

Avaliação conjunta do Doppler e do PBF na propedêutica da vitalidade em fetos com CIUR: Centralização de fluxo é o limite?

Marcos Roberto Taveira

Presidente do Comitê de Medicina Fetal da SOGIMIG

Estudo multicêntrico foi publicado em dezembro de 2006, com o objetivo de avaliar o desempenho do Perfil Biofísico Fetal (PBF) e do Doppler fetal, arterial e venoso na propedêutica da vitalidade em fetos com Crescimento Intra-Uterino Restrito (CIUR).

Foram avaliados 328 fetos com CIUR. As pacientes foram acompanhadas com Doppler das artérias umbilicais (AU), Doppler da artéria cerebral média (ACM), Doppler do Ducto Venoso (DV) e também com o PBF.

Foram identificados três grupos de acordo com as alterações do Doppler: GRUPO 1 = aumento isolado do Índice de Pulsatilidade (IP) nas umbilicais. Grupo 2 - centralização de fluxo (Redução do IP na ACM), associado ao Doppler da umbilical alterado e o grupo 3 caracterizado pela alteração no Ducto Venoso e três grupos de acordo com o PBF normal quando maior que 6 em 10; duvidoso se igual a 6 ou quando igual a 8 associado a oligohidrâmnio e alterado quando menor que 6 ou igual a 6 associado a oligohidrâmnio.

Nos resultados obtidos foram 109 pacientes com alteração isolada no Doppler da AU (33,2%), 87 com centralização de fluxo (26,5%) e 132 casos com alteração no DV (40,2%).

O resultado do PBF foi normal em 158 casos (48,2%), duvidoso em 68 (20,7%) e alterado em 102 (31,1%).

A avaliação pelos dois métodos foi concordante em 146/328 fetos (44,5%). Nos 115/182 (63,2%) casos em que os exames foram discordantes, o PBF foi o teste que melhor refletiu a realidade da vitalidade fetal.

Dentro das combinações possíveis, o achado de Doppler umbilical alterado com PBF > 6 esteve associado a alterações gasométricas mínimas no sangue de cordão. Quando presentes redução do IP na ACM e PBF duvidoso o PH fetal permaneceu inalterado, mas houve um aumento na incidência de natimortalidade e necessidade de interrupção precoce da gestação.

O achado de diástole zero e/ou reversa nas artérias umbilicais foi significativamente maior no grupo com Doppler de DV alterado.

Houve aumento significativo nas taxas de natimortalidade e de mortalidade perinatal, da ocorrência de acidose fetal ($PH < 7,2$), e de Apgar menor que 7 no quinto minuto no grupo com DV alterado.

Os mesmos resultados foram observados no grupo com PBF alterado, acrescidos de uma maior incidência de hipoxemia fetal.

Quando o PBF e o DV estavam alterados, observou-se aumento na incidência de acidose fetal e da mortalidade perinatal.

O estudo conclui que tanto o Doppler quanto o PBF possibilitam uma estratificação confiável dos fetos com CIUR em grupos de risco, contudo, os resultados não mostraram uma relação consistente entre os exames.

Deve-se ressaltar que o comprometimento da vitalidade fetal pode levar a alterações independentes nos dois exames, contradizendo a premissa de que o PBF altera-se tardiamente em relação ao Doppler.

Para se determinar o melhor momento da interrupção da gestação em fetos portadores de CIUR devem ser analisados os riscos de hipóxia e acidose intra-útero contra os riscos da prematuridade. A centralização de fluxo fetal diagnosticada pelo Doppler, durante quase duas décadas, norteou as condutas.

Contudo, nas situações de prematuridade, principalmente abaixo de 34 semanas, a centralização parece não ser mais o limite extremo da permanência do feto intra-útero. Ressaltando que até a 29ª semana de gestação, a cada dia de permanência intra-útero, aumenta-se em 2% a chance de sobrevivência pós-natal.

Nestes casos, deve-se associar os exames de PBF e o Doppler do Ducto Venoso. Se um deles e principalmente quando ambos estiverem alterados, deve-se proceder a interrupção da gestação. Mas se ambos estiverem normais, ou em caso de discordância dos exames, a conduta deve ser individualizada caso a caso, principalmente quando o PBF estiver normal. A gestação poderá ser mantida, mediante protocolo rigoroso de acompanhamento fetal.

A presença de marcadores de maior gravidade do comprometimento da vitalidade fetal deve ser considerada: o oligohidrânio acentuado ($ILA < 5$ ou maior bolsão de líquido amniótico < 2 cm), a diástole reversa na artéria umbilical, a presença de pulsatilidade na veia umbilical, onda A ausente ou reversa no DV e a presença de regurgitação em válvula mitral ou tricúspide. Nestes casos, a interrupção da gestação deve ser agilizada devido a gravidade que representam.

Em virtude do exposto, recomenda-se a individualização das condutas, na interpretação dos exames de vitalidade nos fetos portadores de CIUR e nas situações de risco para insuficiência placentária.

Referência: A.A. Baschat; HL Galan; A Bhide; C Berg; ML Kush; D Oepkes; B Thilaganathan; U. Gembruch; CR Harman.

Doppler and biofiscal assessment in growth restricted fetuses: distribution of test results. Ultrasound Obstetrics and Gynecology, 2006, 27: 41-47.

Leitura Complementar: C. Camille Hoffman; HL Gallan: Assessing the at risk fetus: Doppler ultrasound.

Curr Opin Obstet Gyencol; 2009; 21:161- 166. S Gungor; CR Harman; A Baschat.