



TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FETAL DURANTE O TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

Fetal supraventricular tachycardia during third quarter pregnancy: a case report

Flavia de Souza Reis¹, Attílio Brisighelli Neto², Dayane Karina Lau do Prado³, Aline Miguel Reis⁴,
Monise Taquett de Carvalho⁵, Márjorie Anção Oliveira Piedade⁶

¹⁻⁴Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF) - Bragança Paulista, SP – Brasil. ^{5,6}Curso de Graduação em Medicina – HUSF – Bragança Paulista, SP – Brasil.

Resumo

Introdução: As taquiarritmias fetais são eventos raros durante a gestação, sendo a taquicardia supraventricular a mais prevalente. O diagnóstico é realizado por exames de imagem, sendo o de escolha a ecocardiografia fetal com Doppler. O tratamento de escolha para reversão intrauterina é a digoxina por via oral, podendo ou não ser associada a outros antiarrítmicos. Tanto o diagnóstico quanto o tratamento devem ser precoces para evitar complicações fetais, tais como hidropsia. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente gestante, atendida no Hospital São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado na cidade de Bragança Paulista - SP. **Relato do Caso:** Tratou-se de uma paciente secundigesta, sem comorbidades, cujo feto apresentou taquiarritmia supraventricular, revertida com digoxina e mantida com sotalol até o final da gestação, que foi a termo e sem complicações perinatais. **Conclusão:** Este relato de caso contribui para o manejo de novos casos, e ressalta a importância do diagnóstico intrauterino e tratamento oportuno das arritmias fetais para um melhor prognóstico, reduzindo a morbimortalidade e as complicações.

Palavras-chave: Arritmias Cardíacas, Coração Fetal, Monitorização Fetal, Frequência Cardíaca Fetal, Desenvolvimento Fetal.

Introdução

O ritmo cardíaco fetal é o estabelecimento da relação entre as contrações atrial e ventricular, sabendo-se que o normal é uma Frequência Cardíaca Fetal (FCF) entre 110 e 180 batimentos por minuto (BPM) (MOODLEY et al., 2013). É habitualmente monitorada durante a gestação, sendo um indicador de bem-estar fetal (MAGALHÃES et al., 2016). A cada 100 gestações, 1 a 2 casos de arritmias fetais são diagnosticados. A maioria é descoberta durante a realização de ultrassom de rotina para avaliação da vitalidade fetal durante o terceiro trimestre de gravidez (COSTA; RAMALHO, 2017). Distúrbios do ritmo cardíaco podem comprometer significativamente a evolução da gestação e, por isso, devem ser identificados e tratados, quando necessário. Algumas arritmias fetais não necessitam de tratamento. No entanto, outras correspondem à emergência em cardiologia fetal, necessitando de rápido diagnóstico e introdução da terapêutica.

Arritmias fetais são casos de indicação frequente de ecocardiogramas fetais. Muitas vezes, estas são extra-sístoles isoladas, entretanto, a taquicardia fetal definida como um ritmo ventricular superior a 180 bpm, representa a causa patológica mais comum de arritmia fetal (MATTA; CUNEO, 2010). A taquicardia fetal pode ser dividida em três categorias: taquicardia sinusal, taquicardia supraventricular (SVT) e fibrilação atrial. A taquicardia sinusal, é a mais comum, atingindo 70 a 75% dos casos, a frequência cardíaca fetal pode variar de 160 a 200 bpm, sendo causada por vários fatores,



tais como elevados níveis de tiroxina materna, febre, anemia fetal ou o uso de medicamentos pela mãe que interfiram com a frequência cardíaca, devendo sua causa ser pesquisada e tratada para a resolução da arritmia. A taquicardia ventricular é a mais rara, sendo associada a patologias como síndrome do QT longo, tumores cardíacos, aneurisma ventricular ou endocardite. Com relação à fibrilação atrial, segunda mais comum, atingindo em torno de 30% dos casos, a frequência cardíaca fetal pode variar de 300 a 500 bpm, normalmente com condução ventricular 2:1 (VILA-VIVES et al., 2012).

O manejo da taquicardia fetal depende da idade gestacional na apresentação, grau de comprometimento do feto, ou outros fatores de risco, como condição clínica da mãe e do potencial risco materno para o tratamento do feto.² Com base nessas informações, o propósito deste estudo é relatar o caso de uma paciente que obteve desfecho favorável após reversão da taquicardia com medicação digoxina e sotalol. Entende-se que a descrição do caso fornecerá à comunidade médica informações relacionadas especialmente à conduta a ser seguida, que poderão ser utilizadas na vigência de um novo caso de Taquicardia Fetal.

Objetivo

Relatar o caso de uma paciente com gestação única que evoluiu com taquicardia fetal no 3º trimestre de gestação, durante seu período de internação, parto e puerpério imediato.

Método

Trata-se de um relato de caso de natureza observacional, retrospectivo e descritivo. A pesquisa foi realizada mediante a análise do prontuário da paciente gestante, atendida no Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado na cidade de Bragança Paulista – SP. A paciente assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando o relato do seu caso. Não foi divulgada nenhuma informação que pudesse identificar o sujeito.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (USF), de Bragança Paulista – SP, e aprovado segundo parecer consubstanciado número 3.034.466, visto ter obedecido as diretrizes previstas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os aspectos legais e éticos relacionados às pesquisas que envolvem seres humanos. O prontuário só foi analisado após concessão do termo de aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USF.

Relato de Caso

V.A.L.K, 37 anos, secundigesta, com gestação atual única de 32 semanas e 3 dias, foi atendida no pronto-atendimento do HUSF em maio de 2018, devido a Frequência cardíaca fetal (FCF) de 220 batimentos por minuto (bpm), verificada durante a realização de ecocardiografia fetal, em rotina de pré-natal, por conta da idade materna avançada. Na admissão, paciente encontrava-se assintomática, negava comorbidades, com pressão arterial de 130 x 70 mmHg, pulso de 84 bpm, afebril, altura uterina de 32 cm e dinâmica uterina ausente. A cardiocardiografia (Figura 1) encontrava-se com Frequência Cardíaca Basal (FCB) de 220 bpm, diagnosticada como taquiarritmia sinusal sustentada.

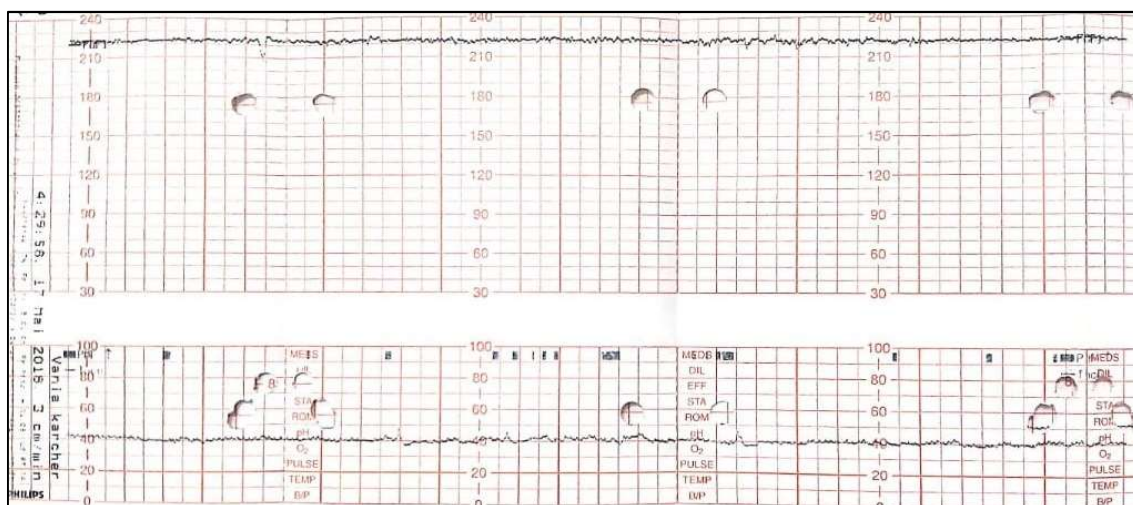


Figura 1: Traçado cardiotocográfico mostrando FCB de 220 bpm, diagnosticada como taquiarritmia sinusal sustentada.

Fonte: Dados obtidos pelos autores.

Ao ultrassom obstétrico do terceiro trimestre notou-se feto único, cefálico, com movimentação fetal presente, peso de 1668 g e Índice de Líquido Amniótico (ILA) de 11,2 cm, sem sinais de insuficiência cardíaca. Apresentava frequência atrial de 452 bpm e ventricular de 226 bpm (2:1), com derrame pericárdico discreto apenas.

Realizada a internação hospitalar em leito de UTI para monitorização materna e fetal devido à tentativa de reversão da taquiarritmia fetal através do uso de digoxina (0,25mg, via oral, 2 comprimidos de 8/8 horas), e também corticoterapia. Após controle rigoroso da vitalidade fetal, de uma em uma hora, observou-se uma redução da FCB variando de 130 a 145 bpm.

No dia seguinte, a cardiotocografia revelou uma FCB de 120 bpm, categoria 1, sendo então reduzida a dose de digoxina (0,25 mg, via oral, 1 comprimido de 8/8 horas), e realizada também a segunda dose de corticoterapia. No terceiro dia a cardiotocografia fetal manteve-se sem alterações (Figura 2), e por isso a paciente teve alta da UTI após confirmação da reversão, com posterior introdução de sotalol 80mg, via oral, 12/12h.

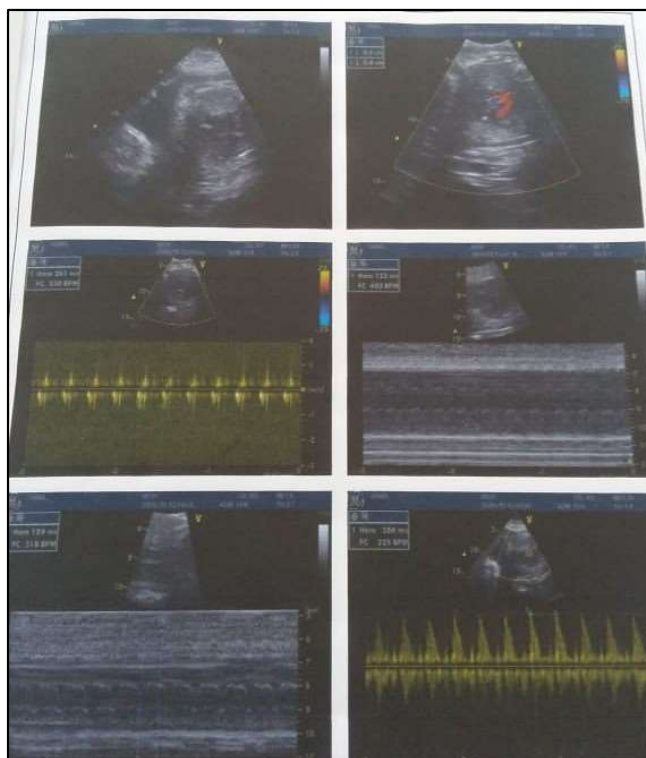


Figura 2: Ecocardiografia fetal sugestiva de taquicardia supraventricular sustentada sem sinais de insuficiência cardíaca fetal.

A ecodopplercardiografia materna apresentou-se sem alterações, e o ecocardiograma fetal (Figura 3) sugeriu taquicardia supraventricular sustentada com ausência de sinais de insuficiência cardíaca fetal. Tal resultado pode ocorrer pela possibilidade de recidiva da taquicardia.

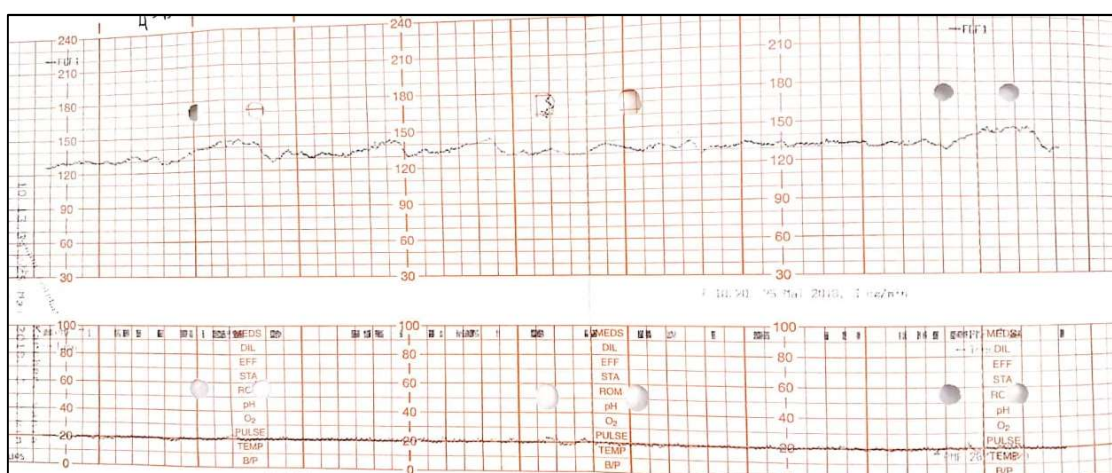


Figura 3: Cardiotocografia fetal sem evidenciar alterações e confirmar a reversão da taquicardia supraventricular.

Fonte: Dados obtidos pelos autores.



Do quarto dia em diante não houve alterações significativas do quadro. No quinto dia, paciente mantendo-se estável e com cardiotocografia (Figura 4) categoria 1, recebendo alta do serviço com sotalol 80 mg, VO, 12/12 horas.

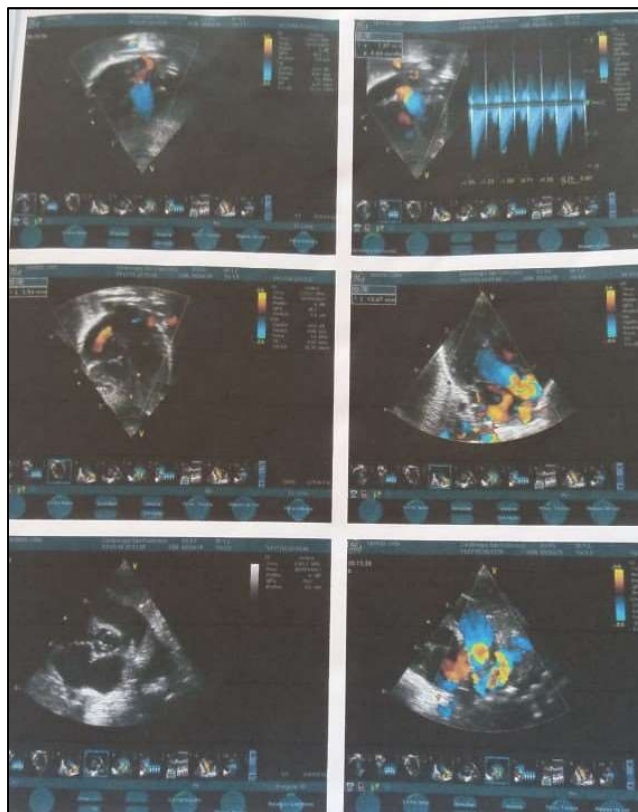


Figura 4: O ecocardiograma realizado no recém-nascido no primeiro dia de vida evidenciou válvula aórtica bicúspide com insuficiência mínima, canal arterial permeável e forame oval.

A cesárea foi agendada com 38 semanas de gestação. O procedimento foi realizado sem intercorrências, e o recém-nascido nasceu em bom estado geral, com peso 2520g, APGAR 9-10, e FC de 143 bpm. Foi realizado ecocardiograma do recém-nascido no primeiro dia de vida, que evidenciou valva aórtica bicúspide com insuficiência mínima, canal arterial e forame oval pervios.

Discussão

As arritmias fetais são pouco frequentes na gestação, pouco descrita na literatura. A paciente descrita no presente relato não apresentava comorbidades, contudo, o feto desenvolveu uma arritmia ventricular sem outros sintomas. Destaca-se a importância do diagnóstico pré-natal para um melhor prognóstico fetal, tendo em vista ter sido um achado ecocardiográfico que detectou a anomalia, que por sua vez poderia levar a complicações fetais, caso não tivesse sido tratada precocemente. Ainda assim, o feto do caso apresentou apenas um discreto derrame pericárdico, o qual não desencadeou danos significativos, como insuficiência cardíaca fetal ou resolução precoce da gestação.

O tratamento das arritmias fetais deve ser individualizado, sendo importantes fatores a etiologia, idade gestacional e a presença ou não da hidropsia. No caso em questão, foi utilizada a digoxina (YUAN, 2019; ZOELLER, 2017), antiarrítmico disponível no serviço de saúde e com plena



efetividade na conversão da taquicardia supraventricular ao ritmo sinusal. Devido aos seus efeitos tóxicos, a paciente foi monitorizada em leito de UTI a fim de evitar intoxicação digitálica (SAAD; MONSIVAIS; PACHECO, 2016; YUAN, 2019). Já no segundo dia de tratamento, a resposta fetal foi de acordo com o esperado, e a arritmia foi revertida. No entanto, no terceiro dia houve recidiva da mesma, o que resultou na necessidade de manutenção do tratamento até o final da gestação a fim de evitar novas recidivas do quadro.

No caso da necessidade de resolução da gestação, caso o tratamento instituído não fosse efetivo, seria realizada corticoterapia conforme protocolo, a fim de promover a maturação pulmonar do feto. Uma vez revertido o quadro, optou-se pela redução da dose de digoxina devido sua elevada concentração sérica, e introduzido sotalol. Quando comparado com digoxina e flecainida, o referido fármaco apresenta menos efetividade no tratamento de TSV (VAN DER HEIJDEN et al., 2013), embora tenha se mostrado hemodinamicamente bem tolerável, conferindo baixo risco pró arritmico, além de apresentar menor risco de toxicidade materna, sendo usado até o final da gestação. Por fim, o caso obteve um desfecho favorável permitindo que o parto ocorresse a termo, sem necessidade da manutenção terapêutica, e ainda sem sequelas.

Conclusão

Em vista do exposto, este relato descreveu o caso de uma paciente gestante sem comorbidades, que desenvolveu taquicardia fetal no terceiro trimestre de gestação. A conduta realizada em nosso Serviço foi muito semelhante ao relatado e proposto pela literatura nacional e internacional. Concluiu-se que este caso contribui para o manejo de novos casos, e ressalta a importância do diagnóstico intrauterino e tratamento oportuno das arritmias fetais para um melhor prognóstico, reduzindo complicações e morbimortalidade.

Referências

COSTA, A.; RAMALHO, C. Terapêutica farmacológica fetal. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 11, n. 1, p. 36–45, 2017.

MAGALHÃES, L. P. DE et al. Diretriz de Arritmias Cardíacas em Crianças e Cardiopatias Congênitas SOBRAC e DCC-CP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 1, p. 1–58, 2016.

MATTA, M. J.; CUNEO, B. F. Doppler echocardiography for managing fetal cardiac arrhythmia. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 53, n. 4, p. 899–914, 2010.

MOODLEY, S. et al. Postnatal outcome in patients with fetal tachycardia. **Pediatric cardiology**, v. 34, n. 1, p. 81–87, 2013.

SAAD, A. F.; MONSIVAIS, L.; PACHECO, L. D. Digoxin therapy of fetal superior ventricular tachycardia: are digoxin serum levels reliable? **American Journal of Perinatology Reports**, v. 6, n. 03, p. e272–e276, 2016.

VAN DER HEIJDEN, L. B. et al. Sotalol as first-line treatment for fetal tachycardia and neonatal follow-up. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 42, n. 3, p. 285–293, 2013.

VILA-VIVES, J. M. et al. Evolución y manejo intrauterino de las taquicardias fetales. **Progresos de Obstetricia y Ginecología**, v. 55, n. 10, p. 495–500, 2012.



YUAN, S.-M. Fetal arrhythmias: genetic background and clinical implications. **Pediatric cardiology**, v. 40, n. 2, p. 247–256, 2019.

ZOELLER, B. B. Treatment of fetal supraventricular tachycardia. **Current treatment options in cardiovascular medicine**, v. 19, n. 1, p. 7, 2017.