Variz da porção intra-abdominal da veia umbilical

Portion of intra-abdominal umbilical vein varix

JOSÉ MAURO MADI – Médico ginecologista e obstetra.
JOSÉ ROBERTO FESTUGATO – Médico ginecologista, obstetra e ultra-sonografista.
ROBERTO ROMBALDI NETO – Médico ginecologista, obstetra e ultra-sonografista.
RENATO LUÍS ROMBALDI – Médico ginecologista e obstetra.
SÔNIA REGINA CABRAL MADI – Médica ginecologista e obstetra.
ELIAS RIBEIRO – Médico ginecologista e obstetra.

Trabalho realizado no PRIMAGEM – Clínica de Ultra-Sonografia e Medicina Fetal.

✉ Endereço para correspondência:
José Mauro Madi
Rua Borges de Medeiros, 560 – 2º andar
95020-310 – Caxias do Sul – RS, Brasil
Fone: (54) 3223-0336
💻 jmmadi@brturbo.com

RESUMO

Os estudos sobre a variz da porção intra-abdominal da veia umbilical são raros, contraditórios, pouco elucidativos, mormente em virtude do pequeno número de casos estudados e publicados. Por se tratar de patologia umbilical que eventualmente se apresenta associada a resultados fetais adversos, decidiu-se pela apresentação de um caso, que primou por diagnóstico ultra-sonográfico precoce e por evolução normal do concepto.

UNITERMOS: Variz da Porção Intra-Abdominal da Veia Umbilical, Anormalidade do Cordão Umbilical; Diagnóstico Ultra-Sonográfico.

ABSTRACT

Studies of varix of the intra-abdominal portion of the umbilical vein are rare, contradictory, unclear, meanly by small number of studied and published cases. Due to a poor fetal prognosis in association with this umbilical pathology we decided to show a case, with early sonogram evaluation and normal fetal evolution.

KEY WORDS: *Varix of the Fetal Intra-Abdominal Umbilical Vein, Umbilical Cord Anomaly, Sonographic Diagnosis.*

INTRODUÇÃO

A variz da porção intra-abdominal da veia umbilical (VPIAVU) é uma entidade rara. O significado clínico deste achado não é claro, embora alguns textos o associem a resultados perinatais adversos. No geral, a anomalia não parece estar vinculada a problemas fetais graves (1).

RELATO DO CASO

Gestante de 29 anos, prenhe pela segunda vez e com um parto cesáreo anterior, realizou exame ultra-sonográfico na 17ª semana que identificou anatomia fetal normal.

Na 28ª semana da gravidez, exame ultra-sonográfico rotineiro permitiu o diagnóstico de VPIAVU, que apresentava diâmetro de 9,8mm (Figura 1). A repetição do exame na 33ª semana da gestação identificou aumento da anomalia cística, agora com diâmetro de 10,5mm (Figura 2). O Doppler colorido revelou fluxo venoso em continuidade com a veia umbilical, que se encontrava normalmente conectada ao ducto venoso, caracterizando o diagnóstico de dilatação da porção intra-abdominal extra-hepática da veia umbilical. O fluxo venoso estava presente através da lesão, sugerindo ausência de trombo (Figura 3). O parto ocorreu em 30/10/2003, mediante operação cesariana, que originou recém-nascido do sexo feminino com 3.180g e que se apresentava normal à ectoscopia. O índice de Apgar no 1º minuto e no 5º minuto foi de 9 e 10, respectivamente. Consulta puerperal realizada em 03/02/2004 identificou infante normal ao exame físico.

DISCUSSÃO

A VPIAVU é uma dilatação localizada da porção intra-abdominal da veia umbilical, representada pelo desenvolvimento de uma anormalidade embriológica. O exame ultra-sonográfico, segundo a literatura copilada, apresenta-se normal entre a 16ª e a 19ª semana de gravidez; da mesma forma, o caso em discussão também teve avaliação ecográfica normal na 17ª semana de gestação. O diagnóstico diferencial da entidade deve ser feito com cistos do uraco ou do ovário, mediante estudo doppler-fluxométrico.

A significância clínica desse achado no pré-natal permanece controversa, ainda que a literatura o associe a altas taxas de mortalidade intra-uterina por trombose da dilatação e hidropisia fetal. O achado também tem sido associado a cromossomopatias. A literatura fornece resultados conflitantes (1-6).

Mahoni et al. citam que o diâmetro normal da veia umbilical intra-abdominal aumenta linearmente de 3mm na 15ª semana de gravidez a

Recebido: 23/08/2005 – Aprovado: 15/02/2006



Figura 1 – Corte transversal do abdômen fetal, demonstrando a VPIAVU com diâmetro de 9,8mm.



Figura 2 – Corte transversal do abdômen fetal, demonstrando a VPIAVU com diâmetro de 10,5mm.

8mm no termo. O estudo refere quatro casos cujos fetos apresentaram trissomia do 21, bem como correlacionam a patologia com óbito intra-uterino e hidropisia (2). O caso em discussão apresentou dilatação da veia umbilical de 9,8mm e 10,5mm, na 28ª e na 33ª semana, respectivamente, com boa evolução neonatal.

Sepulveda revisou dez gestações com idade média de 27 semanas. Três fetos apresentavam anomalias e pereceram na cavidade uterina, sendo que dois deles haviam desenvolvido anormalidades cromossômicas do tipo trissomia do 18 e do 9. Seis fetos dessa série evoluíram sem anormalidades estruturais. No mesmo estudo, o autor analisa informações neonatais de 42 gestações: 10 recém-nascidos (24%) morreram logo após o nascimento, cinco (12%) apresentaram anormalidades cromossômicas e dois (5%) desenvolveram hidropisia. O autor concluiu que esses conceptos deveriam ser considerados de risco para resultados adversos, ainda que, quando da inexistência de anormalidades, o prognóstico seja freqüentemente bom (3).

No estudo de White, considerando-se série de sete casos, não foram observadas mortes intra-uterinas. Ainda

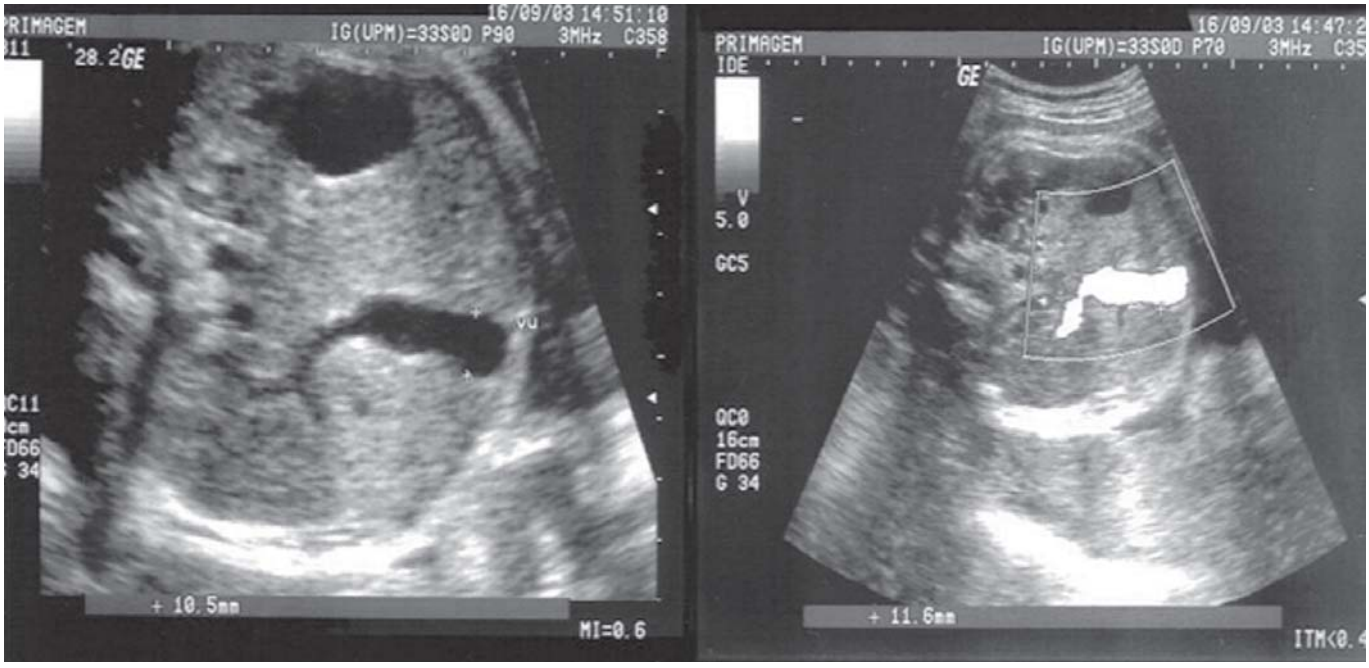


Figura 3 – Estudo dopplerfluxométrico da VPIAVU.

que o número de casos reportados seja baixo, o autor propõe avaliação ultrasonográfica seriada fetal, com particular atenção ao fluxo sangüíneo no interior da variz (4). No estudo em questão, o fluxo venoso esteve sempre presente através da lesão, prevendo ausência de trombo naquele local.

Zalel sugere que cardiotocografia acurada deveria ser proposta quando do diagnóstico de VPIAVU, e que o parto deva ser ultimado logo que a maturidade pulmonar tenha sido alcançada, ou eventual comprometimento da saúde fetal seja logrado. Segundo o autor, polidrâmnio, hidropisia e cardiomegalia não parecem ser preditores de resultados fetais adversos quando da anomalia; o cariótipo não deverá ser solicitado se inexistirem malformações (5).

Rahemtullah et al. relatam série de 25 casos, dos quais onze (48%) eram normais, de termo, com peso adequado para a idade gestacional, e sem evidência de anomalias, três (13%) eram pré-termo, um era sensibilizado pelo fator Rh, oito (35%) apresentavam anomalias estruturais e um apresentava cariótipo 69XXX. O autor reitera que a variz parece estar associada a altas taxas de anomalias fetais (6).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PREFUMO F, THILAGANATHAN B, TEKAY A. Antenatal diagnosis of fetal intra-abdominal umbilical vein dilatation. Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 17:82-5.
2. MAHONY BS, McGAHAN JP, NYBERG DA, et al. Varix of the fetal intra-abdominal umbilical vein: comparison with normal. J Ultrasound Med 1992; 11:73-6.
3. SEPULVEDA W, MACKENNA A, SANCHEZ J, et al. Fetal prognosis in varix of the intrafetal umbilical vein. J Ultrasound Med 1998; 17:171-5.
4. WHITE SP, KOFINAS A. Prenatal diagnosis and management of umbilical vein varix of the intra-amniotic portion of the umbilical vein. J Ultrasound Med 1994; 13:992-4.
5. ZALEL Y, LEHAVI O, HEIFETZ S, et al. Varix of the fetal intra-abdominal umbilical vein: prenatal sonographic diagnosis and suggested in utero management. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16:476-8.
6. RAHEMTULLAH A, LIEBERMAN E, BENSON C, et al. Outcome of pregnancy after prenatal diagnosis of umbilical vein varix. J Ultrasound Med 2001; 20:135-9.