

Embolia por líquido amniótico: relato de caso¹

Jean Carlos de Matos², Janete Vettorazzi-Stuczynski³,
Taciana Lidinéia Alfen⁴, Rui L. de Carvalho⁵

Os autores relatam um caso de parada cardiorrespiratória em uma paciente previamente hígida submetida à cesariana. A paciente foi atendida no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Após a retirada do feto, a paciente teve uma parada cardiorrespiratória, evoluindo para um quadro de edema pulmonar e de coagulopatia intravascular disseminada (CIVD). O quadro clínico e laboratorial foi sugestivo de embolia por líquido amniótico e a paciente teve evolução favorável. O objetivo deste relato é discutir aspectos sobre a etiopatogenia, diagnóstico e tratamento da embolia por líquido amniótico (ELA), uma complicação rara e fatal na maioria dos casos, com taxas de mortalidade em torno de 90% dos casos.

Unitermos: Coagulopatias; embolia por líquido amniótico; CIVD; gestação de alto risco.

Amniotic fluid embolism: a case report

A case of cardiorespiratory failure in a healthy patient during a C-section is reported. The patient had been admitted to the Obstetrics Center of the Hospital de Clínicas. After the fetus was removed, the patient had an episode of cardiorespiratory failure that developed to pulmonary edema and disseminated intravascular coagulopathy. Clinical and laboratory examinations indicated embolism caused by amniotic fluid. Later, the patient presented positive development. Our objective is to discuss characteristics of etiopathogeny, diagnosis, and treatment of amniotic fluid embolism, a rare and fatal complication with a mortality rate of 90%.

Key-words: Amniotic fluid embolism; maternal mortality; disseminated intravascular; coagulopathy.

Revista HCPA 2000;20(2):174-76

Introdução

A embolia por líquido amniótico (ELA) trata-se de uma pneumopatia aguda com alta morbi-mortalidade (até 80%), apresentando-se

de forma inesperada e abrupta, como colapso cardiopulmonar, durante ou imediatamente após o parto. A incidência da ELA é de 1:8.000 para 80 mil nascimentos e constitui-se em causa comum de mortes maternas (4 a 20%

¹ Trabalho realizado no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Correspondência: Rua Carlos Gardel 166/602, Bairro Bela Vista, CEP 90450-100, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone: +55-51-3332-3957; fax: +55-51-3338-3820; e-mail: jcmatos@covo.net

³ Curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴ Médica.

⁵ Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

dos óbitos no período periparto). O quadro clínico consiste de sofrimento respiratório, colapso cardiocirculatório e coagulação intravascular disseminada. O curso costuma ser catastrófico, com dispnéia aguda, cianose central, choque, convulsões, parada cardiorrespiratória, sangramento profuso, edema pulmonar. Pode ocorrer morte súbita. Também até 80% das pacientes sobreviventes podem ficar com algum comprometimento neurológico (1,2).

Relato de caso

Paciente feminina, 32 anos, negra, com 2 cesarianas prévias procurou atendimento no Centro Obstétrico (CO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por estar com contrações uterinas há \pm 24 horas e gestação de 37 semanas. Negava patologias prévias. Ao exame, apresentava-se em bom estado geral, sem alteração dos sinais vitais, 2 contrações uterinas em 10 minutos, batimentos cardiofetais de 128 bpm e colo do útero fechado. A monitorização fetal registrou presença de desaceleração intraparto (DIP) 1. A paciente foi submetida à cesariana, utilizando-se bloqueio subaracnóide. O procedimento transcorreu sem intercorrências até a retirada do recém-nascido, masculino, com 3240 g e índice Apgar 9/10. Logo após o nascimento, a paciente apresentou quadro de movimentos bruscos dos membros superiores, sugestivos de convulsões tônico-clônicas, e perda da consciência. A FC era de 100 bpm e a SpO₂, 99%. Foi administrado diazepam 10 mg endovenoso e a paciente foi entubada. A seguir, apresentou quadro de bradicardia e evoluiu para parada cardíaca. Neste momento, recebeu atropina, efedrina e massagem cardíaca externa, com resposta em cerca de 2 minutos. Logo após o término da cirurgia, a paciente foi para unidade de tratamento intensivo (UTI), ainda entubada. Foi admitida na UTI em ventilação com T de Ayre, saturando a 96%, obnubilada, não responsiva a estímulos e com agitação psicomotora. Cerca de 1 hora após o término da cesariana, a paciente apresentava-se com taquicardia e sangramento vaginal importante. A impressão foi de se tratar de quadro provável de hipotonia uterina com CIVD. Apesar das medidas, não

houve recuperação do quadro clínico, sendo indicada histerectomia sub-total. A paciente recebeu no pré, trans e pós-operatório imediato 8 UI de concentrado de hemácias (CHAD), 10 UI de plasma, 10 UI de plaquetas e 10 UI de crioprecipitado, retornando à UTI hipotensa, necessitando de dopamina, reposição volêmica, e permaneceu recebendo hemoderivados. No pós-operatório, a paciente evoluiu bem e no 3º pós-operatório estava ventilando espontaneamente, sendo que o exame de cintilografia pulmonar apresentou área de déficit perfusional em segmento apical-posterior do lobo superior do pulmão direito, sugestivo de embolia pulmonar. A paciente teve evolução satisfatória até o 10º pós-operatório, quando apresentou abscesso pélvico tratado com antibióticos. Após 19 dias de internação, teve alta hospitalar em bom estado geral, com resolução laboratorial e clínica de todas as alterações. Quando questionada sobre o que teria acontecido nesta internação, referia lembrar apenas que foi atendida no centro obstétrico do hospital e ter acordado cerca de 2 dias após, já na UTI, não recordando de nada desde momentos anteriores próximos à cesariana.

Discussão

O diagnóstico da embolia por líquido amniótico é fundamentado na suspeição clínica baseada em evidências laboratoriais e clínicas, já que o diagnóstico de certeza só é feito através do exame anatomopatológico. Neste caso, contribuíram para o diagnóstico os achados de um colapso cardiorrespiratório em uma paciente previamente hígida, seguidos de um quadro imediato e grave de CIVD com comprometimento da função pulmonar comprovados por uma cintilografia perfusional pulmonar mostrando déficit pulmonar em um segmento perfusional. Não foi possível a coleta de material pulmonar através de um cateter, que possibilitaria aumentar a suspeita se fossem encontradas células de origem fetal. Mesmo assim, apontamos este caso como bem-sucedido, considerando-se a alta morbimortalidade da patologia (2-4). O diagnóstico de patologias raras é fundamental para a sobrevivência destas pacientes e os poucos

casos existentes, principalmente quando as pacientes sobrevivem, devem servir de modelo para o tratamento de casos parecido.

Referências

1. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Williams Obstetrics. 20th ed. London: Prentice-Hall International; 1997.
2. Dildy GA. Embolia por líquido amniótico. In: Foley RM, editor. Terapia intensiva obstétrica. São Paulo: Editora Manole; 1999. p. 167-74.
3. Clark SL. Successful pregnancy outcomes after amniotic fluid embolism. Am J Obst Gynecol 1992;167:511-2
4. Clark SL. Amniotic fluid embolism. Crit Care Clin 1991;7:877-82.