

Taquicardia Supraventricular Fetal e Hidropsia Fetal Não-imunitária

Henrique Vitor Leite, Antonio Carlos Vieira Cabral, Cleonice de Carvalho Coelho Mota, Marcos Roberto Taveira

Belo Horizonte, MG

Caso de hidropsia fetal não-imunitária, secundária à taquicardia fetal supraventricular, em concepto de 29 semanas, de mulher de 28 anos, primigesta, que evoluiu com hipertensão arterial sistêmica e amniorrexe, tendo sido submetida a parto cesáreo. O concepto necessitou de drenagem torácica bilateral e entubação oro-traqueal para tratamento da insuficiência respiratória. Medicado com digoxina e diurético, obteve alta no 56º dia de vida. Ressalta-se a importância do diagnóstico intra-uterino da arritmia para conduta terapêutica de sucesso.

Fetal Supraventricular Tachycardia and Non-immunitary Hydrops Fetalis

A case of non-immunitary hydrops fetalis, following supraventricular tachycardia, in a fetus of 29 weeks of a 28 year-old woman at the first pregnancy, who evolved with systemic hypertension and amniorexe, being submitted to cesarian deliver. The child needed bilateral thoracic drainage and oro-tracheal entubation for treatment of respiratory failure. Treated with digoxin and diuretic, the newborn went home at the 56th day of life. The authors emphazise the importance of the intrauterine diagnosis of the arrhythmia for the success of the treatment.

Arq Bras Cardiol, volume 63 (nº 2), 127-128, 1994

A taquicardia supraventricular é o mais frequente distúrbio de ritmo cardíaco fetal. Pode ser de ocorrência esporádica, evoluindo de forma benigna, porém em alguns casos evolui para falência miocárdica, hidropsia fetal não-imunitária, sendo causa de óbito fetal e neonatal. O diagnóstico precoce, acompanhado do rastreamento de outras alterações cardíacas e tratamento intra-útero adequado possibilita a redução da mortalidade perinatal nos casos mais graves, que não são de prognóstico reservado^{1,4}. Apresentamos um caso de hidropsia fetal não-imunitária secundária a taquicardia supraventricular acompanhada no Centro de Medicina Fetal do HC-UFMG

Relato do Caso

Paciente primigesta, 28 anos, com gestação simples de 29 semanas, cujo exame de ultra-som revelou feto com derrame pleural bilateral e pericárdico, ascite, edema de pele e polidramnio (fig. 1). A gestante era do grupo sanguíneo A Rh+ e o teste de Coombs indireto foi negativo, sendo então classificada como hidropsia fetal não-imunitária.

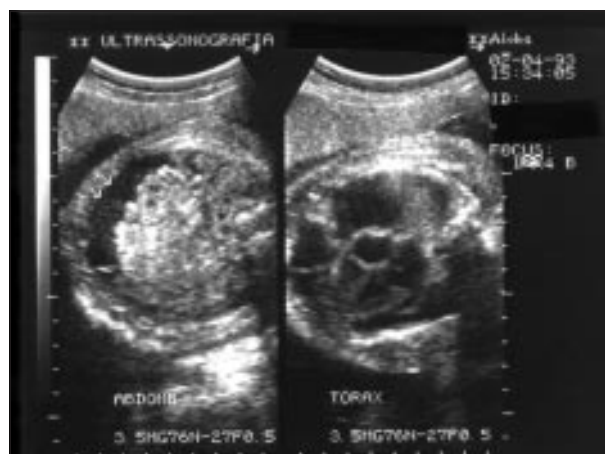


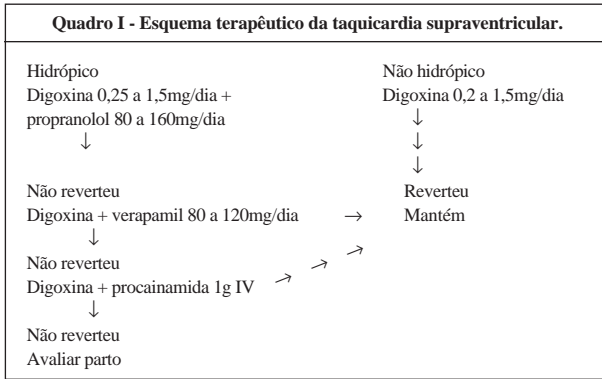
Fig. 1 - Ultra-som fetal: derrame pleural, ascite e edema de pele.

A avaliação ecocardiográfica fetal evidenciou alteração na frequência cardíaca, com presença de períodos frequentes de taquicardia supraventricular, cardiomegalia e derrame pericárdico. A visão de 4 câmaras foi normal.

Após punção esvaziadora do tórax fetal, a análise citológica revelou concentração de 87% de linfócitos e, enviado para pesquisa de toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes-vírus. Foi iniciada terapêutica conforme indicado no quadro I e administrada à mãe, digoxina 0,5mg e propranolol 80mg de 8/8h por via oral. A pesquisa de infecção, cariótipo fetal e morfologia cardíaca foram normais e, devida à reversão da arritmia fetal, foi mantida associação da digoxina e propranolol.

Apesar de nas primeiras 48h de tratamento ter

Quadro I - Esquema terapêutico da taquicardia supraventricular.



havido reversão da arritmia e desaparecimento do líquido na cavidade peritoneal e pericárdica, houve reacúmulo de líquido na cavidade pleural com necessidade de nova punção esvaziadora, pois a compressão dos pulmões fetais poderia causar hipoplasia pulmonar e agravar o prognóstico neonatal.

Três semanas após o início da terapêutica a paciente evoluiu com aumento pressórico e amniorrexe prematura, sendo submetida a parto cesáreo. O recém-nato (RN) era menino, apgar 2 e 4, apresentava-se em anasarca e insuficiência respiratória, sendo necessária entubação orotraqueal e drenagem torácica contínua bilateral. Foi tratado com digoxina e diurético com boa evolução no pós-parto. O ecocardiograma e o ultra-som transfontanela foram normais. Obteve alta no 56º dia de vida em boas condições e em uso de digoxina.

Discussão

A hidropsia fetal é caracterizada por acúmulo de líquido em alguma ou todas as cavidades do concepto, podendo associar-se com edema de pele. É dividida em dois grandes grupos: imunitária, secundária a sensibilização materna por antígenos sanguíneos, e a não-imunitária, que varia na sua etiologia por exemplo, infecção, alterações cardiovasculares, cromossomopatias, doenças hematológicas, mal formações urinárias, pulmonares, gastrintestinal e transfusão feto-fetal^{1,2}. Tem prognóstico ruim, com taxa de mortalidade entre 50% e 98%, dependendo da causa que determinou a sua descompensação¹. É im-

portante a identificação de sua etiologia para uma terapêutica adequada. A propedêutica baseia-se em exame ultra-sonográfico fetal apurado, com avaliação adequada da sua morfologia, ecocardiografia, pesquisa de infecção materna (toxoplasmose, sífilis, HIV, citomegalovírus, parvovírus, rubéola) e cariótipo fetal¹⁻³. As alterações cardíacas são responsáveis em algumas séries por até 23% dos casos de hidropsia fetal não-imunitária¹, sendo a taquicardia supraventricular, a mais freqüente^{1,3,4}.

A taquicardia supraventricular é doença fetal grave que, mesmo na ausência de hidropsia, requer internação e nas gestações prematuras, de terapia intra-útero⁴. A digoxina é a droga de primeira escolha no tratamento de taquicardia supraventricular. O seu nível na circulação fetal após administração materna é de 1:1, porém alguns autores acreditam ser mais baixo por dificuldade de transferência placentária, defendendo o emprego, em fetos hidróticos, da administração da via intravascular, através da cordocentese¹.

Em nosso serviço, temos empregado a digoxina como primeira escolha nos casos de hidropsia fetal não-imunitária e, principalmente, naqueles secundários a taquicardia supraventricular, tendo resposta clínica muito satisfatória.

Este caso demonstra a gravidade desta doença, responsável não só por várias complicações fetais, como também por complicações hipertensivas maternas. Holzgreve¹ relata 12% de aparecimento de pré-eclâmpsia em pacientes com hidropsia fetal não-imunitária. Exame cardiológico materno deve ser realizado para prevenir possível intoxicação pela medicação empregada. A avaliação cuidadosa dos fetos hidróticos, com diagnóstico e terapêutica adequada, possibilitam um melhor prognóstico do concepto nesta doença.

Referências

- Holzgreve W - The fetus with nonimmune hydrops. In: Harrison MR, Golbus MS, Filly RA. 2nd ed - The Unborn Patient: Prenatal Diagnosis and Treatment. Philadelphia, WB Saunders 1991; 249-59.
- Cabral ACV, Leite HV, Rezende CAL, Aguiar RALP, Aguiar MB - Hidropsia fetal não imunitária - Análise etiológica de 7 casos. J Bras Ginecol 1992; 102: 95-6.
- Cabral ACV, Rezende CAL - Diagnóstico pré-natal das arritmias cardíacas fetais pela ecocardiografia modo-M. Femina 1989; 17: 1006-11.
- Hillak M, Neerhof MG, Perry R, Nazir M, Huhta JC - Fetal supraventricular tachycardia and hydrops fetalis: Combined intensive, direct, and transplacental therapy. Obstet Gynecol 1991; 78: 523-5.