



Arterite de Takayasu em Gestante: Relato de Caso

Takayasu Arteritis in Pregnancy: Case Report

Patrícia Resende Penido¹
Rhanna Junqueira Westin de Carvalho¹
Roger Willian Moraes Mendes²

1. Acadêmica do 6º ano de Medicina, Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT/MG).
2. Médico, especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Professor Assistente da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT). Itajubá/MG

Instituição: Hospital Escola de Itajubá.

Recebido em: outubro de 2015

Aceito em: novembro 2015

Correspondência:

Patrícia Resende Penido
Rua Rúbio Ferreira e Souza, 211. Belo Horizonte/MG
CEP:30.662-410
E-mail: penido.go@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Arterite de Takayasu (AT) consiste em uma vasculopatia de origem indefinida, sendo de caráter crônico, que afeta a aorta e seus ramos principais. Em gestantes é uma condição complexa, em que o tratamento clínico é realizado com restrições. A utilização de corticoides tem sido favorável no controle inflamatório, principalmente naqueles casos em que antes da gravidez se fazia uso de imunossupressores. **Casuística:** Foi relatado um caso de uma gestante portadora de AT, através da análise de prontuário e de exames complementares, sendo realizado o pré-natal pelas equipes de Obstetrícia e Reumatologia, onde foi realizado tratamento clínico com corticoides, mostrando uma evolução satisfatória, ocorrendo apenas uma hospitalização que foi seguida de uma cesárea na trigésima sexta semana de gravidez, com recém nato saudável de 3.810g. **Discussão:** A AT pode estar associada a várias etiologias, sendo a gênese pouco conhecida. O diagnóstico na maioria das vezes é demorado, pela dificuldade da suspeita clínica, além de demandar o uso de técnicas de imagem mais sofisticadas. A gestação associada é fenômeno raro, já que as portadoras são orientadas a evitarem a gravidez. O controle clínico permitiu uma gestação sem grandes complicações e serviu como meio para levar a gestação até praticamente o fim do terceiro trimestre. **Conclusão:** Deve-se ressaltar o papel do acompanhamento clínico, especialmente com esta pan-arterite, mostrando os medicamentos que podem ser utilizados nesse grupo, especialmente quando se usava imunossupressores antes da gravidez.

Palavras chave: Arterite de Takayasu, Gravidez, Vasculite.

ABSTRACT:

Introduction: Takayasu's arteritis (TA) consists of a vascular disease of unknown origin and chronic nature, which affects the aorta and its main branches. In pregnant women it is a complex condition, in which the clinical treatment is performed with restrictions. The use of corticosteroids has been favorable to control inflammation, especially in those cases when immunosuppressant had been used before pregnancy. **Case Report:** A case of a pregnant patient with TA has been reported through the analysis of medical records and laboratory tests. The Obstetrics and Rheumatology staff performed the prenatal care, and clinical treatment with corticosteroids was done showing a satisfactory outcome. There was only one hospitalization of the patient, which was followed by a cesarean in the thirty sixth week of pregnancy. The newborn was a healthy one, weighing 3.810g. **Discussion:** TA may be associated with several etiologies, and the genesis is little known. The diagnosis most often takes time due to the difficulty of clinical suspicion, and requires the use of more sophisticated imaging techniques. The pregnancy is rare phenomenon, since the carriers are advised to avoid pregnancy. The clinical management allowed a pregnancy without major complications and served as a means to carry the pregnancy to almost the end of the third quarter. **Conclusion:** The role of the clinical follow-up should be noticed especially with this pan-arteritis, showing the drugs that can be used in this group, especially when there is use of immunosuppressive drugs before pregnancy.

Keywords: Takayasu Arteritis, Pregnancy, Vasculitis.

INTRODUÇÃO

A Arterite de Takayasu (AT) consiste em uma vasculopatia de origem indefinida, sendo de caráter crônico, inflamatório, que afeta a aorta e seus ramos principais, podendo acometer as artérias coronárias e pulmonar.^{1,2} Afeta mais mulheres do que homens, numa proporção de 9:1, sendo geralmente jovens na faixa etária dos 15 aos 25 anos, tendo como principal complicação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). É uma doença relativamente rara e estima-se que a incidência anual seja de 2,6 casos por milhão de pessoas.³

No quadro típico, os achados clínicos são claudicação dos membros inferiores, dor no trajeto e ou sopro das artérias afetadas, como a aorta, subclávia, carótidas e renais. A ausência ou diminuição de pulsos, com diferença nos membros superiores na aferição da pressão arterial (PA) >10mmHg na sistólica é considerada uma peculiaridade da doença.¹ As complicações podem ser variáveis como HAS, Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência aórtica, insuficiência renal, claudicação intermitente ou Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).⁴

É classificada segundo o local anatômico (Tabela 1) e conforme as complicações (Tabela 2).

Tabela 1- Classificação da Arterite de Takayasu a partir do local anatômico da lesão.¹

Classificação	Local Anatômico
Tipo I	Lesões limitadas ao arco aórtico e seus ramos
Tipo II	Há envolvimento da aorta torácica descendente, aorta abdominal e seus ramos
Tipo III	Combinação dos tipos I e II
Tipo IV	Corresponde ao tipo I, II ou III associado a comprometimento da artéria pulmonar

Tabela 2 – Classificação da Arterite de Takayasu quanto às complicações.¹

Classificação	Complicações
Grupo I	Ausência de complicações
Grupo II	Somente uma complicação está presente: IIA- Presença de complicação leve IIB- Presença de complicação grave
Grupo III	Presença de duas ou mais complicações

*Complicações observadas: hipertensão arterial secundária, insuficiência aórtica, aneurisma e retinopatia.

Durante a gestação o tratamento clínico é realizado para os tipos I e IIA (Tabela 2) sendo feito a base de corticoterapia (Prednisona ou Deflazacort). O uso de imunossuppressores como o

Metotrexate é contra-indicado (Classe X), porém algumas pacientes já fazem uso deste medicamento antes da gravidez e ele precisa ser abandonado neste período.⁵

Apesar de não haver alteração do curso da doença durante a gestação, é importante atentar-se ao período próximo do parto, uma vez que ele pode ser seguido de crises hipertensivas, estenoses (dificultando o fluxo regional) e disfunção de múltiplos órgãos por presença de falência respiratória, cardiovascular, renal, hepática, hematológica ou neurológica.⁶

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de uma gestante portadora de AT, mostrando a terapêutica utilizada com desfecho satisfatório, assim como discutir sobre as possíveis opções clínicas admitidas e a via de parto a ser empregada.

CASUÍSTICA

O presente trabalho só teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá (CEP/FMIT).

Paciente do sexo feminino, 38 anos, com diagnóstico de AT tipo IIa (tabela 2) há um ano, mostrando sinais de arterite com acometimento do tronco braquiocéfálico, artérias carótida, subclávia, e axilar à direita e estenose moderada em toda a extensão da artéria carótida comum direita na angiotomografia.

G2 P2 A0, sendo os dois últimos partos normais, chegou à consulta de pré-natal com cinco semanas e quatro dias de gestação pela data da última menstruação (DUM) e em uso de Prednisona 10mg/dia, Metotrexate 15mg/semana e ácido fólico 5mg/semana.

Retirado o Metotrexate, mantivemos o uso da Prednisona 10mg/dia e do ácido fólico. Na sexta semana de gestação, queixava-se de cefaleia, cervicalgia, ansiedade e cólicas em baixo ventre. Referia metrorragia leve há três dias, sendo recomendado um ultrassom transvaginal de urgência que identificou embrião viável com presença de Batimentos Córdiofetais (BCF) e idade gestacional (IG) de seis semanas e três dias. Ficou prescrito apenas Paracetamol

500mg (até dois comprimidos de 6/6horas) para a cefaleia, com as demais medicações mantidas.

Na 10^a semana gestacional, continuava com a Prednisona 10mg/dia, Paracetamol 500mg se necessário, Bromoprida 10mg de 8/8h se náusea ou vômito, Butilbrometo de escopolamina 10mg associado à Paracetamol 500 mg se cólicas e ácido fólico 5mg/dia. Queixava-se de dispneia aos moderados esforços e dores osteomusculares episódicas, com pressão arterial em níveis de 120x80mmHg. Mantidas as medicações, foi solicitado hemograma, VHS, PCR e Alfa 1-glicoproteína ácida, para avaliar a progressão da arterite.

Na 13^a semana, realizou USTV que revelou movimentos fetais e BCF presentes, translucência nucal de 2 mm, colo com 3,5 cm e placenta grau 0 (zero). A pressão arterial se manteve em 120x80mmHg, com altura uterina de 13 cm. Em uso de Deflazacort 12mg/dia, conforme orientado pelo reumatologista e adicionado o Natele®.

Na 17^a semana apresentava dores em baixo ventre que se aliviavam com o uso de Buscopan®. Foi solicitado ultrassom morfológico para ser realizado após algumas semanas.

Ao completar a 21^a semana, em nova consulta com reumatologista, a paciente referia que há duas semanas cursava com dores difusas, vertebraalgias, cefaleia, astenia, fadiga, dispneia, sono não reparador, parestesias de mãos esquerda e direita, ansiedade e problemas familiares. Ao exame físico, a pressão arterial se manteve em 120x80 mmHg. A medicação foi mantida, sendo adicionado Cloridrato de Ciclobenzaprina 10mg à noite.

Na 24^a semana gestacional, ainda queixava-se de parestesias em membros superiores, principalmente à noite. Negava melhora do sono, porém as dores difusas haviam melhorado parcialmente. A conduta foi aumentar a dose de Deflazacort para 18 mg/dia e manter as demais medicações.

Foram realizadas 12 consultas pré-natais no decorrer da gestação, permanecendo bem controlada clinicamente com alterações nos exames laboratoriais de PCR e sem comprometimento do VHS. Na última consulta pré-natal, encontrava-se com IG de 36 semanas, altura uterina de 34 cm, BCF de 140/bpm e níveis pressóricos de 140x80 mmHg. Foi orientada a aferição diária da pressão arterial e a consultas semanais.

Com 36 semanas e cinco dias pela DUM e 37 semanas pelo ultrassom, foi admitida no hospital com quadro de enxaqueca, e dentro da instituição, apresentou um episódio de crise convulsiva provavelmente devido a um quadro de hipoglicemia. Estava com glicemia capilar de 60mg/dL, temperatura de 35,7°C, frequência cardíaca de 120/bpm, com 24 incursões respiratórias por minuto e pressão arterial de 120x80 mmHg. Conduzida para a sala de urgência, foi prescrito cateter de oxigênio tipo óculos.

Encaminhada à equipe de Obstetrícia, não apresentava dinâmica uterina e estava com 36cm de altura uterina, BCF de 144/bpm, dilatação do colo de dois centímetros com apagamento grosso em posição central, apresentação cefálica, alta e membranas íntegras.

Optou-se pela resolução da gestação, com parto cesáreo, ocorrendo sem intercorrências. Foi usada a raquianestesia e administrado oxigênio à 2L/min em cateter nasal tipo óculos. A pressão arterial se manteve em 110x60 mmHg, com FC de 92/bpm e SaO₂ de 100%. Após consentimento da paciente foi realizada laqueadura tubária bilateral.

O recém-nascido recebeu APGAR 8/9, pesando 3.810g, com IG pelo Índice de Capurro de 37 semanas e quatro dias. Vinte minutos após o parto, a paciente encontrava-se calma, comunicativa e orientada. A pressão arterial se manteve em 110x60 mmHg e recebeu alta do centro cirúrgico, retornando ao leito em bom estado geral,

ficando em alojamento conjunto e recebendo alta hospitalar dois dias após o parto sem apresentar queixas.

DISCUSSÃO

Na AT, a hipertensão arterial se desenvolve em mais de 50% dos pacientes em consequência da estenose das artérias renais ou da redução da elasticidade da aorta e seus ramos.⁷ Neste relato, o maior nível pressórico foi de 140x80mmHg, ocasião em que foi orientada a aferir a pressão rotineiramente, mas que depois não demonstrou nenhum pico hipertensivo, mesmo no parto precedido por uma crise convulsiva. A literatura demonstra que cerca de 30 a 60% das pacientes passam por exacerbação da hipertensão crônica ou pré-eclâmpsia.⁵ No caso, não houve exacerbação, pois, a paciente não era hipertensa prévia e a pré-eclâmpsia também não foi diagnosticada.

Descrita pela primeira vez em 1908 por dois oftalmologistas japoneses, Takayasu e Onishi, a AT revelava a presença de retinopatia e ausência de pulsos periféricos em suas pacientes.⁵ A paciente do caso mostrava palidez cutânea ao elevar o membro superior direito, evidenciando alteração na circulação periférica.

A sua etiologia ainda não é definida, mas estudos mostram que pode estar relacionada à autoimunidade, aos hormônios sexuais e à genética.⁶

A paciente do relato era portadora de AT tipo IIa (presença de complicação leve). Considera-se que para os grupos I e IIA há uma sobrevida de 100% em 10 anos e para os grupos IIB e III de 74,2% (Tabela 2).^{8,9}

A AT pode apresentar inúmeros sinais e sintomas, porém há um grande intervalo entre o início dos sintomas até o diagnóstico definitivo da doença (entre 20 e 40 anos).⁹ Todavia das primeiras manifestações até o diagnóstico passaram-se sete anos de investigação, um pouco menos que o relatado na literatura. Com o decorrer

do tempo o acometimento vascular domina o quadro clínico, como a palidez já descrita do membro superior direito.¹⁰

Em estudos recentes foram propostos alguns marcadores sorológicos para confirmar o diagnóstico, porém, sem sucesso. O VHS aumentado, apesar de inespecífico, mostrou-se com grande sensibilidade para acompanhar a progressão inflamatória desta doença.

Os exames radiológicos são essenciais para confirmar o diagnóstico. A angiografia da aorta e seus principais ramos é considerada padrão ouro, porém ainda não há qualquer exame capaz de diferenciar quando a doença está em atividade ou remissão. Outro problema é que, em gestantes, a angiografia representa alto risco devido a grande emissão de radiação, assim, a angiorressonância é considerada melhor opção diagnóstica.² Como a paciente do caso já tinha o diagnóstico antes da gravidez, não houve dificuldade quanto aos exames de imagem.

Não ocorreram sinais de sofrimento fetal ou crescimento intrauterino restrito, devido ao uso da Prednisona no primeiro trimestre da gestação, que poderia levar também ao aparecimento de lábio leporino. Sobre o uso do metotrexate até a quinta semana de gravidez, não foram observadas malformações evolutivas do SNC, alterações esqueléticas, e, em longo prazo, retardo mental.⁵

Durante a gravidez o tratamento clínico realizado foi como preconizado para os tipos I e IIA, sendo feito a base de corticoterapia (Prednisona² e Deflazacort) e Paracetamol na dose de 500mg quando necessário. Mesmo suspenso o Metotrexate, que não é indicado na gravidez, não foram observadas alterações no curso da doença, como exemplo, aumento da atividade inflamatória.⁵

É válido lembrar ainda que a evolução satisfatória tem sido notada, como exemplo, num estudo entre cinco gestações de pacientes com Arterite de Takayasu,

todas tiveram progressão favorável, com apenas uma paciente apresentando exacerbação dos sintomas durante a gravidez.¹¹

Para monitorizar a atividade da doença e a resposta ao tratamento, foram obtidas duas dosagens da Velocidade de Hemossedimentação (VHS) durante a gestação, que vieram com valores acima do valor de referência. Apesar de inespecífico, o VHS tem alta sensibilidade,³ porém, mesmo mantendo valores elevados, a atividade inflamatória da doença na gestação foi mantida sob controle, como demonstrado na falta de progressão da doença nesse período.⁵ Também notou-se alteração da Proteína C Reativa (PCR) que após o parto foi normalizada, assim como os valores de VHS.

Discordando da literatura, não foram notadas piora da isquemia com quadro de claudicação, diminuição ou ausência de pulso, sopro, dor sobre grandes vasos ou assimetria de pressão arterial, em contrapartida ao aumento do VHS.^{11,12}

No caso descrito, a paciente manteve os níveis pressóricos variando de 110x70 a 140x80 mmHg, não sendo necessário o uso de drogas anti-hipertensivas. Na gestação, a hipertensão arterial geralmente está presente no diagnóstico da AT, mostrando relação direta com as complicações maternas como insuficiência cardíaca e renal além da pré-eclâmpsia, o que não ocorreu no caso descrito.

O parto cesáreo é recomendado se houver comprometimento tóraco-abdominal da aorta e seus ramos, ou se aparecerem complicações. No presente caso a cesárea foi indicada, pois a paciente encontrava-se em crise convulsiva que poderia trazer riscos materno-fetais.

O tipo de anestesia é controverso, sendo a anestesia regional feita sob risco de hipotensão arterial com necessidade do uso de vasopressor. Assim sendo, os níveis pressóricos devem ser avaliados com

frequência, principalmente na segunda fase do trabalho de parto.¹⁶ A raqui-anestesia foi realizada por escolha da equipe de Anestesiologia do Hospital Escola de Itajubá perante uma avaliação prévia e sem nenhuma intercorrência, com níveis de pressão normais durante o procedimento que foi realizado com sucesso.

Entretanto, o número de cesáreas, prematuros ou morte neonatal não é aumentado pela doença de Takayasu. Durante o parto, há aumento do risco de mortalidade materna devido à ruptura de aneurismas, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. A taxa de mortalidade materna pode chegar a 4,8%.

Mulheres com AT que desejam engravidar devem ser esclarecidas a respeito das complicações, principalmente àquelas

hipertensas ou com insuficiência cardíaca, além dos riscos fetais como aborto, baixo peso ao nascer ou morte neonatal.²

CONCLUSÃO

A Arterite de Takayasu é uma doença que pode ser potencialmente grave durante o decorrer da gestação com uma mortalidade materna de 4% a 5%, porém, nesse caso relatado, teve evolução satisfatória sem progressão da inflamação da arterite e com controle rigoroso da pressão arterial. O tratamento a base de corticoides, não descarta a possibilidade de um profissional intervir no momento certo determinando uma melhor evolução e segurança tanto para a mãe quanto para a criança.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho ES, Sato EI. Arterite de Takayasu. In: Sato EI, Coord. Guia de reumatologia. Barueri/SP: Manole; 2004. p.207-14.
2. Ximenes MSV, Oliveira SF, Machado AV, Corrêa MD, Couto JCF. Arterite de Takayasu e gestação: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000;22(2):113-6.
3. Castro RRT, Netto LS, Netto M, Micmacher E. Arterite de Takayasu e gravidez. Rev Bras Saude Mater Infant. 2002;2(3):217-21.
4. Lucena AJG, Carvalho AC, Souza JAM, Moron AF, Sun SY, Born D. Gestação em portadora de arterite de Takayasu. Arq Bras Cardiol. 2008;90(5):e34-6.
5. Matsumura A, Moriwaki R, Numano F. Pregnancy in Takayasu arteritis from the view of internal medicine. Heart Vessels. 1992;7:120-4.
6. Leal PC, Silveira FFM, Sadatsune EJ, Clivatti J, Yamashita AM. Arterite de Takayasu na gestação: relato de caso e revisão de literatura. Rev Bras Anesthesiol. 2011;61(4):479-85.
7. Borelli FAO, Gonzaga C, Lotaif L, Cordeiro A, Sousa MG, Passarelli Jr. O, et al. Arterite de Takayasu – Conhecer para diagnosticar. Rev Bras Hipertens. 2009;16(4):254-7.
8. La Luna y, Olsen E, Pichardo Villilán G, Garcia Alonso A, Niz Ramos J. Síndrome de Takayasu y embarazo. Rev Med IMSS. 1982;20:387-93.
9. Bassa A, Desai DK, Moodley J. Takayasu's disease and pregnancy. S Afr Med J. 1995;85:107-12.
10. Hall S, Barr W, Lie JT, Stanson AW, Kazmier FJ, Hunder GG. Takayasu arteritis: a study of 32 North American patients. Medicine. 1985;64(2):89-99.
11. Souza AWS, Neves RMS, Oliveira KR, Sato EI. Tratamento da Arterite de Takayasu: artigo de revisão. Rev Bras Reumatol. 2006;46(1):2-7.
12. Panico MDB, Spichler ES, Rodrigues LCD, Oliveira F, Buchatsky D, Porto C, et al. Arterite de Takayasu: aspectos clínicos e terapêuticos em 36 pacientes: artigo original. J Vasc Bras. 2008;7(2):123-30.

Correspondência: Patrícia Resende Penido. Rua Rúbio Ferreira e Souza, 211. Belo Horizonte/MG
CEP:30662-410. Email: penido.go@gmail.com Tel.: (35) 3629-8700