



# Gravidez e Esclerodermia

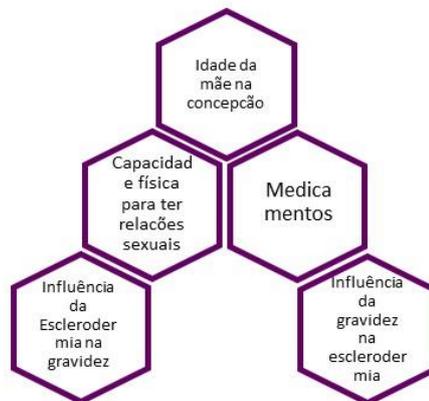
*Silvia Breda*  
*Unit of Rheumatology and Internal Medicine*  
*HPG23,*  
*Bergamo, Italy*

## No passado...

A esclerodermia tem sido considerada uma contraindicação para a gravidez, devido ao risco de desfecho fetal e materno, incluindo a morte materna.

## O presente...

---



## Vida Sexual

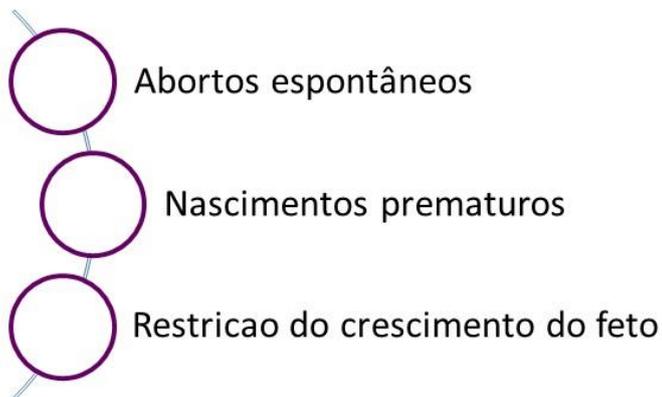
Pode ser afetada por aspetos da doença:

- Espessamento da pele e alterações no aspeto físico
- Contraturas nas articulações
- Alterações vasculares e úlceras

- Outros problemas sexuais relacionados com a esclerodermia: fadiga (60%), dispareunia relacionada com secura vaginal (42%) ou desconforto (38%) e dor no corpo/mãos (40%) devido ao fenómeno de Raynaud ou úlceras digitais.

## Influência da Esclerodermia na Gravidez

---



### Abortos espontâneos

A maioria dos estudos consideram que o aborto espontâneo ocorre antes da 20 a semana de gestação.

- Num estudo, a taxa de abortos espontâneos foi idêntica (15%) antes e depois do início da esclerodermia, enquanto que em dois estudos a taxa foi superior depois do início da doença (11% vs. 15% and 13% vs. 19%).
- Dois estudos prospetivos não encontraram diferença na taxa de abortos espontâneos tendo em conta o subtipo cutâneo (limitada vs. difusa).
- *A taxa de abortos espontâneos não parece ser diferente entre mulheres com esclerodermia e mulheres da população geral*

### Nascimentos Prematuros

Qualquer nascimento antes de completar as 37 semanas de gestação:

- Em pacientes com esclerodermia a taxa de nascimentos prematuros variou de 11% a 40% das gravidezes  
(em comparação com 11% de todos os nados vivos a nível mundial)
- Com o início da doença, a taxa de partos prematuros aumenta de 8 para 15%.
- Não existem diferenças significativas entre esclerodermia localizada e difusa.

## **Restrição do crescimento do feto**

Definido como <10º percentil para a idade gestacional; associado ao aumento do risco de morbidade e mortalidade significativa.

- A restrição do crescimento foi maior nas mulheres com esclerodermia do que no grupo de controlo, em dois estudos recentes
- Os obstetras devem estar atentos a esse risco, e o crescimento fetal deve ser seguido de perto com a ecografia

## **Influência da Gravidez na Esclerodermia**

- Fenómeno de Raynaud
- Envolvimento Renal
- Envolvimento Pulmonar
- Envolvimento Cardíaco

## **Fenómeno de Raynaud**

Resultados depois da gravidez:

- ✓ Estável : 67%
- ✓ Piorou: 1%
- ✓ Melhorou: 32%

## **Hipertensão Arterial Pulmonar**

- As grávidas com HPA devem ser informadas acerca do risco da gravidez e o término desta deve ser ponderado.
- Um relatório recente indica que o resultado das gravidezes na HPA melhorou, pelo menos quando a HAP está bem controlada
- Estes dados devem ser confirmados por estudos maiores
- Terapias direcionadas a doenças, parto planeado e colaboração efetiva entre obstetras e a equipe PAH

## **Doença Pulmonar Intersticial**

- Alguns estudos indicam que os pacientes com doença pulmonar restritiva toleram a gravidez razoavelmente bem, mas muitos têm parto prematuro.
- Sem um limite validado para contraindicar a gravidez, parece razoável evitar uma gravidez se a capacidade vital forçada (CVF) for inferior a 50% prevista.
- O monitoramento próximo da espirometria e saturação de oxigênio é obrigatório, particularmente a partir do segundo trimestre, e a terapia com oxigênio deve ser introduzida, se necessário

## Envolvimento Renal

- A crise renal da esclerodermia é a complicação renal mais grave (5-20%)
- Fatores de risco: Envolvimento cutâneo difuso
  - Uso de glucocorticoides ( $\geq 15$  mg/dia de prednisona)
  - Anticorpos anti-RNA polimerase III

Crise Renal de Esclerodermia	PREECLAMPSIA
Hipertensão	Hipertensão +
Insuficiência Renal Aguda	Proteinúria
Dor de cabeça	e/ou
Febre	Disfunção orgânica final após 20 semanas d
Retinopatia hipertensiva	gestação
Encefalopatia	
Edema Pulmonar	

## Envolvimento Cardíaco

- Os fatores de risco associados a um evento cardíaco adverso durante a gravidez incluem evento cardíaco prévio ou arritmia

## Recomendações

### Princípios abrangentes:

- O Planejamento familiar deve ser dirigido a cada paciente em idade reprodutiva e o ajustamento do tratamento deve ser considerado antes de planejar a gravidez.
- O tratamento de doentes reumáticos antes/durante a gravidez e aleitamento deve prevenir ou suprimir a atividade da doença na mãe e não prejudicar o feto/criança.
- O risco para a criança, do tratamento com medicamentos, deve ser avaliado em função do risco para a mãe do não tratamento

- D. A decisão do uso de medicamentos durante a gravidez e aleitamento deve ser do médico internista/reumatologista, ginecologista/obstetra e do paciente, podendo incluir-se nesta decisão outros profissionais de saúde.

### **Medicamentos: Gravidez**

1. Medicamentos com compatibilidade comprovada: hidroxicloroquina, cloroquina, sulfasalazina, azatriopina, ciclosporina, tacrolimus e colchicina. Devem continuar a ser tomados na gravidez para manter a remissão ou para tratamento.
2. Metotrexato, Micofenolato Mofetil e Ciclofosfamida são teratogênicos e deve interromper-se esta medicação antes da gravidez.
3. Medicamentos anti-inflamatórios, não-esteroides e, prednisona podem ser utilizados na gravidez, se forem necessários para controlar os sintomas da doença.
4. Em casos graves de doença, metilprednisolona, imunoglobulina intravenosa ou mesmo ciclofosfamida no segundo e terceiro trimestre podem ser considerados.

### **Mensagens**

- As mulheres com esclerodermia podem ter gravidezes com êxito, apesar de terem um maior risco de que o bebê seja prematuro e que nasça com pouco peso.
- A progressão da doença durante, ou depois da gravidez é rara, mas é possível.
- Corticosteroides tomados durante a gravidez estão associados ao risco de prematuridade, enquanto que o ácido fólico é considerado protetor.
- A gravidez deve ser evitada em mulheres com envolvimento grave dos órgãos. Deve ser apoiada em mulheres com diagnóstico recente.

**A gravidez já não é negligenciada na esclerodermia.**

## **CONCLUSÕES**

### **Antes da gravidez...**

- Identificar pacientes com alto risco: estudar subtipo cutâneo, duração da doença < ou > 4 anos, avaliar o envolvimento dos órgãos e o perfil de anticorpos (especialmente para os anticorpos antifosfolipídicos).
- Avaliar a teratogenicidade dos medicamentos parar ou alterar os que forem teratogênicos.
- Iniciar o ácido fólico.

### **Durante a gravidez...**

- Abordagem multidisciplinar
- Restringir tanto quanto possível o uso de corticosteroides
- Monitorização fetal
  - tamanho do feto
  - atividade uterina

- fluxo das artérias uterinas e umbilicais
- Monitorização materna
  - Tensão arterial

**Depois do parto...**

- Cuidadosa monitorização, incluindo tensão arterial e exames de sangue (função renal e contagem total de sangue)
- Progressiva reintrodução da medicação prévia à gravidez.