

RELATO DE CASO

Conduta em gestação de alto risco cursando com TVP

High risk gestational behavior in DVT

**Bruno de Mattos Freire¹ Stella Maria Mendes Affonso¹ Luiz Armando
Teixeira²**

¹ Acadêmicos do 6º ano da Faculdade de Medicina de Itajubá

² Preceptor da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de
Medicina de Itajubá

Contato:

Bruno Freire

brunodibob@hotmail.com

Conduta em gestação de alto risco cursando com TVP: Relato de Caso

Resumo

A Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma patologia grave que altera os fatores de coagulação, com risco aumentado em gestantes, e pode eventualmente culminar em Tromboembolismo Pulmonar (TEP) com elevada taxa de morbimortalidade do paciente. O tratamento geralmente é feito com a utilização de anticoagulantes, porém o uso do mesmo só pode ser restabelecido algum tempo após um procedimento cirúrgico quando a hemostasia já está assegurada, fato este que põe em risco uma puérpera com elevado risco de eventos tromboembólicos. Relata-se o caso clínico de uma paciente com TVP também cursada com anemia fetal devido a Doença Hemolítica Perinatal (DHP) corretamente diagnosticada e acompanhada, no qual a colocação de um filtro de veia cava foi aventada como terapêutica a fim de obter-se um prognóstico favorável para mãe e o feto, sendo este um procedimento ainda não estabelecido em gestantes e puérperas. As condutas debatidas pelos médicos assistentes corroboram com dados da literatura a respeito da estratégia a ser tomada diante de tal situação clínica em não gestantes, o que deixa claro a necessidade de ampliação da literatura especializada no manejo de gestantes e puérperas com esse quadro clínico.

Palavras chave: Trombose Venosa, Embolia Pulmonar, Veia Cava.

High risk gestational behavior in DVT: Case Report

Abstract:

Deep vein thrombosis (DVT) is a serious pathology that alters coagulation factors, with increased risk in pregnant women, and may eventually lead to pulmonary thromboembolism (PTE) with a high morbimortality rate. The treatment is usually done with the use of anticoagulants, but the use of it can only be restored some time after a surgical procedure when hemostasis is already assured, a fact that puts at risk a puerpera with a high risk of thromboembolic

events. The clinical case of a DVT patient with fetal anemia due to correctly diagnosed and accompanied Perinatal Hemolytic Disease (DHP) is described, in which the placement of a vena cava filter was proposed as therapy in order to obtain a favorable prognosis for mother and fetus, being a questionable procedure in pregnant and puerperal women. The behaviors discussed by the attending physicians corroborate with literature data regarding the strategy to be taken in view of such clinical situation in non pregnant women, which makes clear the need to expand the literature specialized in the management of pregnant women and puerperal women with this clinical picture.

Key Words: Venous Thrombosis, Pulmonary Embolism, Vena Cava

Introdução

O Tromboembolismo Venoso (TEV), o qual compreende a Trombose Venosa Profunda (TVP) e a Embolia Pulmonar (EP), é uma importante causa de morbimortalidade na população.¹

A gravidez aumenta significativamente o risco de TEV e pode ser acompanhada por Complicações Vasculares Placentárias (CVPs), como pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, Descolamento Prematuro Placentário (DPP), morte fetal intrauterina e perda de gravidez.²

A prevalência do TEV é de 0,5 a 2,2 casos para cada 1.000 partos, dependendo da população estudada.³ No Brasil, não há dados oficiais sobre a mortalidade materna por TEV.⁴

A Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) é o tratamento de escolha e tem como recomendação doses diárias nas pacientes não-grávidas. Nas pacientes grávidas, porém, há um maior ritmo de filtração glomerular e, conseqüentemente, uma diminuição da meia-vida da heparina, o que faz com que a recomendação passe a ser o fracionamento de doses com duas aplicações diárias calculadas pelo peso da paciente.^{5,6}

O emprego de outros métodos para tratamento de casos agudos de tromboembolismo venoso é dificultado pela falta de estudos a respeito destes métodos em gestantes. Os filtros de veia cava têm sua principal indicação em casos confirmados de tromboembolismos maciços ou embolia pulmonar.

Quanto a doença hemolítica perinatal, engloba o grupo de patologias decorrentes da destruição dos eritrócitos do feto e/ou recém-nascido, podendo causar anemia fetal em diferentes níveis. A exposição materna ocorre quando há hemorragia feto-materna cujo risco está aumentado nas situações de placenta prévia, aborto espontâneo ou provocado, gravidez ectópica, traumatismo abdominal, amniocentese e cordocentese.⁷

O objetivo deste trabalho foi relatar o caso de conduta numa gestação com TVP em que, apesar do favorável desfecho deste caso com a utilização de HBPM, há controvérsias sobre seu uso frente a possibilidade de realização de outros métodos terapêuticos como o uso do filtro de veia cava. Este estudo foi documentado a partir da análise de prontuários e de exames complementares. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (Plataforma Brasil) com o Número do Parecer: 3.061.379.

Descrição do caso:

ACP, feminina, branca, gestante, dona de casa, 37 anos, natural da zona rural de Itajubá (MG). Paciente portadora de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, e varizes de longa data. Negou tabagismo, histórico de coagulopatia, cardiopatia e transfusão sanguínea prévias. Tipagem sanguínea A negativo e marido B positivo.

De histórico obstétrico a paciente possui duas filhas vivas, hígdas de um primeiro casamento, com tipagem sanguínea do ex-marido desconhecida. Posteriormente teve um histórico de aborto incompleto com 22 semanas de gestação, sendo realizada curetagem uterina e utilizada imunoglobulina anti-RH em 2002, quando não havia sido sensibilizada; em 2005 teve parto normal de óbito fetal com 23 semanas devido a ascite fetal e um coombs direto de 1/64; e em 2008 teve um parto transvaginal de recém-nascido masculino de 40 semanas que cursou com TVP.

Gestante G6Pn4A1 deu entrada na maternidade do Hospital de Clínicas de Itajubá (HCI) no segundo semestre de 2018 com Idade Gestacional (IG) de 27 semanas e 3 dias, sendo internada no mesmo dia queixando-se de dor em membro inferior esquerdo (MIE) associado a edema e piora do desconforto

respiratório há 10 dias. Ao exame físico sinal de Homans e da bandeira positivos, edema de membros inferiores (MMII) principalmente a esquerda, escore de Wells de 5 pontos e ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Realizado Doppler de MMII evidenciando TVP em MIE, sendo iniciado 80mg de enoxaparina de 12/12 horas. Coombs indireto (CI) de abril de 2018 estava de 1/4036 e quando repetido em 21/08/18 de 1/128, realizado dopplervelocimetria: PVS-ACM de 37,43 cm/s sendo compatível com anemia leve. Teve alta hospitalar e instruída a manter enoxaparina até o fim da gestação, além de acompanhamento no ambulatório de alto risco do HCl.

Após 3 dias da alta foi internada novamente com IG de 28 semanas e 5 dias queixando-se de dispneia com suspeita de TEP e um CI de 1/128, porém com bom padrão da artéria cerebral média ao doppler fetal. Foi solicitada avaliação da clínica médica que sugeriu o uso de enoxaparina com dose de 100mg de 12/12 horas evoluindo com melhora do quadro e uso dexametasona de 12/12 horas por dois dias. Foi realizado um ecocardiograma no dia 29/08/18 evidenciando um fluxo compatível com regurgitação tricúspide e hipertensão arterial pulmonar leve. Recebeu alta com orientações de realização de doppler e acompanhamento no ambulatório de alto risco semanalmente, assim como realização de cardiotocografia a cada dois dias, uso de meias compressivas e acompanhamento em ambulatório de cirurgia vascular.

Dia 10/09/18 com IG de 31 semanas foi internada pela terceira vez por uma acentuada anemia fetal verificada ao US doppler e teve então a gravidez interrompida com a realização de cesariana. Ao nascimento feto único prematuro, vivo, masculino encaminhado a unidade de terapia intensiva. Paciente após 48h se encontrava em bom estado geral e teve alta sendo orientada a manter enoxaparina e sintomáticos. Foi aventada a colocação de um filtro de veia cava inferior no puerpério imediato durante o acompanhamento no ambulatório de cirurgia vascular, sendo este o período de maior risco para eventos tromboembólicos, entretanto optado pelo tratamento medicamentoso pela falta de embasamento científico neste grupo específico.

Discussão:

De acordo com Kujovich *et al*⁸ mulheres grávidas apresentam 5 vezes mais risco de desenvolver trombose venosa profunda (TVP) do que mulheres não grávidas. Esse fato está relacionado com o estado de hipercoagulabilidade apresentado pelas gestantes.⁹

Segundo James *et al*¹⁰ a frequência de trombose é similar nos 3 semestres da gravidez e se eleva ainda mais nas 6 semanas pós-parto. Jacobsen *et al*¹¹ descreveu que fatores independentes como idade materna acima de 35 anos, gestantes múltiparas e obesidade aumentam o risco de TVP. A paciente do presente relato apresentava alguns dos fatores de risco supracitados como idade superior a 35 anos, ser gestante múltipara, além de apresentar diabetes e ter história pregressa de varizes bilaterais de MMII.

Sobre o tratamento prescrito para a gestante, no início foi utilizado a enoxaparina 80 mg de 12/12 horas como trombopprofilaxia. Este tratamento ratifica a conduta realizada por Bates *et al*¹², que indica o tratamento com HBPM como o mais adequado para gestante com suspeita de TVP.

No presente relato, houve uma suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) na gestante, sendo solicitado ecocardiograma da paciente e elevado a dose de enoxaparina para 100 mg em 12/12 horas. O diagnóstico de TEP em grávidas é complexo, devido ao fato de exames como o D-dímero apresentarem uma baixa especificidade e um alto número de falsos positivos. Entretanto, conforme Winer *et al*¹³, exames como a angiotomografia oferecem baixo risco ao feto e deveriam ser escolhidos ao invés do ecocardiograma.

A eritroblastose fetal também foi diagnosticada. Como a mãe já havia sido sensibilizada produzindo anticorpos anti IgM previamente, em sua atual gestação produziu anticorpos anti IgG que atravessam a barreira placentária e destroem os eritrócitos do feto, fato confirmado pelo exame CI. De acordo com Moise *et al*¹⁴, após o resultado positivo do teste de CI é necessário realizar a dopplervelocimetria da artéria cerebral média para avaliar o fluxo arterial, o que foi devidamente realizado.

No presente relato foi discutido a realização de um procedimento pouco habitual, mas que nos últimos 5 anos tem despertado a atenção dos especialistas, a colocação do filtro de veia cava inferior.¹⁵ Esse filtro já é utilizado

em pacientes que possuem um alto risco de TEP e que não aderem adequadamente a terapia anticoagulante.¹⁶

Segundo Villasanta *et al*¹⁷, gestantes apresentam naturalmente um risco maior de desenvolver TEP do que a população geral, sendo o período puerperal de extremo risco para o aparecimento de TEP. Um dos poucos estudos multicêntricos realizado por Decousus *et al*¹⁸ na Europa denominado Prevenção de Risco para Tromboembolismo Pulmonar por meio do Filtro de Veia Cava (PREPIC) demonstrou que os grupos de pacientes não gestantes que receberam o filtro de veia cava associado à terapia anticoagulante apresentaram uma sintomatologia reduzida e uma menor taxa de desenvolvimento de TEP nos primeiros 12 dias pós-procedimento quando comparados ao grupo controle.¹⁹

Neste relato a paciente teve como terapêutica o uso medicamentoso de HBPM, sendo sua utilização controversa em relação a sua segurança durante as gestações, principalmente em terceiros trimestres. Riscos como hemorragia, eventual passagem pela barreira placentária, e até o questionamento sobre sua eficácia no puerpério imediato são discutidos. O filtro de veia cava como terapêutica para esse grupo de risco poderia trazer favoráveis prognósticos.

Conclusão:

Diante do exposto, nota-se que o filtro de veia cava pode tornar-se uma opção mais segura no tratamento de gestantes e puérperas com TVP, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos multicêntricos com essas pacientes acometidas pela patologia, para então estabelecer-se uma unificação terapêutica para tais casos. Dessa forma, mais relatos de casos são necessários para avariar e, conseqüentemente, estimular o desenvolvimento de novos protocolos clínicos, como também foi destacada a importância de um correto acompanhamento no ambulatório de alto risco, a fim de trazer uma redução na morbimortalidade materno fetal.

Referências:

1. Galego GN, Silveira PG, Franklin RN, Bortoluzzi CT, Eli ES, Broering JJ. Tratamento da trombose venosa profunda aguda com rivaroxabana. *Arq Catarin Med J*. 2017; 46(1): 68-79.
2. Chauleur C, Gris JC, Laporte S, Chapelle C, Bertolotti L, et al. Benefit of Risk Score Oriented Prophylaxis in Pregnant Women at Risk of Thrombotic Events: A Before and After Controlled Implementation Study. *Thromb Haemost J*. 2018; 118(09): 1564-71.
3. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med J*. 2005; 143(10): 697-706.
4. Greer IA, Nelson PC. Low-molecular-weight heparins for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a systematic review of safety and efficacy. *Blood J*. 2005; 106(2): 401-7.
5. Ros HS, Lichtenstein P, Bellocco R, Petersson G, Cnattingius S. Pulmonary embolism and stroke in relation to pregnancy: How can high-risk women be identified? *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186(2):198-203.
6. Oliveira AL, Marques MA. Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação. *J Vasc Bras*. 2016; 15(4): 293-301.
7. Baptista M, Nabais I, Carvalhosa G, Palaré MJ, Matono J et al. Consenso Clínico “Doença Hemolítica do Feto e Recém-nascido”. Grupo de Consensos em Neonatologia - Secção de Neonatologia da SPP [artigo da Internet]. [Acesso 2018 out 10]. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-D_Hemolitica.pdf
8. Kujovich JL. Hormones and pregnancy: thromboembolic risks for women. *BR J Haematol*. 2004; 126: 443-445.
9. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL et al. Venous Thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *BJOG*. 2001; 108: 56-60.
10. James AH, Tapson VF, Goldberg SZ. Thrombosis during pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193: 216-219.
11. Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandest PM. Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium: a register based case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198: 233-5.

12. Bates SM, Middeldorp S, Rodger M. Guidance for the treatment and prevention of obstetric associated venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016; 41: 92-128.
13. Winer HT, Boone JM, Brown HL, Jennings SG, Mabie WC, Lombardo GT. Pulmonary embolism in pregnant patients: fetal radiation dose with helical CT. *Radiology J*. 2002; 224(2): 487-492.
14. Moise KJ, Argoti PS. Management and prevention of red cell alloimmunization in pregnancy: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2012; 120: 1132-1139.
15. Angel LF, Tapson V, Galgon RE, Restrepo MI, Kaufman J. Systematic review of the use of retrievable inferior vena cava filters. *J Vasc Interv Radiol*. 2011; 22(11):1522-53.
16. Kaufman JA, Rundback JH, Kee ST, et al. Development of a research agenda for inferior vena cava filters: proceedings from a multidisciplinary research consensus panel. *J Vasc Interv Radiol*. 2009; 20(6): 697-707.
17. Villasanta U. Thromboembolic disease in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1965; 93:142-160.
18. Decousus H, Leizorovicz A, Parent F, et al. A clinical trial of vena caval filters in the prevention of pulmonary embolism in patients with proximal deep-vein thrombosis: prévention du risque d'embolie pulmonaire par interruption cave study group. *N Engl J Med*. 1998; 338(7): 409-15.
19. PREPIC Study Group. Eight-year follow-up of patients with permanent vena cava filters in the prevention of pulmonary embolism: the PREPIC (Prevention du Risque d'Embolie Pulmonaire par Interruption Cave) randomized study. *Circulation J*. 2005; 112(3): 416-22.