

AVALIAÇÃO DO CORAÇÃO FETAL PELA ECOCARDIOGRAFIA. PONTOS-DE-VISTA DE CARDIOLOGISTA CLÍNICO

LUIZ V. DÉCOURT

Neste número dos Arquivos vem publicado trabalho do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP (Medeiros e col.) que sintetiza nossa experiência atual com a avaliação do coração fetal pela ecocardiografia. A observação, volumosa e expressiva, confirma dados já disponíveis sobre a possibilidade de se reconhecer¹ não apenas o estado anatômico (normal ou anormal) do órgão, como suas características hemodinâmicas e eventuais perturbações do ritmo. Os aspectos morfológicos podem ser determinados ao nível da 16^a. semana de gestação, mas tornam-se nítidos após 18 semanas de gravidez. A massa líquida é boa condutora de sons, o que favorece a obtenção do exame.

Neste sentido, aliás, as atuais possibilidades complementam observações anteriores, nas quais a ecocardiografia permitiu o reconhecimento pré-natal de várias anomalias fetais, sejam cranianas (hidrocefalia, anencefalia), sejam renais (rins policísticos, hidronefrose).

Acreditamos que a importância, a significação e as conseqüências dos diagnósticos obtidos, quer no campo estritamente clínico da cardiologia, quer no setor médico-social justificam alguns comentários. Embora alguns destes pareçam quase óbvios e, então, desnecessários, merecem, em verdade, um destaque, pela categoria e pelas implicações das informações fornecidas pelo exame.

De fato, duas condições manifestam-se desde logo. Por um lado, os reais benefícios de determinadas medidas terapêuticas, estabelecidas com adequada precocidade e programadas com relativa precisão. Elas ressaltam a excelência do método. Por outra, entretanto, as conseqüências de eventuais condições do feto, que podem levar a normas de conduta talvez suficientemente consideradas e que só deveriam ser aceitas após muito segura reflexão. Assim, elas podem aconselhar a interrupção da gravidez, medida plena de responsabilidade que enfrenta reconhecidos problemas pessoais de ordem moral e religiosa:

1) Diante dessa situação, a primeira exigência é a de observador realmente capacitado à interpretação dos dados² e consciente das ilações que decorrem de seu diagnóstico.

Sabemos que o observador experiente, na maioria das ocasiões, pode reconhecer com precisão aspectos morfológicos, estabelecer o estado das conexões entre câmaras cardíacas e entre estas e os vasos da base e, ainda, pela técnica Doppler, calcular o fluxo sanguíneo através de valvas, com avaliação das dimensões dos orifícios valvares³.

Condições ideais de exame nem sempre, entretanto, estão presentes^{2,4}. Determinadas posições desfavoráveis do feto (dorso para a frente), situações amnióticas (polihidrânio, oligoânio) ou maternas (grande obesidade, hérnia diafragmática, derrame pleural) podem, até certo ponto, comprometer a exatidão das imagens. Em casos de gravidez gemelar, o exame do segundo feto é realizado com maior dificuldade⁵.

Mesmo em ausência desses estados, entretanto, o exame ecocardiográfico pode em certos casos ser considerado como inadequado.

Em **ocorrência de dúvidas**, o observador deverá reconhecer suas limitações e **permanecer restrito apenas à análise das estruturas que pode identificar com precisão**.

A possibilidade de resultados falsamente negativos é lamentável, mas a de dados falsamente positivos é preocupadora pelas eventuais conseqüências clínicas, normativas, sociais e morais do diagnóstico estabelecido. Sem o caráter de revisão da literatura lembremos que estes ocorreram duas vezes dentre 174 exames em 126 fetos⁴ e em um caso dentre 47 corações avaliados⁵.

Compreendemos, portanto, a advertência de observadora altamente experiente², quando afirma que a "fetal echocardiography is a minefield even for the experienced and, if serious errors are to be avoided, it should not be thought of or presented as an easy technique". Embora já idosa de cerca de três anos a afirmação ainda deve ser mantida.

2) São evidentes, por outra, os aspectos éticos que o exame ecocardiográfico fetal pode levantar.

Não há dúvida que, na avaliação do estado do feto, podem ocorrer condições que, em nossa sociedade moderna, chegam a desaconselhar a vida do nascituro e a propor o abortamento. De fato, sabemos

Trabalho do Instituto do Coração. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

que há uma tendência⁴, entre os casais de hoje, de apenas aceitar crianças sem defeitos limitadores. Qualquer dúvida, eventual, pode não ser suportada pela mãe e conduzi-la a tentativas de supressão do feto. Essa norma de conduta manifesta-se mesmo em pessoas altamente conscientizadas e de comportamento inatacável.

Ora, pode ser admitido que “ce comportement ressemble bien à une forme d’eugénisme et on peut le considérer comme bien sinistre”⁴. Na França vêm sendo, mesmo, constituídos “grupos de reflexões” que procuram uma análise lúcida e compreensiva das possibilidades⁴.

Essas ocorrências, tão cheias de conseqüências, realçam ainda uma vez a necessidade de observadores capazes, lúcidos e sensatos, conforme acentuado acima, que apenas reconheçam o que pode ser reconhecido e não se aventurem a afirmações hipotéticas. Esta advertência cabe essencialmente à possível presença de malformação cardíaca isolada.

3) Embora sob o ponto de vista ideal o exame fosse aconselhado como técnica de rotina, esta possibilidade, na prática, enfrenta evidentes dificuldades de natureza sócio-econômica.

Desta forma, apenas determinadas indicações tornam-se prioritárias^{2,4,6,7}; mesmo assim, elas apresentam hierarquia diversa e deverão ser avaliadas em cada caso.

Sob ponto de vista prático podem ser agrupadas em alguns conjuntos:

A) **História familiar** de incidência expressiva de cardiopatias congênitas, mesmo sem caráter de transmissão geneticamente determinada.

B) **Características e/ou condições maternas expressivas**. Assim **a)** para qualquer mulher que já deu à luz criança com malformação congênita. **b)** para grávidas portadoras de entidades mórbidas com potencial agressivo ao coração do feto, seja no sentido de anomalias estruturais (rubéola, diabetes, fenilcetonúria), seja no de perturbações do ritmo (doenças difusas do tecido conectivo); **c)** para gestantes sob uso de determinados medicamentos, com o anticonvulsivos, sais de lítio e, até, ácido acetilsalicílico (em fase precoce de gravidez) ou submetidas a radiação da pelvis; **d)** para futuras mães portadoras de cardiopatias congênitas.

C) **Situações e/ou condições fetais anômalas**, eventualmente reconhecidas ou suspeitadas pelo exame obstétrico. Dentre elas, não apenas as ligadas ao próprio coração (perturbações do ritmo, manifestações de insuficiência cardíaca), como a outros órgãos e sistemas (reconhecidas por amnioscopia ou pelo próprio exame com ultra-som), ao desenvolvimento fetal (retardo de crescimento), a estados do fluido amniótico (polihidramnio, oligoâmnio), a anomalias mais complexas (como anormalidades na dotação cromossômica, evidenciadas por amniocentese).

4) Determinados problemas de ordem biológica, ligados à exposição do feto à energia do ultra-som, têm sido mencionados¹. Assim, quando prolongada, ela poderia ser nociva ao desenvolvimento do nascituro no primeiro trimestre de vida intra-uterina. Por outra, o método Doppler, exigindo exposição a intensidades mais elevadas de energia, seria inócuo quando de exames eventuais e breves, em fetos já desenvolvidos, mas talvez apresentasse alguma nocividade quando de provas repetidas e/ou demoradas¹.

A primeira possibilidade (real?) estaria hoje afastada pela não utilidade dos exames precoces. A segunda não tem sido confirmada pela já ampla experiência em vários centros de estudos, mas aconselha sensatez na utilização de provas repetidas.

REFERÊNCIAS

1. Huhta J. C.—Uses and abuses of fetal echocardiography: A pediatric cardiologist's view (Editorial review), J. Am. Coll. Cardiol., 8:451, 1986.
2. Alann, L. D. - Fetal echocardiography: Confidence limits and accuracy (Editorial), Pediatr. Cardiol., 6:145, 1985.
3. Allan, L. D. - Chita, S. K.; Al-Ghazali, W.; Crawford, D.C.; Tynan, M. Doppler echocardiographic evaluation of the normal human fetal heart, Br. Heart J., 57:528, 1987.
4. Kachaner, J.; Fermont, L. - Cardiologie prénatale (Éditorial), Presse Méd., 14:517, 1985.
5. Heublein, B.; Rössler, U.; Schulte, R.; Bartel, J - Fetale Echokardiographie—Möglichkeiten und Grenzen, Ztschr. Kardiol., 73:466, 1984.
6. Borges, A.—Ecocardiografia fetal. Um método não invasivo para o diagnóstico intra-uterino das cardiopatias congênitas e avaliação da circulação fetal, Rev. port. Cardiol., 4:159, 1985.
7. Araujo, L. M. L.; Ortiz, J.; Matsumoto, A. Y.-Ecocardiografia fetal, Bol. Centro Cardiol. Nao Invasiva, 2:1, 1987.