

# SÍNDROME TORÁCICA AGUDA EM GESTANTES COM DOENÇA FALCIFORME: UMA CAUSA IMPORTANTE DE NEAR MISS E DE MORTALIDADE MATERNA

SOUZA, A.C.F.C<sup>1</sup>; PINTO, A. F. D. A.<sup>1</sup>; JANUÁRIO, M. C.<sup>2</sup>; CARDOSO, P S R.<sup>3</sup>

1- Estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e estagiárias bolsistas do Nupad/Cehmob.

2- Orientadora: Médica coordenadora do Projeto Aninha-Cuidado da gestante com doença falciforme.

3- Orientadora: Médica hematologista da Fundação Hemominas.

Email para contato: anacarolfcs@gmail.com

## Introdução

A doença falciforme (DF) é a doença hereditária mais frequente na população mundial.<sup>1</sup>

Em mulheres grávidas, a doença falciforme determina alterações na fisiopatologia do organismo, podendo levar a aumento de complicações maternas graves, como *near miss* e até ao óbito materno. Há aumento das crises vaso-occlusivas, infecções e síndrome torácica aguda, principalmente no terceiro trimestre e puerpério.<sup>2</sup>

A Síndrome Torácica Aguda (STA) é a segunda maior causa de hospitalização entre os pacientes com doença falciforme (DF) e eventos repetidos podem predispor ao desenvolvimento de doença pulmonar crônica e morte precoce.<sup>3</sup>

## Relato de Caso

**CASO 1:** Gestante de 20 anos, primigesta de 37 semanas, diagnóstico de hemoglobinopatia SC, procurou pronto atendimento com queixa de dor em membro inferior direito há dois dias e temperatura de 37,5°C, associado a tosse não produtiva e sem dispneia. Apresentava Hb basal 11,3 g/dL, leucócitos basais 5.800/mm<sup>3</sup>, plaquetas 130.000/mm<sup>3</sup>, esplenomegalia a 3 cm do rebordo costal esquerdo. À admissão estava eupnéica e normotensa. Exames laboratoriais: Hb 6,9 g/dL, Hct 20,9%, Plaquetas 62.000/mm<sup>3</sup> e LG 19.730/mm<sup>3</sup> (S 60%, B 6%). Medicada com analgésicos parenterais, inclusive Morfina, recebeu oxigênio sob cateter nasal e apresentou melhora da dor.

Após 12 horas da admissão, apresentou-se com taquidispneia progressiva, evoluindo para insuficiência respiratória. Iniciado furosemida, antibioticoterapia com Ceftriaxona e Clindamicina e, posteriormente, Claritromicina e duas hemotransfusões. Realizada cesariana de urgência e a paciente foi transferida para o CTI. A criança nasceu sem complicações. Radiografia de tórax no CTI mostrou evolução para síndrome da angústia respiratória do adulto - SARA (figura 1). Apresentou recuperação clínica lenta, mas progressiva, recebendo alta hospitalar dois meses após o evento.



Figura 1: Radiografia de tórax da paciente com Síndrome Torácica Aguda em evolução para insuficiência respiratória em ventilação mecânica no CTI.

**CASO 2:** Gestante de 24 anos, diagnóstico de hemoglobinopatia SC. Assintomática até a 35<sup>a</sup> semana de gestação, apresentava Hb basal 10 g/dL e LB de 7.000/mm<sup>3</sup>. Iniciou crise vaso-occlusiva em membros inferiores e articulação coxofemoral direita. Sete dias após apresentou dispneia, sendo internada novamente. Na admissão: PA 125/73 mmHg, murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito e radiografia de tórax revelando consolidação nas bases pulmonares (figura 2).



Figura 2: Radiografia de tórax da paciente com Síndrome Torácica Aguda, com consolidação nas bases pulmonares.

Evoluiu com dor torácica, taquipnêia e hipoxemia. Foi iniciado ceftriaxone, azitromicina, hidratação venosa, analgesia e oxigenoterapia. Após 48h da admissão evoluiu com piora do quadro respiratório e recebeu transfusão de concentrado de hemácias simples fenotipado deleucotizado. Exames: Hb 8,2 g/dL, Hct 22,9%, LG 37.400/mm<sup>3</sup> (B 2%), Plaquetas: 317.000/mm<sup>3</sup>, LDH 910. Quatro dias depois apresentou piora da dor, hipoxemia e ecocardiograma transtorácico revelou PSAP 55mmHg e insuficiência tricúspide moderada a grave. Foi realizada exsanguíneo-transfusão parcial com melhora do quadro. Evoluiu com murmúrio vesicular diminuído com crepitações grosseiras em bases pulmonares, sendo diagnosticada com edema agudo de pulmão. Recebeu uma ampola de furosemida e foi indicado parto cesariana por pré-clâmpsia grave. Criança nasceu sem complicações. Paciente foi encaminhada ao CTI no pós-operatório e recebeu alta hospitalar 16 dias após o evento.

## Discussão

A síndrome torácica aguda (STA) é definida como o desenvolvimento de um novo infiltrado pulmonar ao exame radiológico do tórax, em pacientes com doença falciforme, sendo que gestantes com hemoglobinopatia SC podem ter evolução tão grave como as pacientes SS. Pode ser acompanhada por outros sinais e sintomas como febre, tosse, dor torácica, dispneia, sendo que atelectasia, derrame pleural e hipoxemia podem estar presentes. A presença de pelo menos um desses fatores define o diagnóstico.<sup>3</sup>

Os três mecanismos primários estudados incluem pneumonia ou infecção sistêmica, embolia gordurosa e infarto pulmonar direto por hemácias falcizadas.<sup>3</sup>

O tratamento deverá ser o mais precocemente possível, baseado em antibioticoterapia de amplo espectro e exsanguíneo-transfusões parciais, principalmente quando o hematocrito estiver acima de 25%, para não aumentar a viscosidade sanguínea.<sup>3-5</sup> Idealmente, deve-se considerar o diagnóstico precocemente e seguir os cuidados do tratamento, com a participação de equipe multidisciplinar treinada em doença falciforme para diminuirmos a mortalidade materna em gestantes acometidas por essa doença genética.

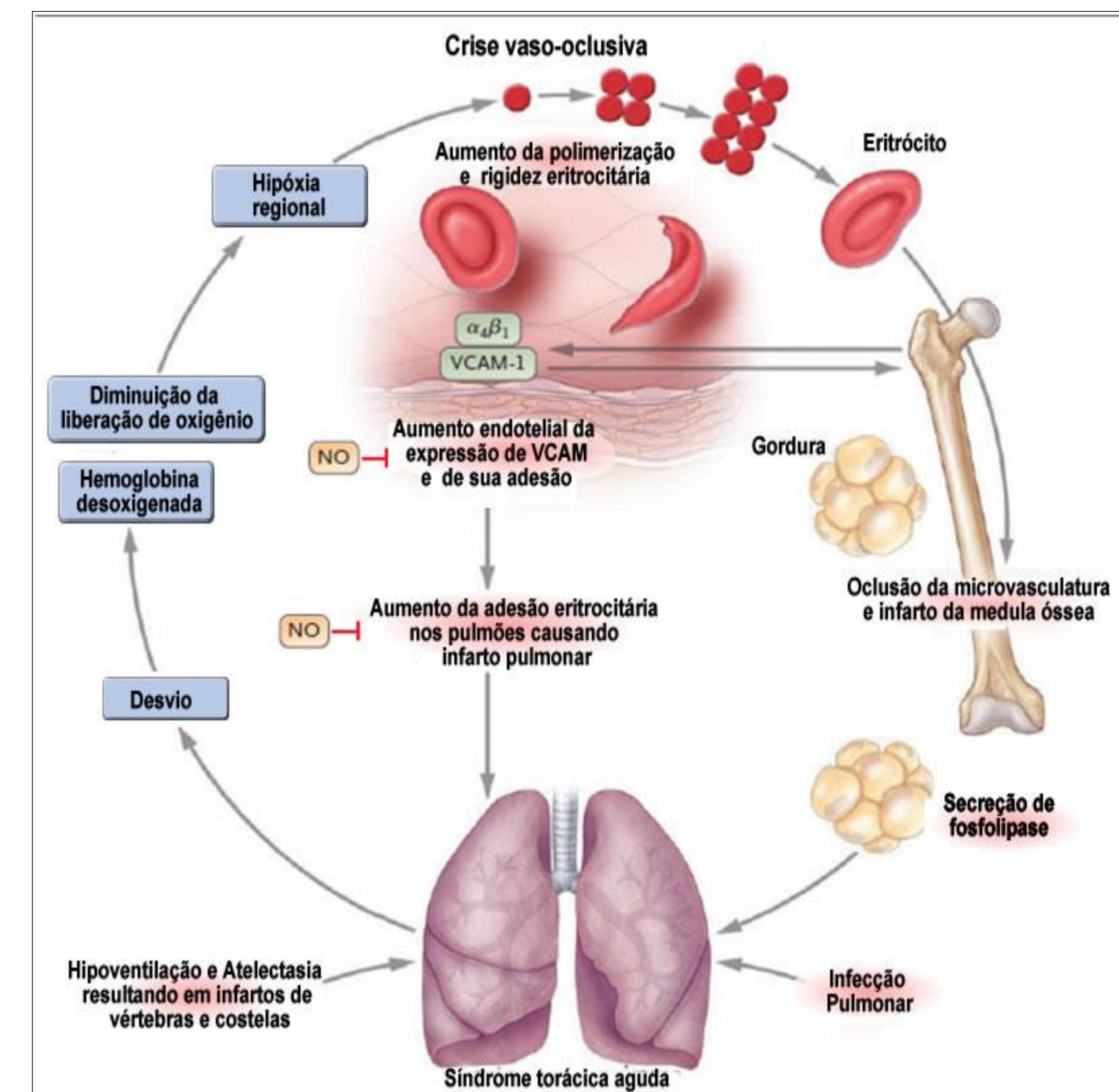


Figura 2: Fisiopatologia da Síndrome Torácica Aguda. Fonte: Gladwin M T, Vichinsky E. 2008

## Referências Bibliográficas

- 1-Aygun B, Odame I. A global perspective on sickle cell disease. Pediatr Blood Cancer. 2012; 59(2): 386-390.
- 2-Hassel, K. Pregnancy and sickle cell disease. Hematol Oncol Clin North Am 2005; 19(5): 903-916.
- 3-Gladwin M T, Vichinsky E. Pulmonary complications of sickle cell disease. N Engl J Med 2008; 359(21): 2255-2265.
- 4-Bellina J H, Bickers J N: Modern management of sickle cell disease in pregnancy. South Med J. 1974; 67(4):426-429.
- 5-Rekha V, Machado R F. Pulmonary complications of Hemoglobinopathies. Chest 2010. 138(4): 973-983