

# CARDIOPATIA CONGÊNITA NA GRAVIDEZ: UM RELATO DE CASO

## CONGENITAL HEART DISEASE IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Autores:

Sofia Machado<sup>1</sup>, Flávia Moreira<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Atualmente, a doença cardiovascular é a causa de morte não obstétrica mais importante na grávida, correspondendo a cerca de 1% das gestações. A melhoria dos cuidados de saúde permitiu que cada vez mais mulheres com cardiopatia congênita atinjam a idade reprodutiva, traduzindo-se a gravidez, neste contexto, num novo desafio clínico.

**Descrição do caso:** Sexo feminino, 24 anos, com antecedentes de tiroidite autoimune, perturbação de ansiedade e comunicação interauricular (CIA) sem evidência de *shunt*. Medicada com aspirina e progestativo oral. Recorre à consulta na sua unidade de saúde familiar (USF) por suspeita de gravidez. Após realização de teste imunológico de gravidez confirmatório, inicia acompanhamento de saúde materna na USF, em paralelo com o serviço de Obstetrícia para a qual foi referenciada por patologia de risco. Manteve seguimento habitual em Cardiologia do hospital de referência. Durante a gravidez, relata episódios de palpitações, sem outros sintomas associados, sendo atribuídos ao foro ansioso e com completa resolução após instituição de técnicas de relaxamento e medicação. A gravidez decorreu sem intercorrências maternas, excetuando a presença de palpitações e o aumento da resistência do ventrículo direito (não condicionantes da normal evolução da gestação). Os exames complementares não revelaram alterações cardíacas fetais. Dado o risco de embolia paradoxal iniciou terapêutica anticoagulante e optou-se pela realização de cesariana eletiva. Após o parto foi sugerido o encerramento percutâneo da CIA, tendo em conta a perspetiva de futuras gestações.

**Comentário:** A cardiopatia congênita na mulher grávida é uma realidade cada vez mais prevalente na prática clínica. Esta exige uma orientação e seguimento multidisciplinares, desde o período pré-concepcional até ao puerpério. Apesar dos possíveis riscos materno-fetais (embolia paradoxal, pré-eclâmpsia, maior incidência de recém-nascidos com baixo peso para a idade gestacional e maior mortalidade fetal/perinatal), a maior parte das gravidezes decorre sem complicações.

**Palavras-chave:** cardiopatias congénitas; defeitos do septo auricular; distúrbios de ansiedade; gravidez; relato de caso.

### ABSTRACT

**Introduction:** Currently, cardiovascular disease is the most important cause of non-obstetric death in pregnant women, accounting for about 1% of pregnancies. Improved health care has allowed more and more women with congenital heart disease to reach the reproductive age, resulting in a new clinical challenge.

**Case description:** A 24-year-old female with a history of autoimmune thyroiditis, anxiety disorder, and interatrial communication (IAC) without evidence of shunt. Medicated with aspirin and oral progestin. The patient was referred to her primary health center (PHC) for suspected pregnancy. After a confirmatory immunological pregnancy test, she started maternal health monitoring at the PHC in parallel with the obstetrics service to which she was referred due to risk pathology. She maintained regular follow-up in Cardiology at the referral hospital. During pregnancy, she reported episodes of palpitations, without other associated symptoms, attributed to anxiety and with complete resolution after the use of relaxation techniques and medication. The pregnancy took place without maternal complications, except for the presence of palpitations and increased right ventricular resistance (not affecting the normal course of the pregnancy). Complementary exams did not reveal any fetal cardiac alterations. Given the risk of paradoxical embolism, anticoagulant therapy was initiated and an elective cesarean section was chosen. After delivery, percutaneous closure of the IAC was suggested, taking into account the prospect of future pregnancies.

**Comment:** Congenital heart disease in pregnant women is an increasingly prevalent reality in clinical practice. It requires multidisciplinary guidance and follow-up, from the preconception period to the puerperium. Despite the possible maternal and fetal risks (paradoxical embolism, preeclampsia, a higher incidence of infants born small for gestational age, and higher fetal/perinatal mortality), most pregnancies are uneventful.

**Keywords:** congenital heart disease; atrial septal defect; anxiety; pregnancy; case report.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Cuidar, ACeS Entre Douro e Vouga I

2. Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Cuidar, ACeS Entre Douro e Vouga I

## INTRODUÇÃO

Atualmente, as cardiopatias congênitas maternas são detetadas em cerca de 1% das gestações, tornando a doença cardiovascular a causa de morte não obstétrica mais importante na grávida.<sup>1</sup>

A comunicação interauricular (CIA) é a segunda cardiopatia congênita mais frequente em adultos, precedida pela válvula aórtica bicúspide.<sup>2</sup> Corresponde a cerca de 13% das cardiopatias congênitas, com uma prevalência estimada de 56 por 100 000 nados vivos e uma predileção pelo sexo feminino (proporção de 2:1).<sup>3</sup> Os defeitos das paredes cardíacas estão identificados abaixo (Quadro I).<sup>3</sup>

**Quadro I.** Classificação e definição das comunicações intra-auriculares.

Classificação	Local do defeito	Prevalência (%)	Condições associadas
<i>Ostium Primum</i>	Face ântero-inferior do septo	15	Defeitos do canal auriculoventricular e do folheto anterior da válvula mitral
<i>Ostium Secundum</i>	Região central do septo (na fossa oval)	75	Principal causa de <i>shunt interauricular</i> (após <i>foramen oval</i> patente)
Defeito no seio venoso	Face posterior do septo	5	Anomalias de junção das veias pulmonares direitas
Defeito no seio coronário	Ausência de parede entre o seio coronário e a aurícula esquerda	1	Síndrome de <i>Raghib</i> : associação de defeito do seio coronário e veia cava superior esquerda

Geralmente, é uma lesão assintomática, porém não livre de complicações, nomeadamente arritmias de origem auricular e embolização paradoxal. Uma das consequências mais nefastas baseia-se na presença de *shunt* esquerdo-direito, que pode condicionar hipertrofia das câmaras direitas e consequentemente hipertensão pulmonar.<sup>1-3</sup> Em situações mais graves, a insuficiência cardíaca torna-se comum antes da quarta década de vida.<sup>2</sup>

A maioria dos defeitos acaba por fechar espontaneamente, durante a idade pediátrica. Porém uma percentagem permanece oculta até à idade adulta e escapa ao diagnóstico médico. A associação de uma gravidez a uma cardiopatia congênita exige um acompanhamento especial, principalmente pelas alterações hemodinâmicas associadas a esse estado biológico, como o aumento da massa eritrocitária e plasma em 20 - 30% e 30 - 50%, respetivamente, condicionando um aumento significativo do volume sanguíneo circulante.<sup>4</sup> Estas alterações começam a

resolver-se na segunda semana após o parto, no entanto, em algumas mulheres, podem arrastar-se até seis meses depois, o que implica um período de seguimento mais alargado.<sup>5</sup>

Nem todas as cardiopatias têm os mesmos riscos para a grávida e feto.<sup>5,6</sup> Existem algumas lesões que contraindicam uma gravidez (Quadro II).<sup>5</sup>

**Quadro II.** Cardiopatias congênitas que contraindicam uma gravidez.

Contraindicações para uma gravidez
Hipertensão pulmonar grave (definida como pressão artéria pulmonar > 75% pressão arterial sistémica);
Síndrome de <i>Eisenmenger</i> ;
Coartação da aorta associada a dilatação da aorta proximal;
Ventrículo único com fraca função sistólica (fração de ejeção < 40%);
Estenose aórtica grave e sintomática;
Síndrome de <i>Marphan</i> (associada a um diâmetro aórtico > 45 mm).

Idealmente todas as grávidas com cardiopatia congênita devem efetuar uma rigorosa avaliação pré-concepcional, de forma a quantificar o risco materno associado, assim como a hipótese de transmissão vertical da lesão. Esta estratificação deve assentar numa exaustiva anamnese clínica, com foco na patologia cardiovascular, exame físico, eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e ecocardiograma transtorácico (eco-TT).<sup>6</sup> Com o presente caso pretende-se alertar para a importância de um acompanhamento multidisciplinar da grávida com patologia cardíaca, tendo o médico de família (MF) um papel fulcral na gestão e encaminhamento da mesma aos cuidados de saúde secundários (CSS), sempre que tal for necessário.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se o caso de uma utente do sexo feminino, primigesta, de 24 anos. Tem o ensino básico, mais concretamente a terceira classe, tendo também um curso de esteticista, trabalhando como empregada de armazém na atualidade. Integrada numa família do tipo nuclear na fase I do ciclo de vida de *Duvall*, vive com o companheiro, numa habitação com boas condições sanitárias.

Antecedentes pessoais de tiroidite autoimune, diagnosticada aos 15 anos. Atualmente seguida em consulta externa de Cardiologia por cardiopatia congênita diagnosticada em 2014 após episódios repetidos de palpitações, sem outros sintomas associados, como dor torácica ou dispneia. Foram pedidos

exames auxiliares de diagnóstico que identificaram a presença de uma comunicação interauricular, tipo *ostium secundum*, sem presença de *shunt* significativo. Inicialmente foi medicada com *bisoprolol* 5 mg e ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg, tendo suspenso o primeiro dada a ausência de sintomas.

Em 2015, teve um episódio isolado de hemiparesia direita, associada a assimetria facial, com necessidade de internamento no serviço de Neurologia do centro hospitalar de referência. O estudo etiológico revelou-se inconclusivo, sem alterações analíticas ou imagiológicas, quer cerebrais ou vasculares. Durante os três dias de internamento, teve total recuperação dos défices, sem sequelas motoras, tendo tido alta orientada para o seu MF.

Fumava cerca de sete cigarros por dia, desde os 18 anos (unidades maço ano = 2). Negava outros consumos toxicológicos ou alcoólicos.

A medicação habitual atual era constituída por AAS 100 mg e progestativo oral. Previamente terá sido medicada com levotiroxina sódica 0,1 mg que suspendeu há 2 anos por ausência de sintomas de hipotireoidismo e função tiroideia normal.

Seguida em consulta de saúde materna na unidade de saúde familiar (USF), desde as cinco semanas e um dia de gestação, após realização de teste imunológico de gravidez. Tratava-se de uma gravidez desejada, mas não planeada. Foi pedido o estudo analítico do primeiro trimestre, iniciou suplementação com ácido fólico 400 mcg e ferro oral 100 mg, por presença de ferropenia. Nessa mesma consulta foi calculado, com recurso à escala de *Godwin* modificada, o risco da gravidez com resultado de 5 (médio risco). Foi efetuada referência para Obstetrícia e aguardou a consulta de Cardiologia, já previamente agendada.

Na consulta de Cardiologia, com cerca de 18 semanas de gestação, referia episódios de palpitações sem outros sintomas associados. O estudo complementar efetuado revelou-se sem alterações de relevo para a atual gravidez: ECG sem alterações e eco-TT com a seguinte descrição: "(...) cavidades de dimensões normais, paredes de espessura normal. Função biventricular global e segmentar conservada. Não se observam *shunts* cardíacos, apesar da CIA sugerir solução de continuidade e discretos sinais de sobrecarga do ventrículo direito. (...)". Portanto, apesar de CIA sem evidência de *shunt* ou hipertensão pulmonar era sugerido o encerramento percutâneo, após o parto, principalmente pelo risco de embolismo paradoxal, nesta e em futuras gestações, e pelo risco de aumento da resistência ventricular direita e possível

hipertensão pulmonar inerente. É recomendada também a profilaxia do tromboembolismo venoso, com heparina de baixo peso molecular (HBPM). Perante os dados clínicos o cardiologista não colocou restrição ao parto eutócico. Contudo, em consulta de Anestesiologia, foi ponderada a realização de cesariana, face ao tratamento contínuo com HBPM e ao risco hemorrágico que daí advém. Tal opção foi aceite pela obstetra que programou cesariana eletiva e anestesia de neuroeixo, situação compreendida e aceite pela grávida.

Durante o segundo trimestre, em consulta na USF, referia novamente palpitações ocasionais, que antecedem consultas ou a realização de exames/análises da gravidez. Após exploração da história, destacou-se um componente ansioso importante, relacionado com o medo de complicações obstétricas. Foram abordadas diferentes estratégias para lidar com a situação: a grávida optou por iniciar aulas de yoga e suplementação natural com raiz de valeriana, que surtiram efeito benéfico.

A gravidez decorreu sem intercorrências, com análises e ecografias trimestrais normais. Em consulta de obstetrícia hospitalar foi pedida ecocardiografia fetal, às 22 semanas, que se revelou normal.

Apesar de um tabagismo ativo no passado, a grávida iniciou e completou, com sucesso, cessação tabágica durante a gravidez.

O parto decorreu sem intercorrências ou complicações. Recém-nascido do sexo masculino com boa evolução estaturoponderal, rastreio de cardiopatias congénitas negativo. Mãe e filho tiveram alta para o domicílio, com manutenção de cuidados e plano terapêutico, mantendo a puérpera a toma de AAS 100 mg id. O recém-nascido foi encaminhado para consulta externa de Cardiologia neonatal, para exclusão definitiva de cardiopatia congénita, tendo sido também planeada a marcação de correção cirúrgica materna. Dada a gravidez não planeada, foi ainda agendada consulta de planeamento familiar para a puérpera por forma a informar e capacitar a utente no planeamento de gravidez futura.

## COMENTÁRIO

Este caso representa um desafio clínico, quer pela abrangência de especialidades, como pelo estado "de graça" da utente. Esta grávida apresenta uma CIA do tipo *ostium secundum* diagnosticada há oito anos, em seguimento por Cardiologia. Até à data da gravidez não apresentava critérios para encerramento da lesão, nomeadamente os definidos pela American College of Cardiology/ *American Heart Association*

(ACC/AHA) (Quadro III).<sup>7</sup> Contudo, tendo em conta os sinais de sobrecarga do ventrículo direito detetados no eco-TT realizado às 18 semanas e o risco de embolia paradoxal, foi aconselhado o encerramento da CIA.

**Quadro III.** Critérios para correção de CIA da ACC/AHA

Critérios de encerramento	Nível de Evidência
Hipertrofia das câmaras cardíacas direitas, com ou sem sintomas - detetada por ecocardiograma	Classe I
CIA de diâmetro > 5 mm e < 40 mm no ecocardiograma	
Margens de distância do defeito às estruturas adjacentes > 5 mm	
Embolização paradoxal e/ou síndrome de ortopneia-platipneia	Classe IIa
Shunt esquerdo-direito; Pressão art. Pulm. < 2/3 P.art. Sistêmica; Resistência vasc. Pulm. < 2/3 Resistência vasc. Perif. - com resposta a vasodilatadores	Classe IIb

**Legenda:** CIA - Comunicação intra-auricular; ACC/AHA - *American College of Cardiology/American Heart Association*; art. Pulm. - Artéria pulmonar; P. art. - Pressão arterial; Resistência vasc. Pulm. - Resistência vascular pulmonar; Resistência vasc. Perif. - Resistência vascular periférica.

Apesar de habitualmente não constituir uma lesão que contraindique a gravidez ou necessite de tratamento cirúrgico (na ausência de sinais ecocardiográficos para tal), é importante informar a grávida das possíveis complicações associadas às cardiopatias congénitas. As principais complicações fetais são a prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal, com uma incidência de cerca de 30%. Estas estão dependentes de fatores maternos e obstétrico (Quadro IV).<sup>6</sup>

**Quadro IV.** Fatores de risco fetal, em grávidas com cardiopatia congénita.

Fatores de risco	
Obstétrico	Materno
Múltiplas gestações;	Doença materna cardíaca;
Tabagismo ativo;	Classificação funcional NHYA > II;
Terapêutica com anticoagulantes.	Idade materna < 20 anos ou > 35 anos.

**Legenda:** HYA - *New York Heart Association*.

Nesta utente, temos como fatores de risco a doença cardíaca materna e a implementação de uma terapêutica de anticoagulação, após análise de risco vs benefício.

Outro risco associado à cardiopatia materna é a hipótese da sua transmissão à descendência. Vários estudos demonstraram que o risco da população geral

herdar uma cardiopatia é de 0,5 - 0,8%,<sup>8</sup> enquanto os filhos de grávidas com cardiopatia têm uma probabilidade de 5 - 7%,<sup>9</sup> sendo as lesões obstrutivas esquerdas, as mais frequentes. Contrariamente ao esperado, a patologia cardíaca herdada é frequentemente diferente da patologia materna, exceto em 3-5% das situações, com carácter dominante, nomeadamente na síndrome de *Marfan*, *Holt - Oran*, *Down* ou *Noon*.<sup>4</sup> Logo, além do rastreio pré-natal de cromossomopatias, é importante a realização de ecocardiografias fetais, para a exclusão de patologia cardíaca, como a efetuada às 22 semanas no caso apresentado.

À semelhança deste caso clínico, as palpitações são um dos sintomas mais referidos pelas grávidas.<sup>1</sup> Cerca de 50% das grávidas sem cardiopatia têm diagnóstico de arritmia durante a gravidez.<sup>10</sup> Essas arritmias são maioritariamente taquicardias supra-ventriculares. A deteção de fibrilhação auricular ou flutter auricular apontam para uma doença cardíaca subjacente. Nestas situações o ideal é evitar uma terapêutica farmacológica. Caso isso não seja possível, ou seja, em situações recorrentes e com impacto na qualidade de vida, a melhor opção é a utilização de betabloqueadores e digoxina, na menor dose eficaz.<sup>10</sup>

É importante realçar também a implementação de uma terapêutica anticoagulante, para reduzir os eventos embólicos, uma vez que a gravidez é um estado de hipercoagulabilidade, potenciado o risco embólico presente nestas circunstâncias. No entanto, não existe consenso nesse aspeto. A maior parte dos autores defende, que a varfarina deverá ser substituída a partir das 35 semanas por heparina não fracionada ou HBPM, de forma a otimizar a capacidade de metabolização da mesma pelo feto, após o parto.<sup>5</sup>

Relativamente ao momento do parto, a decisão da via de parto deve ser feita pelo(a) obstetra.<sup>11</sup> A via preferencial é a vaginal, nomeadamente um parto eutócico com facilitação do segundo estágio de expulsão, pela utilização de fórceps ou ventosas, auxiliando na diminuição do esforço materno nesta fase. A grávida deve estar em decúbito lateral esquerdo, antes do período expulsivo, de forma a evitar flutuações hemodinâmicas com as contrações.

A opção pela cesariana é feita, se existir algum risco obstétrico, nomeadamente consumos tabágicos ou terapêutica com varfarina ou HBPM nas semanas anteriores à data prevista do parto, como aconteceu nesta grávida.<sup>11</sup>

Embora a mortalidade materna por cardiopatia tenha diminuído (5,6 para 0,3/100 000 nados vivos de 1954 a 1985), a doença cardíaca congénita continua a ter um contributo significativo (cerca de 6 a

8%) para a mortalidade materna.<sup>5</sup>

Apesar de ser uma realidade ainda pouco frequente, nos cuidados de saúde primários, constitui um desafio clínico complexo para o médico de família. Embora geralmente benigna fora do contexto da gravidez, esta patologia ganha uma maior relevância nesta circunstância, sendo por isso fundamental o papel do MF no seu acompanhamento e correta articulação com os CSS sempre que necessário.

O MF tem ainda um papel essencial como o elemento que integra a informação clínica das diversas especialidades, esclarecendo simultaneamente dúvidas que as grávidas muitas vezes não colocam nas consultas hospitalares e tranquilizando relativamente às mesmas. Para além disso, a capacidade de visão holística do utente, intervindo de forma preventiva no âmbito pré-concepcional, facilitando a adesão às sugestões terapêuticas e/ou medidas cirúrgicas neste âmbito são também de frisar. Mais ainda, cabe também ao MF o acompanhamento da descendência, de forma global e próxima, por forma a despistar patologia cardíaca na mesma.



#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Redondo L, Martins L, Rodrigues R. Patologia Cardíaca e Gravidez. Acta Med Port. 2002;15:155-9.
- 2- Waksmonski C, Foley M. Pregnancy in women with congenital heart disease: Specific lesions. UpToDate. 2018.
- 3- Geva T, Martins JD, Wald RM. Atrial septal defects. The Lancet. 2014; 383(9932):1921-32.
- 4- Kuijpers JM, Mulder BJ, Bouma BJ. Secundum atrial septal defect in adults: a practical review and recent developments. Netherlands Heart Journal. 2015;23(4):205-11.
- 5- Harris IS. Management of Pregnancy in Patients with Congenital Heart Disease. Progress in Cardiovascular Disease. 2011;53(4):305-11.
- 6- Earing MG, Webb GD. Congenital Heart Disease and Pregnancy: Maternal and Fetal Risks. Clinics in Perinatology. 2005;32(4):913-9.
- 7- Appendix B: 2008 ACC/AHA Guidelines for the Management of Adults with Congenital Heart Disease. Role of Imaging in Adults with Congenital Heart Disease: State-of-Art Review. 2012;43-67.
- 8- Perloff JK, Warnes CA. Congenital heart disease in adults: a new cardiovascular specialty. Circulation. 2001;84:1881-90.
- 9- Romano-Zelekha O, Hirsh R, Blieden L, Green M, Shohat T. The risk for congenital heart defects in offspring of individuals with congenital heart defects. Clinical Genetics. 2002;59(5):325-9.
- 10- Swan L, Lupton M, Anthony J, Yentis SM, Steer PJ, Gatzoulis MA. Controversies in Pregnancy and Congenital Heart Disease. Congenital Heart Disease. 2006;1(1-2):27-34.
- 11- Warnes CA. Pregnancy and Delivery in Women With Congenital Heart Disease. Circulation Journal. 2015;79(7):1416-21.

#### CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não apresentar conflitos de interesse, não pertencer a qualquer associação, nem ter recebido qualquer tipo de financiamento na elaboração do artigo.

#### CORRESPONDÊNCIA:

Sofia Cláudia da Silva Machado  
sofia.machado17@gmail.com

RECEBIDO: 10 de agosto de 2022 | ACEITE: 19 de dezembro de 2022