

Doença de Von Willebrand e Gestação

Juliana Tannuri Hobeika*; Karina Patrício Infante*;
Antonio Rozas**

D.R., branca, união estável, 28 anos, natural e procedente de Votorantim, costureira, 1º grau incompleto. Tercigesta, com duas cesáreas anteriores, foi encaminhada à Clínica Obstétrica da FCMS PUCSP (Maternidade do CHS) com o diagnóstico de vWD e dores no baixo ventre. IG: 33 semanas pela data da última menstruação. Negou perdas sangüíneas vaginais, negou outras doenças clínicas como diabetes e hipertensão. Relata antecedentes familiares de vWD. Nega tabagismo ou alcoolismo. Refere antecedentes ginecológicos ciclos menstruais a cada 21 dias que duram cerca de 10 dias em grande quantidade (hipermenorreicos). Relata dois partos por cesárea com grave hemorragia, em ambas, sendo necessário, em um deles, permanecer internada na UTI por vários dias. O diagnóstico de vWD foi estabelecido há 2 anos, pelo sangramento excessivo quando foi submetida à cirurgia exploradora por cisto hemorrágico. Iniciou seu pré-natal precocemente, com 12 semanas de gestação e não houve intercorrências neste período.

Exames do pré natal: TS: O +, HIV, HBSAg, VDRL, Glicemia: 87, Hb 12,7, Ht 36%, plaquetas, 200.000, urina I: normal, U.S.G.: gestação única, tópica de IG: 7s3d realizado dia 3/12/03.

Exame físico de entrada: BEG, corada, hidratada, acianótica, anictérica, dispnéica. PA: 100X60 mmHg, pulso: 104 bpm, P: 65 kg. Tórax: MV S/ RA com FR 16 mrm; BR NF 2T S/ Sopros. Abdome: gravídico, flácido, RHA +, DB-, AU de 32 cm, feto situação longitudinal, cefálico, com BCF presente e rítmico, movimentos fetais presentes ao exame, dinâmica uterina ausente. Exame ginecológico especular: ausência de secreções vaginais. Toque: colo grosso, posterior, pérvio para 1,5 cm, tocando-se membranas. Amnioscopia: LCSG. MMII: edema +/4. Realizado ultra-sonografia gestacional em 17/8/04: Gestação tópica de 33s4d (compatível com a DUM), placenta anterior lateral direita, Grau II, ILA 10,9 (nl) com peso estimado 2576 g (1600-2940) sexo feminino. MF+, MR+, tônus +, BCF + e rítmico. Cardiocografia: feto ativo. Solicitados exames laboratoriais: Hb de 9,1, Ht de 28%, plaquetas de 161.000, coagulograma: TP 100% com INR 1, TTPA de 12 segundos. Solicitado avaliação da hematologia que reservou fator VIII-Y para o momento do parto e para os 10 dias de pós-parto, realizando o esquema profilático, endovenoso, descrito anteriormente. A paciente recebeu licença e retornou dia 21/08/04 com 35 semanas, em trabalho de parto, sendo realizada a cesárea iterativa, por duas cesáreas anteriores, recebeu o fator VIII-Y como preconizado. Parto às 23:17h do dia 21/08/04, recém-nascido vivo, sexo feminino, pesando 2600g, Apgar 2-6-8 e Capurro de 34s 4d. A recém-parturida ficou sob cuidados intensivos por apenas um dia e retornou

maternidade sem intercorrências, onde continuou com uso do fator VIII-Y. Recebeu alta após 10 dias do parto, com loquiação normal, em bom estado geral, retornando à maternidade dia 1/9/04 para reavaliação, apresentando Hb de 13,3 e Ht de 42%, plaquetas de 220.000, coagulograma com 81,7%, INR de 1,04 e TTPA de 30 segundos com P/C de 1,34. Retornou novamente em 10/09/04, apresentando sangramento moderado por via vaginal. Ao exame ginecológico: toque indolor, útero com involução normal, vagina sem anormalidades. Exame especular: sangramento moderado e cérvix sem anormalidade e impérvio. Hemoglobina na ocasião de 10,3.

DISCUSSÃO

De modo semelhante ao que ocorreu em casos relatados na literatura, na paciente por nós estudada durante a gestação, as manifestações clínicas da vWD (hematomas e hemorragias vaginais) diminuíram acentuadamente. Houve bom desfecho da gestação com adequado tratamento profilático para hemorragia com a administração endovenosa do fator VIII tanto no intra como no pós-parto, o que se confirma com o resultado obtido por Pommier (2002) na França, como por como por Budde (2002), na Califórnia. Desta maneira, assim como assinalam Lipton (1982) e Chediak e col (1986) não há necessidade de se desencorajar a gestação para todas as mulheres com vWD de modo radical como referem Burlingame e col. (2001) (New York). Acreditamos que, quando bem estudada em exame pré-concepcional e assistida com auxílio de hematologista competente, não devemos privar a mulher de algo importante em sua vida, como o fato de ser mãe, de gerar seu filho.

O caso da paciente portadora da Doença de von Willebrand por nós apresentado teve desfecho excelente do ciclo gravídico puerperal de gestação, o parto evoluiu para cesárea por indicação obstétrica (duas cesáreas anteriores). O acompanhamento foi multidisciplinar (obstétrico, hematológico e neonatológico). Quanto à via de parto, há autores que defendem o parto vaginal, pois a mesma se acompanha de menor perda de sangue. Entretanto há autores como Chediak (1986) que preferem a via alta impedindo o traumatismo do parto vaginal. Realizando a profilaxia adequada, programando ou não a data para o parto, a via de parto poderá ser, em nossa opinião, a vaginal, desde que tudo esteja preparado para receber tanto a mãe como o recém-nascido: equipe médica, hemoconcentrados e crioprecipitados.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.8, n.1. p.24-25, 2006

* Residente do CCMB/PUC-SP.

** Docente do Departamento de Cirurgia do CCMB/PUC-SP.

Recebido em 21/02/05. Aceito para publicação em 28/07/05

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Budde V, Drewke E, Mainuch K, Schneppenheim R. Laboratory diagnosis of congenital von Willebrand disease. *Sem Thromb Haemost.* 2002; 28(2):173-89.
2. Burlingame J, McGaraghan A, Kilpatrick S, Hambleton J, Main E, Laros RK. Maternal and fetal outcomes in pregnancies affected by von Willebrand disease type 2. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184(2):229-30.
3. Burrow GN, Ferris TF. Complicações clínicas durante a gravidez. 4a ed. São Paulo: Roca; 1996. Cap.3:75-6.
4. Castaman G. Epidemiology and diagnosis of von Willebrand disease. *Haematologica.* 2001; 86(10suppl.2):1-9.
5. Chediak JR, Alban GM, Maxey B. von Willebrand's disease and pregnancy: management during delivery and outcome of offspring. *Am J Obstet Gynecol.* 1986; 155(3):618-24.
6. Federici AB, Manucci PM. Diagnosis and management of von Willebrand disease. *Haemophilia.* 1999; 5(suppl 2):28-37.

A REVISTA AGRADECE A CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DOS DOCENTES DO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E BIOLÓGICAS PUC-SP

Alexandre Eduardo F. Vieira	Hamilton Aleardo Gonella	Luiz Antônio Rossi
Alfredo Bauer	Hudson Hubner França	Luiz Ferraz Sampaio Neto
Antônio A. R. Argento	Izilda das Eiras Tâmega	Magali Zampieri
Antônio Matos Fontana	Jair Salim	Maria Cecília Ferro
Antônio Rozas	João Alberto H. de Freitas	Maria Cristina P. Fontana
Cássio Rosa	João Edward Soranz Filho	Maria Helena Senger
Celso Augusto N. Simoneti	João Luiz Garcia Duarte	Marilda Trevisan Aidar
Celso Machado de Araújo Filho	Joaquim Miguel da F.Rosa Netto	Nelmar Tritapepe
Cibele Isaac Saad Rodrigues	Joe Luiz Vieira Garcia Novo	Nelson Brancaccio dos Santos
Clodair Carlos Pinto	José Augusto Costa	Ronaldo D Avila
Clóvis Duarte Costa	José Ben-Hur de E. Ferraz Neto	Rubens Cruz Swensson
Deborah Regina Cunha Simis	José Carlos Menegoci	Rudecinda Crespo
Diana Tannos	José Carlos Rossini Iglezias	Samuel Simis
Eddie Benedito Caetano	José Eduardo Martinez	Sandro Blasi Esposito
Eduardo Álvaro Vieira	José Francisco Moron Morad	Saul Gun
Eduardo Martins Marques	José Jarjura Jorge Júnior	Sérgio Borges Balsamo
Enio Márcio Maia Guerra	José Mauro S. Rodrigues	Sérgio dos Santos
Erezil Gomes de Freitas	José Otavio A. Gozzano	Sonia Ferrari Peron
Euclides Martins Oliveira Filho	José Roberto Maiello	Vicente Spinola Dias Neto
Fatima Ayres de Araújo Scattolin	José Roberto Pretel Pereira Job	Walter Barrella
Fernando Biazzi	Júlio Boschini Filho	Walter Stefanuto
Gilberto Santos Novaes	Kleber Tavares Rocha	Wilson O. Campagnone
Gladston Oliveira Machado	Kouzo Imamura	
Godofredo Campos Borges	Lauro Martins Júnior	