



RELATO DE CASO

CARDIOMIOPATIA PERIPARTO - UM RELATO DE CASO**CARDIOMYOPATHY PERIPARTUM - A CASE REPORT**

Isabela Venturi ¹
Lais Cristine Nienkotter ¹
Cristina Bichels Hebeda ¹
Ottávia De Vasconcelos Zainho Helbok ¹
Brenda Carolina Lorenzon ¹
Erick Dieter Medeiros ¹
Kauana Sabino ¹
Ian Christian Dias Teixeira ¹

RESUMO

A Cardiomiopatia Periparto (CMPP) é uma doença eminentemente fatal caracterizada pela diminuição da capacidade funcional do ventrículo esquerdo. Geralmente a patologia surge entre o último trimestre de gravidez e até cinco meses após o parto. É imprescindível a realização de ecocardiograma na suspeita de CMPP. O diagnóstico precoce é fundamental para início de tratamento, redução de danos induzidos pela cardiomiopatia, além do controle da doença. Portanto, espera-se que esse relato de caso sirva de contribuição à comunidade científica, e por fim, contribuindo com o diagnóstico e tratamento de tal patologia.

Descritores: Cardiopathy; Postpartum; Left Ventricular Alteration.

ABSTRACT

Peripartum Cardiomyopathy (PPCM) is an eminently fatal disease characterized by decreased functional capacity of the left ventricle. The pathology generally appears between the last trimester of pregnancy and up to five months after birth. It is essential to perform an echocardiogram if PPCM is suspected. Early diagnosis is essential for starting treatment, reducing damage induced by cardiomyopathy, in addition to controlling the disease. Therefore, it is hoped that this case report will serve as a contribution to the scientific community, and ultimately, contributing to the diagnosis and treatment of this pathology.

Keywords: Cardiopathy; Postpartum; Left Ventricular Alteration.

¹ Centro Universitário Para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI, Brasil



INTRODUÇÃO

A Cardiomiopatia Periparto (CMPP) é uma condição clínica importante e ameaçadora da vida caracterizada pela disfunção sistólica ventricular esquerda em mulheres previamente híginas.¹ Devido a inespecificidade dos sintomas, torna-se difícil a identificação da patologia, inclusive por conta das mudanças hemodinâmicas induzidas pela gestação que podem mimetizar alguns dos sinais e sintomas descritos.⁵ Como consequência da patologia, caso não tratada a CMPP, as arritmias ventriculares e a falência progressiva do aparelho cardíaco podem ocasionar o óbito materno.⁵

RELATO DE CASO

Mulher, 23 anos, caucasiana, previamente hígina, ex-tabagista de narguilé, primigesta, pré-natal realizado desde a descoberta da gestação, COVID-19 positivo no terceiro trimestre de gravidez, bebê nascido vivo em 20 de março de 2022 de idade gestacional 40 semanas e 2 dias, teve hemorragia transoperatória pós-cesariana necessitando de hemotransusão, e permaneceu internada 3 dias de pós-parto. Aproximadamente 30 dias após a data do parto, a paciente apresentou dispnéia progressiva aos pequenos esforços, anasarca, astenia, cardiomegalia, taquicardia, tosse, confusão mental, abdome ascítico, dor abdominal e diarreia. A paciente procurou diversas vezes o hospital para a identificação da doença durante o período de 30 dias, entretanto, sem sucesso. Somente após a consulta com cardiologista, no dia 20 de maio de 2022, foram solicitados exames laboratoriais de sangue e ecocardiograma (ECO) para investigação da patologia. Logo após a consulta, a paciente realizou o ECO que demonstrou: hipertrofia ventricular esquerda excêntrica; disfunção sistólica severa do ventrículo esquerdo (VE); disfunção diastólica grau III do VE; fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de 29% (Método de Simpson); regurgitação mitral moderada; regurgitação tricúspide moderada com hipertensão arterial pulmonar; sinais de baixo fluxo aórtico; derrame pericárdico discreto; trombos em ambos os ventrículos em suas porções apicais. Após o laudo do ECO a paciente foi encaminhada pelo cardiologista ao hospital para internação em unidade de terapia intensiva (UTI). No exame físico durante o primeiro dia de internação a paciente apresentou taquipnéia leve, anasarca, pulsos finos, abdome ascítico e doloroso, com sinal de piparote positivo. Ausculta cardíaca demonstrou ritmo cardíaco regular (RCR), em 2 tempos (2T), bulhas normofonéticas (BNF), sem sopros ou clics. Foi solicitada a radiografia de tórax que demonstrou cardiomegalia e o eletrocardiograma que demonstrou ritmo sinusal. Para o tratamento da CMPP foram utilizados a enoxaparina em dose plena, a nitroglicerina, a furosemida, o carvedilol, a cabergolina e a restrição hídrica. A paciente teve melhora gradativa dos sinais e sintomas e após oito dias de internação recebeu alta da UTI. No dia 02 de junho de 2022 a paciente retornou para consulta de seguimento com o cardiologista, assintomática, em uso das medicações para a insuficiência cardíaca e a conduta foi manter as medicações e a solicitação de um novo ECO, realizado



dia 12 de julho de 2022 demonstrando hipocinesia difusa leve; disfunção sistólica discreta do VE; função diastólica do VE normal; FEVE 47% (Simpson); sobrecarga atrial esquerda (volume indexado de 37 ml/m²); regurgitação mitral mínima; sem regurgitação tricúspide e hipertensão arterial pulmonar; sem derrame pericárdico; sem trombos intracavitários. Atualmente a paciente está assintomática, faz acompanhamento com cardiologista e com ginecologista para a conduta contraceptiva, devido ao alto risco de outro episódio semelhante caso nova gestação.

DISCUSSÃO

A CMPP é uma causa rara de IC que afeta mulheres no final da gravidez ou no puerpério inicial. A literatura destaca como fatores de risco para CMPP, a gemelaridade, obesidade, histórico familiar de doença cardíaca, raça afro-americana, idade materna avançada (>30 anos) e síndromes hipertensivas da gestação.¹ É relevante salientar que a paciente do caso não tinha nenhum fator de risco para o desenvolvimento da CMPP. Vale destacar ainda que a paciente apresentou COVID-19 no terceiro trimestre de gestação. Não há dados na literatura relacionando a CMPP com a COVID-19. Entretanto, foi evidenciado que a COVID-19 afeta a coagulação sanguínea, interfere na tríade de Virchow, evoluindo para um estado pró-trombótico.⁷ Portanto, essa patologia pode ter influenciado no desenvolvimento dos trombos intracavitários da paciente, além do ao estado de hipercoagulabilidade que a própria gravidez induz e, ainda, à estase do sangue devido à disfunção grave do VE.³ Além disso, a paciente era ex-tabagista de narguilé desde o início da gestação. Sabe-se que o tabagismo está associado ao aumento da inflamação e ao estado pró-trombótico por meio da inibição da liberação do ativador do plasminogênio tecidual do endotélio.⁶ Dessa forma, esses foram os únicos fatores de risco que poderiam ter contribuído para o desenvolvimento da CMPP.

Os sinais clínicos descritos na literatura para a CMPP incluem edema, palpitações, ortopnéia, astenia, desconforto abdominal, vômitos, taquicardia, dispneia paroxística noturna ou aos esforços, tosse persistente, pressão venosa jugular aumentada, a presença de B3, cardiomegalia, crepitações pulmonares, hepatomegalia e presença de regurgitação tricúspide ou mitral. Porém, nos estágios avançados, a hipotensão postural pode se sobressair, causando baixo débito cardíaco e baixa pressão arterial.⁴ No caso reportado foram evidenciados 9 dos 14 sintomas descritos na literatura, incluindo dispnéia progressiva aos pequenos esforços, anasarca, astenia, taquicardia, cardiomegalia, tosse, dor abdominal, regurgitação tricúspide e mitral, além de outros 3 sintomas que não estão descritos, sendo elas a confusão mental, abdome ascítico e a diarreia.

O diagnóstico da CMPP é de exclusão e a ecocardiografia demonstrando uma redução na fração de ejeção do ventrículo esquerdo durante o último mês de gestação até 5 meses após o parto sem nenhuma outra causa aparente é essencial para o diagnóstico.² No presente caso, os achados



ecocardiográficos confirmaram a CMPP por conta da FEVE de 29% (Método de Simpson), estando de acordo com a literatura e fechando diagnóstico para a CMPP.

O manejo da CMPP visa reduzir a pré-carga e pós-carga e aumentar a contratilidade cardíaca. A paciente do caso estava hemodinamicamente estável e com dispneia aos pequenos esforços. A literatura preconiza que pacientes nessas condições deverão ser tratadas de forma semelhante aos outros tipos de insuficiência cardíaca aguda e crônica com fração de ejeção reduzida por outras causas, ou seja, com uso de enzimas conversoras de angiotensina, β -Bloqueadores, diuréticos tiazídicos, anticoagulante e restrição hídrica.⁴ Existe ainda um tratamento experimental, utilizando-se a bromocriptina e a cabergolina, agonista dos receptores de dopamina que reduzem a secreção de prolactina pela hipófise anterior, visto que parece estar relacionada com a etiologia da CMPP, dessa forma, buscando auxiliar a recuperação do ventrículo esquerdo.⁴

O prognóstico das mulheres com CMP a longo prazo são baseadas principalmente em dados retrospectivos ou em estudos prospectivos de centro único ou pequenos registros cobrindo apenas 6 a 12 meses pós-parto com uma ampla variação nas taxas de mortalidade relatadas, variando de 2% na Alemanha e 11 a 12,6% de 206 pacientes com PPCM da África do Sul.⁸ No presente relato de caso, a paciente ainda não apresentou recuperação completa do VE, o último ecocardiograma realizado demonstrou FEVE de 47%, entretanto, pela rápida recuperação em menos de dois meses do diagnóstico em comparação com o primeiro ecocardiograma que mostrou FEVE de 29%, é muito provável que essa paciente tenha recuperação completa do VE antes dos 6 meses.

CONCLUSÕES

O diagnóstico dessa patologia é um desafio para o médico, devido à inespecificidade dos sintomas, complexidade da doença e escassez de pesquisas sobre a CMPP. A falta de pesquisas acerca da CMPP parece estar relacionada com a maior prevalência de mulheres afro-americanas, residentes em países em desenvolvimento e de baixa renda. Na paciente relatada, os fatores de risco que podem ter contribuído para o desenvolvimento da patologia seriam o tabagismo e a COVID-19 diagnosticada no terceiro trimestre de gestação. Dessa forma, é possível que esse seja um dos primeiros relatos que cite a COVID-19 como fator de risco para a CMPP. Portanto, mais estudos são necessários para o esclarecimento da COVID-19 na gênese da CMPP.



REFERÊNCIAS

1. BAUERSACHS, J. et al. **Pathophysiology, diagnosis and management of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on peripartum cardiomyopathy**. *European Journal of Heart Failure*, v. 21, n. 7, p. 827–843, jul. 2019.
2. Melinda B. Davis, Zolt Arany, Dennis M. McNamara, et al. **Peripartum Cardiomyopathy: JACC State-of-the-Art Review**, *Journal of the American College of Cardiology*, Volume 75, Issue 2, 2020, Pages 207-221, ISSN 0735-1097, <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.014>.
3. BOUABDALLAOUI N, Mouquet F, Lebreton G, et al. Conhecimento atual e desenvolvimento recente no manejo da cardiomiopatia periparto. **Eur Heart J Acute Cardiovasc Care** 2017; 6:359.
4. GARG, J.; PALANISWAMY, C.; LANIER, G. M. Peripartum cardiomyopathy: definition, incidence, etiopathogenesis, diagnosis, and management. **Cardiology in Review**, v. 23, n. 2, p. 69–78, abr. 2015.
5. HOEVELMANN, J. et al. Detection and management of arrhythmias in peripartum cardiomyopathy. **Cardiovascular Diagnosis and Therapy**, v. 10, n. 2, p. 325–335, abr. 2020.
6. RAGHUVVEER G, White DA, Hayman LL, et al. Consequências cardiovasculares da exposição passiva ao fumo do tabaco na infância: evidências predominantes, carga e disparidades raciais e socioeconômicas: uma declaração científica da American Heart Association. **Circulação** 2016; 134:e336.
7. RANUCCI M, Ballotta A, Di Dedda U, et al. O padrão pró-coagulante de pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo de COVID-19. **J Thromb Haemost** 2020; 18:1747. Libhaber E, Sliwa K, Bachelier K, et al. Pressão arterial sistólica baixa e frequência cardíaca alta em repouso como preditores de desfecho em pacientes com cardiomiopatia peripartal. *Int J Cardiol* 2015; 190: 376–382.