da paciente através de exame clínico e pela normalização do eletrocardiograma e do ecocardiograma.