

# GRAVIDEZ EM MULHERES COM DEFEITOS DE FUSÃO DO TUBO NEURAL

## A propósito de três casos com evolução diferente

J. SILVA PEREIRA, V. GONÇALVES, R. VARELA, M. J. ALVES, R. CORADO

Departamento de Obstetrícia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa

### RESUMO

Os progressos alcançados nas técnicas de correcção cirúrgica do mielomeningocelo e suas complicações, nomeadamente a bexiga neurogénica, têm permitido não só uma maior duração e melhor qualidade de vida nestes doentes, mas também que um número cada vez maior de mulheres atinjam a idade de procriar e engravidem. São ainda muito raras as descrições de gravidez nestas mulheres, mas apesar disso o obstetra deve estar preparado para lidar com estas situações. Raramente surgem grandes complicações no decurso destas gravidezes, contudo existem certos problemas (risco de defeitos do tubo neural do feto, complicações urinárias, alterações esqueléticas e problemas psicológico-sociais) que não devem ser ignorados, e que podem influenciar o prognóstico da gravidez. Os autores apresentam três casos ocorridos entre 1991 e 1993, descrevendo as principais complicações que afectaram a evolução de cada um deles.

### SUMMARY

#### Pregnancy in women with neural tube fusion defects

The advances in surgical technique for closure of myelomeningocele and its complications, mainly neurogenic bladder, have resulted not only in a increased lifespan and a better quality of life for these patients, but also a progressively higher number of women are reaching childbearing age and becoming pregnant. The reports of pregnancy in these women are still sporadic. In spite of that, obstetricians must be aware of this situation in order to manage it accordingly. In the course of these pregnancies major complications seldom occur. However there are problems (high-risk of neural tube defects in the offsprings, urinary tract complications, muscular-skeletal disorders and psychosociological problems) that should not be ignored and that may influence the prognosis of these pregnancies. The authors present three case reports with different outcomes.

### INTRODUÇÃO

O mielomeningocelo é o defeito mais frequente de encerramento do arco neural posterior, localizando-se preferencialmente na região lombo-sagrada. A disfunção neurológica sensitiva e/ou motora de severidade variável, a hidrocefalia (causada por malformação de Chiari II), e as alterações musculo-esqueléticas (cifoses, escolioses pé boto, etc.) relacionadas com a hipotonia muscular, são alguns dos problemas que podem apare-

cer em associação com este defeito<sup>1</sup>. As principais complicações estão contudo relacionadas com as anomalias do aparelho urinário<sup>2</sup>, em particular com a bexiga neurogénica.

### CASO 1

M.C.S. é uma primigrávida com 21 anos de idade, com mielomeningocelo corrigido à nascença, que não necessitou de shunt ventricular.

Apresentava um deficit motor ligeiro do membro inferior direito (que não causava alterações significativas da marcha), havia um controlo razoável do transito intestinal (sem incontinência), mas apresentava problemas urológicos.

Durante a infância, por apresentar bexiga neurogénica com infecções urinárias de repetição e quadro de retenção crónica com dilatação do aparelho urinário superior, tinha sido submetida a uma vesicostomia subcutanea descompressiva. Devido à melhoria da situação, foi tentado o restabelecimento da função vesical, para evitar a necessidade do estoma externo. O fracasso dessa intervenção exigiu a realização duma derivação urinária (ureterosigmoidostomia), situação que se mantinha quando foi observada pela primeira vez na consulta às 16 semanas de gravidez.

Ao princípio a grávida manteve um relacionamento muito difícil quer com o Hospital quer com os técnicos de saúde, que foi melhorando à medida que foi ganhando confiança e uma melhor compreensão da sua situação. Recusou fazer as determinações da  $\alpha$ -fetoproteína no sangue materno, mas aceitou a efectuar ecografia para estudo morfológico fetal, o qual foi efectuado às 18 semanas de gestação não tendo sido detectado qualquer tipo de anomalias, nomeadamente do tubo neural. O decurso da gravidez foi complicado por seis episódios de infecção urinária (I.U.) (E. Colli, pseudomonas aeruginosa), que responderam prontamente à terapêutica anti-biótica instituída. As 35 semanas de gestação foi internada por novo episódio de I.U. acompanhado de hipertensão ligeira induzida pela gravidez. As 37 semanas entrou espontaneamente em trabalho de parto.

Uma vez que a pelvimetria clínica revelava uma constrição moderada dos diâmetros pélvicos e que o índice de Bishop era desfavorável, optou-se pelo parto de cesariana.

A cirurgia foi efectuada na presença dum especialista em Urologia (que confirmou a integridade da derivação urinária), tendo resultado no nascimento duma criança do sexo masculino com 2.490 gr. de peso, Índice de Apgar = 9-10 e sem anomalias aparentes.

O pós-operatório decorreu sem incidentes, com alta ao 5º dia.

## CASO 2

D.N.N.B., é uma primigrávida de 22 anos de idade que nasceu com mielomeningocele. As operações efectuadas e as complicações surgidas durante a infância, incluíam: encerramento da malformação, bexiga neurogénica que necessitou de ser corrigida com derivação urinária (ureterostomia), e paraplegia dos membros inferiores, necessitando de cadeira de rodas para se deslocar.

Era vigiada desde há quatro anos em consulta de nefrologia, devido ao aparecimento de hipertensão arterial severa e insuficiência renal crónica moderada.

Foi observada pela primeira vez na nossa consulta com 8 semanas de gestação.

Efectuou diagnóstico pré-natal ( $\alpha$ -fetoproteína no sangue materno, ecografia nível II) não tendo sido detectadas quaisquer anomalias. Apesar dos níveis tensionais se

manterem dentro dos valores pré-concepcionais, as ecografias efectuadas até à 20ª semana (três) revelavam um atraso progressivo do crescimento fetal.

Às 24 s de gestação, deu entrada no Serviço de Urgência por crise hipertensiva (230/150 mmHg), alteração grave nas provas da função renal e morte fetal. Foi efectuada indução do T.P. com PgE2, resultando na expulsão dum feto com 360 gr.. No puerpério imediato, desenvolveu um quadro de C.I.D. que cedeu à terapêutica habitual. Após compensação, teve alta ao 8º dia.

## CASO 3

M. C. R. M. de 31 anos de idade, nasceu com meningocele que foi corrigido cirurgicamente aos 8 anos de idade.

Aos 10 anos, por complicações neurológicas, teve que efectuar cirurgia correctora do pé direito. Era vigiada no Instituto Português de Oncologia, onde se tinha submetido a cerca de vinte intervenções cirúrgicas por neurofibromatose plantar recidivante. Finalmente tinha-lhe sido efectuada amputação da perna direita ao nível do joelho.

Foi admitida no Serviço de Urgência dum Hospital Central por quadro de anasarca e crise hipertensiva. Foi-lhe diagnosticada gravidez no III trimestre (situação que a mulher desconhecia), e foi transferida para a nossa Maternidade com o diagnóstico de pré-eclampsia severa com insuficiência cardíaca grave e edema pulmonar.

O exame ecográfico efectuado à entrada, revelava um feto vivo com biometrias compatíveis com 34-35 semanas, oligoamnios e placenta senescente. O quadro clínico agravava-se dramaticamente, tendo-se de imediato iniciado indução do T.P. com ocitocina, que resultou no nascimento (forceps) duma criança do sexo feminino com 2.440 gr. de peso, Índice de Apgar = 4-6 e sem anomalias aparentes.

Durante o puerpério houve uma melhoria hemodinâmica progressiva e acentuada, e a mulher teve alta bem ao 11º dia.

O recém-nascido foi dado para adopção.

## DISCUSSÃO

Nem os defeitos do tubo neural nem as derivações urinárias utilizadas para a correcção das disfunções vesicais habitualmente associadas, constituem qualquer impedimento para a mulher engravidar<sup>2</sup>. Apesar do decurso destas gravidezes raramente ser complicado e o prognóstico ser razoavelmente satisfatório, por vezes aparecem complicações moderadas a graves para as quais o obstetra tem de estar alerta de modo a poder resolvê-las de modo satisfatório.

Os principais problemas estão relacionados com o aparelho urinário (infecções urinárias, insuficiência renal e, por vezes, hidronefrose causada pela compressão da derivação urinária pelo útero em crescimento), que se refletem muita das vezes no aparecimento de hipertensão arterial difícil de controlar (casos 2 e 3). A avaliação pré-concepcional e o controlo da doença hipertensiva (se presente) pode ser de crucial importância para se estabelecer a altura ideal para uma futura gravidez e para informar correctamente a mulher dos riscos e do eventual prognóstico dessa gravidez. Se a mulher já está grávida

(como é mais frequente que ocorra), e devido ao risco elevado (1:23) de aparecimento de malformações do tubo neural (que aumenta significativamente (1:7) se já houve em gravidez anterior um feto com este tipo de defeito)<sup>3,4</sup> necessita de ser encaminhada o mais precocemente possível para um Centro de Referência, que lhe ofereça um diagnóstico pré-natal eficaz no despiste dessa anomalia.

É mandatório efectuar-se uma monitorização periódica (mensal) quer das provas de função renal quer das infecções urinárias (urinoculturas) e tratar agressivamente qualquer infecção mesmo nos casos de bacteriúria assintomática. A utilização profilática de antibióticos (por ex: nitrofurantoína = 50 mg/dia) parece reduzir de modo significativo o risco de recorrência das infecções urinárias<sup>5</sup>.

O impacto psicológico e social e os problemas associados com a eventual incapacidade da futura mãe poder tratar do seu bebé (casos 2 e 3), são aspectos que não devem ser descurados, e que realçam ainda mais a importância do aconselhamento pré concepcional e do planeamento correcto duma futura gravidez.

As alterações musculo-esqueléticas por vezes com deformações da pelve (caso 1) aumentam a incidência

das apresentações anómalas e das distóccias, contribuindo assim para o número elevado de partos por cesariana nestas mulheres. Apesar de não haver qualquer contraindicação para o parto vaginal e da cesariana dever ser efectuada apenas por razões obstétricas, parece ser um facto que o parto vaginal é a excepção e não a regra<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. WILLIAM FC, VENES JL, WAGNER FC et al: Neurologic Surgery. In: Schwartz SI : Principles of Surgery, 3a Edição, McGraw-Hill Book Company 1979: 1782 - 84
2. DAVID RICHMOND, IVO ZAHARIEVSKI, ANDREW BOND: Management of pregnancy in mother with spina bífida Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1987; 25: 341 - 45
3. FUJIMOTO A, EBBIN A, WILSON GM: Successfull pregnancy in woman with Meningomyelocele. Lancet 1973; i: 104
4. OPITZ J M: Pregnancy in woman with Meningomyelocele. Lancet 1973; i: 368 -69
5. ROLLAND J, BARRETT II, WILLIAM A, PETERS III: Pregnancy Following Urinary Diversion Obstet Gynecol 1983; 62: 582 - 85
6. ELLISON FE: Term pregnancy in a patient with myelomeningocele, uretero-ileostomy, and partial paralysis Am J Obstet Gynecol 1975; 123: 33-34