



PARTO VAGINAL E ARTERITE DE TAKAYASU COM SUBOCCLUSÃO DE PRINCIPAIS VASOS PÉLVICOS: RELATO DE CASO

Carlos Augusto Cavalcante de Vasconcelos¹, Marília Fonteles Dias², Yasmin Paes Galvão de Melo², Elson José de Almeida Junior³

1 Discente do curso de medicina da Universidade de Fortaleza; 2 Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia do HGCC; 3 Médico preceptor da residência de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Cesar Cals;

Introdução: A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite crônica de grandes vasos, tais como a aorta e seus ramos principais, com etiologia indefinida. A doença é mais prevalente em mulheres jovens e apresenta distribuição heterogênea globalmente. A incidência é maior na segunda e terceira décadas de vida, sendo laborioso diagnóstico por motivo de difícil suspeição de quadro clínico e da demanda por exames de imagens menos acessíveis. Embora etiologia desconhecida, postula-se uma relação complexa entre fatores autoimunes (antígenos HLA A9, A10, B5, BW40, BW52, DQW1, DR2, DR4, DR7, DW3 e DW12) predisposição genética e fatores imunogênicos, como infecções bacterianas, estão intimamente ligados a gênese dessa entidade. A lesão endotelial autoimune pode causar mudanças estruturais no leito arterial, como estreitamento, dilatação e oclusão dos vasos, possibilitando um quadro clínico exuberante e ocasionando desde sintomas localizados (microcirculação) artrite, lesões de pele ou lesões renais, até pulso paradoxal ou isquemia cerebral. O estado inflamatório também é descrito com a percepção de sintomas constitucionais, que variam em intensidade e repercussão, de acordo com fatores particularizados, como idade, vasos acometidos e estado gravídico- puerperal. O diagnóstico em pacientes gestantes é raro, e neste período gravídico- puerperal são agravadas as complicações.

Materiais e métodos: Foi relatado um caso de uma gestante portadora de AT, através da análise de prontuário, de exames complementares e relato da paciente. A mesma não realizou seguimento pré natal por anseio das decisões e das prováveis consequências da doença de base durante período gestacional. Realizou apenas único ultrassonografia obstétrica, que evidenciou feto, cefálico, peso 1913g(p10), placenta posterior fundica, grau 2, índice de líquido amniótico de volume reduzido, idade gestacional de 32semanas e 4 dias. **Relato:** J.D.S.B., aos 13 anos, apresentou inicialmente quadro clínico, com sangramento transvaginal de grande monta, hiporexia, astenia e edema de membros inferiores, sendo considerada a possibilidade de doença autoimune. Em seguida, aos 16 anos, houve uma internação, a qual foi diagnosticada AT, por meio de exames, revelando o grau de acometimento dos vasos. A investigação radiológica evidenciou, em uma angiogramia obliteração parcial ou semi total das artérias cerebral anterior, carótidas comuns e internas, tronco braquiocefálico e subclávias, juntamente com espessamento mural difuso da aorta toracoabdominal, com redução progressiva do diâmetro até oclusão quase total. Oclusão total das artérias ilíacas comuns, com redução do calibre entre 50-70% das ilíacas internas e externas e redução superior a 70% do diâmetro da artéria ilíaca superior. Na ocasião dessa internação, apresentou cefaleia intensa, tremor de repouso, sopro aórtico importante e implicações vasculares em membros superiores e inferiores, sendo realizada dois pulsos de infliximab, sem remissão do quadro até pulsoterapia com metilprednisolona. Outras internações sucederam-se, com claudicação, amaurose e cefaleia bitemporal. No abdome, foi descrito estenose da artéria mesentérica inferior e oclusão quase total das ilíacas comuns. Devido a intensidade do acometimento vascular, sobretudo das artérias abdominais, a paciente foi orientada sobre a impossibilidade de iniciar uma gestação, sob risco de vida da paciente e feto. Com o arrefecimento do quadro, manteve-se oligossintomática e em automedicação doméstica com corticóide e antiinflamatórios. Contudo, a paciente não fez uso de métodos contraceptivos e no início de 2021, aos 25 anos, começou a perceber sintomas e sinais presuntivos de gravidez, sobrepostos a novo quadro de cefaléia e dor em membros inferiores progressivamente, culminando na percepção dos movimentos fetais, não buscando

ajuda especializada por medo das consequências da gestação em sua patologia de base. Durante todo o período gestacional, não usou nenhum medicação, não acompanhou sinais vitais (como a pressão arterial) e não tomou vacinas. No dia 26 de maio de 2021, realizou ultrassonografia obstétrica, a qual evidenciou feto, cefálico, peso 1913g(percentil 10), placenta posterior fundica, grau 2, índice de líquido amniótico de volume reduzido, idade gestacional de 32semanas e 4 dias. No mesmo dia, deu entrada na emergência obstétrica do Hospital Cesar Cals, por queixar-se de contrações rítmicas e diminuição da movimentação fetal. **Exame admissional (26/5/21):** Pressão arterial em membro superior direito 86 x 46 mmHg e em membro superior esquerdo 90x50 mm Hg, sopro sistólico em foco aórtico (++/6+), sopros carotídeos, subclávio e abdominais, pulsos periféricos assimétricos, reduzidos ou impalpáveis. **Exame obstétrico:** Abdome: gravídico, bcf: 124bpm dinâmica uterina irregular Exame especular: não visualizado líquido saindo pelo orifício canal externo. Toque vaginal: colo posterior, cérvix 3 cm, apagado 70%, apresentação cefálica, bolsa íntegra. No dia seguinte, 27/05/21, evoluiu para parto vaginal, com recepção de recém-nascido pesando 1980g, com malformações múltiplas (pé torto congênito bilateral, implantação baixa da orelha, hipertelorismo, criptorquia, bilateral e micrognatia importante), apgar 3 e 7, submetido a manobras de reanimação neonatal, mantido sob cuidados da neonatologia. No pós-parto, evoluiu com taquicardia, hipotensão, claudicação em membros inferiores e superiores e dor lombar intensa, sendo internada em leito de terapia intensiva e necessitando de corticoterapia para estabilização (prednisona 1mg/kg). Em seguida, realizou angiogramia torácica e abdominal, evidenciando trombo mural na aorta infrarrenal com redução de aproximadamente 60% da luz do vaso, bem como estreitamento por espessamento da parede da aorta que se estende até as artérias ilíacas comuns. Paciente no dia 5/6/2021 foi transferida para Hospital Universitário Walter Cantídio para melhor seguimento sob os cuidados da Reumatologia. O Recém-nascido segue internado no Hospital Cesar Cals, ainda sob investigação diagnóstica das múltiplas mal formações, aguardando o cariótipo. Apresentou insuficiência renal não oligúrica (creatinina 1,5), conjuntivite, síndrome do desconforto respiratório, a qual até o presente momento está lábil ao manuseio, com períodos de cianose perioral e hipossaturação. O paciente segue ainda sem previsão de alta hospitalar o sob os cuidados da equipe multidisciplinar do referido Hospital. **Discussão:** A AT é uma vasculite inflamatória crônica, afetando grandes vasos de forma progressiva, resultando em fibrose e degeneração das camadas endoteliais, com flagradas alterações lúminais obstrutivas e dilatação patológica. Os pacientes costumam iniciar o quadro com sintomas constitucionais inespecíficos, prosseguindo para repercussões vasculares de múltiplos órgãos e sistemas de forma imediata e crônica. A gestação em si não altera o prognóstico, mas faz-se necessário o acompanhamento pré-natal esclarecido, controle pressórico e avaliação da via de parto mais adequada para se garantir uma resolução favorável da gestação. Além disso, deve-se atentar para acometimento esperado de anemias mais severas, insuficiência cardíaca, restrição do crescimento uterino e elevado risco de eclâmpsia, pela sobreposição dos fatores fisiológicos da gestação e a endotelite patológica já estabelecida. Embora não afete a fertilidade feminina, complicações como roturas aneurismáticas, insuficiência cardíaca e insuficiência renal são mais prevalente no período periparto, podendo impor uma taxa de mortalidade materna de quase 5%, fundamentando as orientações dos efeitos deletérios e riscos para aquelas portadoras que desejam engravidar.