

RELATO DE CASO: TRANSFUSÃO ARTERIAL REVERSA.***CASE REPORT: TWIN REVERSED ARTERIAL PERFUSION.***

Luiz Martins **COLLAÇO**¹, Ana Cristina Lira **SOBRAL**¹, Ana Letícia Mylla **OLESKO**², Bruno Granja **MARCOS**³, Gabriela Franck **PASQUAL**³, Henrique Jin Son **KIM**³, Mariana Caldas **MINARI**³, Thais de Paula **PIZZO**³.

Rev. Méd. Paraná/1497

Collaço LM, Sobral ACL, Olesko ALM, Marcos BG, Pasqual GF, Kim HJS, Minari MC, Pizzo TP. Relato De Caso: Transfusão Arterial Reversa. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2018;76(2):110-112.

RESUMO - A transfusão arterial reversa ou feto acárdico é uma séria complicação exclusiva de gestações gemelares¹. No presente relato, mulher, 29 anos, gestante, admitida com sangramento e perda de líquido por orifício vaginal de início naquele mesmo dia. Sabe-se que havia realizado tratamento para a transfusão arterial reversa aproximadamente 20 dias antes, utilizando a fetoscopia com coagulação a laser. A ultrassonografia no dia do internamento mostrou uma gestação gemelar de 23+ 3 semanas, sendo um feto com BCFs normais e oligodrâmnio, e outro acárdico. Progrediu para parto vaginal, com nascimento dos dois fetos, um deles do sexo feminino normal e outro com acardia, apresentando malformações grosseiras e sem distinção de sexo.

DESCRITORES - Transfusão Feto-fetal, Doenças em gêmeos.

INTRODUÇÃO

A transfusão arterial reversa foi descrita pela primeira vez em ultrassonografia pré-natal em 1978 por Lehr e DiRe⁵. A condição é uma variação extremamente rara (1:35.000 nascimentos) da síndrome da transfusão feto-fetal e sua apresentação é de um feto com estrutura cardíaca parcial ou ausente, sustentado por um feto normal doador, através de um fluxo arterial reverso decorrente de uma anastomose arterial³.

Ao ser feito o diagnóstico da condição, é de suma importância que os fetos sejam avaliados semanalmente através de ultrassonografias com Doppler para determinar se a conduta a ser tomada deverá ser conservadora ou invasiva⁵.

CASO CLÍNICO

F., 29 anos, gestante, foi internada na Unidade de Obstetrícia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba no dia 15/08/2016 com queixa de grande perda de líquido e sangramento pelo orifício vaginal de início no mesmo dia, negando contração uterina e referindo boa movimentação fetal. Em 27/07/2016, havia realizado fetoscopia com

coagulação a laser em feto acárdico. Ao exame físico (15/08/16), apresentou altura uterina (AU) de 25 cm, dinâmica uterina ausentes e movimentos fetais presentes, colo médio pérvio 1 polpa, bolsa rota pelo gemelar B e saída de grande quantidade de líquido de orifício cervical externo. O USG revelou uma gestação gemelar monocoriônica-diamniótica (23+3 sem), feto A com BCF de 166, PPG0, MBV 2,4cm e oligodrâmnio e feto B acárdico sem fluxo em artéria umbilical. Evoluiu para parto vaginal no dia 17/08/2016 com nascimento de um feto A feminino normal com Apgar 1/1/1/0 e 575 gramas; e feto B de estrutura amorfa sem distinção de cabeça e corpo, sem genitália formada e com membro único caudal. A análise anatomo-patológica do feto B evidenciou sexo indefinido, peso: 60 g; comprimento: 15,5 cm; comprimento póstero-ventral: 8,2 cm; mal formação grosseira, massa amorfa em crânio e tronco; membros superiores ausentes e membros inferiores primitivos e fusionados (figura 1). Á microsscopia presença de órgãos primitivos e friáveis (figuras 4 e 5)

Trabalho realizado na Faculdade Evangélica do Paraná.

1 - Setor de Patologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

2 - Residente do setor de Patologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

3 - Acadêmicos da Faculdade Evangélica do Paraná

FIGURA 01 - MACROSCOPIA: FETO ACÁRDICO EM VISÃO LATERAL DIREITA. VESÍCULA ÓPTICA, COLUNA VERTEBRAL E VÍSCERAS REPRESENTADAS POR UMA MASSA DISFORME.



FIGURA 02 - MACROSCOPIA: FETO ACÁRDICO EM VISÃO LATERAL ESQUERDA.



FIGURA 03 - MACROSCOPIA: FETO ACÁRDICO EM CORTE EM PLANO SAGITAL EVIDENCIANDO ÓRGÃOS PRIMITIVOS.

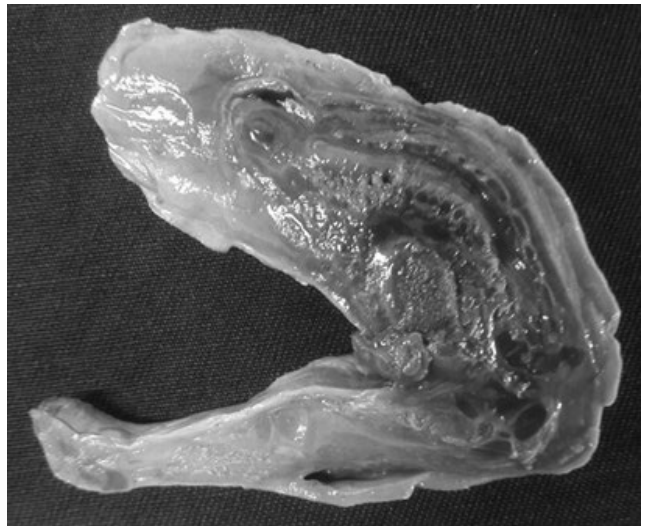


FIGURA 04 - MICROSCOPIA: TECIDOS DA ADRENAL E RIM EM AVANÇADO GRAU DE AUTÓLISE.

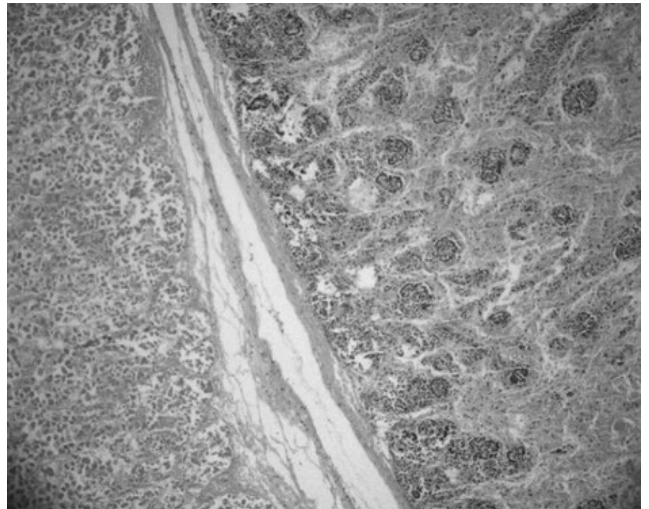
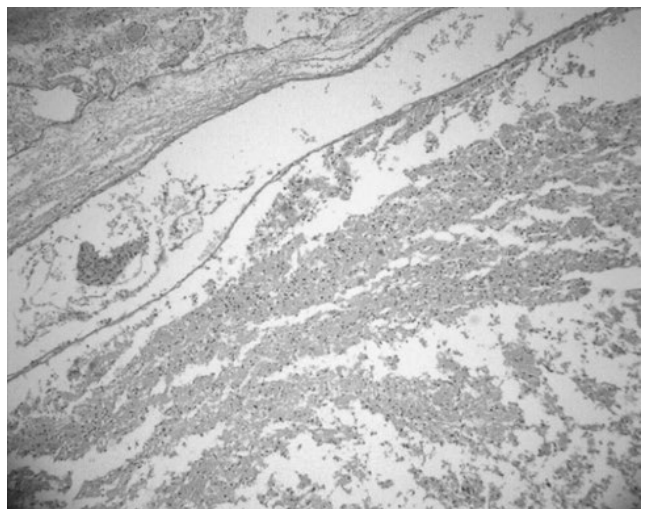


FIGURA 05 - MICROSCOPIA: TECIDO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL APRESENTANDO ESTADO DE AUTÓLISE AVANÇADO.



DISCUSSÃO

A literatura destaca na acardia aparecimento de polidrâmnio, sinal de ICC, sendo o oligodrâmnio menos comum.¹²³⁴ Pouco se conhece sobre a etiopatogenia da complicação, mas a teoria mais aceita é de que um shunt arterial entre os fetos leve sangue do feto doador para seu gêmeo ao invés de voltar para a placenta.⁴ O sangue pobre em oxigênio consegue desenvolver apenas o segmento caudal do feto receptor⁴, resultando em malformações incompatíveis com a vida. Dependendo da morfologia, quatro tipos distintos de feto acárdico são descritas na literatura (acardius acephalus, acardius anceps, acardius acormus e acardius amorphus).⁴ O diagnóstico pode ser feito através de ultrassonografia pré-natal constatando um feto sem atividade cardíaca⁴, mas que continua a crescer. A confirmação do diagnóstico pode ser realizada através do Doppler pulsátil que detecta o fluxo reverso no feto receptor¹ O trata-

mento pode ser conservador ou minimamente invasivo, como por abaulamento da anastomose por fetoscopia.³ O método de tratamento mais efetivo não está totalmente elucidado, devido a um número insuficiente de casos estudados⁵

CONCLUSÃO

A síndrome de perfusão arterial reversa é uma complicação congênita rara, a qual representa 1% das gestações gemelares monocoriônicas⁷. Contudo, a taxa de mortalidade do feto normal sem tratamento adequado é alta, e desta forma faz-se à necessidade de reconhecimento e diagnóstico precoce, ainda no primeiro trimestre de gravidez⁶ para que o tratamento possa ser aplicado em tempo hábil e assim aumentar as chances de sobrevivência do feto doador e minimizar as intercorrências e riscos advindos dessa gestação.

Collaço LM, Sobral ACL, Olesko ALM, Marcos BG, Pasqual GF, Kim HJS, Minari MC, Pizzo TP. Case Report: Twin Reversed Arterial Perfusion. *Méd. Paraná*, Curitiba, 2018;76(2):110-112.

ABSTRACT - TRAP sequence or acardiac fetus is a serious complication that only occurs in twin pregnancies. In this case report, 29-year-old woman pregnant admitted with vaginal bleeding and fluid from the external cervical port that started hours early. The woman had already had treatment for TRAP about 20 days earlier, using fetoscopic laser coagulation. In the admission moment, ultrasound examination revealed a twin pregnancy (23+3 weeks), one fetus with normal fetal beats and oligohydramnios, and an acardiac twin. It has evolved to vaginal birth and delivery of a apparent normal female fetus, and an acardius twin with extensive malformations without distinction of gender.

KEYWORDS - Fetofetal transfusion, Diseases in twins, Twins, Monozygotic.

REFERÊNCIAS

- Pan P, Luo G, Tang L, Rolle J, Qin Y, Zeng Q et al. Monochorionic-Triamniotic Triplet Pregnancy Complicated by Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence: Case Report and Literature Review. *American Journal of Perinatology Reports*. 2017;07(02):e106-e110.
 - Ruiz-Cordero R, Birusingh R, Pelaez L, Azouz M, Rodriguez M. Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence (TRAPS): An Illustrative Series of 13 Cases. *Fetal and Pediatric Pathology*. 2016;35(2):63-80.
 - Khanduri S, Chhabra S, Raja A, Bhagat S. Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence: A Rare Entity. *Journal of Clinical Imaging Science*. 2015;5(1):9.
 - Pepe F. Conservative management in a case of uncomplicated trap sequence: a case report and brief literature review. *Journal of Prenatal Medicine*. 2015;
 - Weisz B, Peltz R, Chayen B, Oren M, Zalel Y, Achiron R, Lipitz S. Tailored management oftwinreversed arterial perfusion (TRAP) sequence. *UltrasoundObstetGynecol*; 2004. Vol. 23: 451-455.
 - Sepúlveda-Aguledo J. Secuencia de perfusión arterial inversa gemelar: revisión de la literatura. *Re vista Colombina de Obstetricia y Ginecología*; 2008. Vol. 59 No. 2:140-146.
 - Brizot ML, Carvalho MHB, Liao AW. *Medicina Fetal*. In: Zugaib M. Zugaib Obstetricia. São Paulo: Manole; 2012. p.1115-1214.
 - Ryu A, Mun ST. A case oftwinreversed arterial perfusion (TRAP) sequencemisdiagnosed as a chorioangioma. *Journalofobstetricsandgynaecology*; 2017. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2017.1284772>
 - Dubey S, Verma M, Goel P, Punia R. TwinReversed Arterial Perfusion: To-TreatorNot?. *JournalofClinicalandDiagnosticResearch*; 2017 Jan. Vol. 11(1): QD05-QD07.
 - Jiménez-Arredondo L, Benavides-Sánchez D, Ureña-Almanza N, Bustillos-Villavicencio J. Caso Clínico Secuencia de perfusion arterial reversa (TRAP). *Acta. Méd. costarric.*; 2016 out-dez. Vol. 58 (4).
 - Tan TYT, Sepulveda W. Acardiactwin: a systematic review of minimally invasive treatment modalities; *UltrasoundObstetGynecol*; 2003. Vol. 22: 409-419.
 - Martins WP, Barra DA, Mauad-Filho F. GestaçãoMúltipla – Aspectos Clínicos. *Femina*; 2006. Vol. 34(06):423-31.
 - Montenegro, CA, Rezende. *Obstetriciafundamental*. Rio de Janeiro :GuanabaraKoogan; 2011. 12.ed.
 - Sá RAM, Silva NR, Rezende KRF. Gestação gemelar: problemas em do-bro? *Femina*; 2008. Vol. 36(12):749-55.
 - Alves JAG, Brasileiro JM F, Ferreira AP. Diagnóstico pré-natal de um gêmeo hemiacárdico Relato de caso. *RBGO*; 1998. Vol-20 nº 2: 111-113.
 - Couto JC, Leite JM. Oclusão da artéria umbilical como opção terapêutica em gestações com gêmeo acárdico. *Revista Brasileira de Ginecologia eObstetricia*; 2004Jul. Vol. 26 No. 6.
 - Paredes RO, Gómez JA. Angioarquitecturaplacentaria y losorigenes de lapatologiamonocorial. *Rev. peru. ginecol. Obstet*; 2015 Jul-Set. Vol.61 No.3.
 - Roethlisberger M, Strizek B, Gottschalk I, Mallmann MR, Geipel A, Gembruch U, Berg C. First-trimesterintervention in twinreversed arterial perfusionsequence: does sizematter?. *UltrasoundObstetGynecol*; 2017 Jul. Vol. 50(1):40-44.
 - ValdespinoI A, JardonII ME. Gestacióngemelarcon feto acárdico: Presentación de un caso. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*; 2014. Vol. 13(4):561-569.
-