

SÍNDROME HELLP: RELATO DE CASO

HELLP SYNDROME: CASE REPORT

Júlia Lagoa Pedroni¹
Anice Maria Vieira de Camargo
Martins²

1 Médica formada pela Faculdade Santa Marcelina FASM.

2 Prof.a Dra. Da Disciplina de Obstetrícia do Curso Médico da Faculdade Santa Marcelina e Orientadora do Trabalho.

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina apresentado à Faculdade Santa Marcelina de Itaquera.

Recebido para publicação: 2022

Aprovado pelo COPEFASM – Comitê de orientação a Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina P009/2022

Endereço para correspondência:
anice.martins@santamarcelina.edu.br

RESUMO

A síndrome HELLP é um transtorno hipertensivo grave específico da gravidez, descrito em 1982 por Weinstein, que está associado à alta morbimortalidade materna e perinatal. O acrônimo HELLP surgiu a partir da tríade de alterações laboratoriais que caracterizam a doença: hemólise (*Hemolysis*), aumento de enzimas hepáticas (*Elevated Liver enzymes*) e plaquetopenia (*Low Platelets*). As bases do manejo são a prevenção das complicações hemorrágicas e da eclâmpsia, o controle da hipertensão arterial grave e o parto. A interrupção da gestação deve ser feita na dependência da gravidade de cada caso e da idade gestacional. Em gestações acima de 34 semanas, deve-se iniciar a indução do parto imediatamente, enquanto nas gestantes com menos de 34 semanas, na ausência de complicações graves, pode haver benefício em realizar corticoterapia para maturação pulmonar fetal antes do desfecho obstétrico. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de uma paciente gestante diagnosticada com síndrome HELLP em um Hospital de Ensino de referência, localizado no bairro de Itaquera, na Zona Leste de São Paulo, a fim de compreender a sua epidemiologia, os seus aspectos clínicos e laboratoriais e o manejo empregado no seu tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: síndrome HELLP; pré-eclâmpsia; eclâmpsia; gestação de alto risco.

ABSTRACT

HELLP syndrome is a severe hypertensive disorder specific to pregnancy, described in 1982 by Weinstein, which is associated with high maternal and perinatal morbidity and mortality. The acronym HELLP arose from the triad of laboratory alterations that characterize the disease: hemolysis (*Hemolysis*), increase in liver enzymes (*Elevated Liver enzymes*) and thrombocytopenia (*Low Platelets*). The bases of management are the prevention of bleeding complications and eclampsia, the control of severe arterial hypertension and childbirth. Interruption of pregnancy should be carried out depending on the severity of each case and the gestational age. In pregnancies over 34 weeks, labor induction should be started immediately, while in pregnant women with less than 34 weeks, in the absence of serious complications, there may be benefit in performing corticosteroid therapy for fetal lung maturation before the obstetric outcome. The objective of this work

is to report a case of a pregnant patient diagnosed with HELLP syndrome in a reference University Hospital, located in the neighborhood of Itaquera, in the East Zone of São Paulo, in order to understand its epidemiology, its clinical and laboratory aspects and the management used in its treatment.

KEYWORDS: HELLP Syndrome, pre-eclampsia, eclampsia, high-risk .

INTRODUÇÃO

Definição

A síndrome HELLP é um transtorno hipertensivo grave específico da gravidez, descrito em 1982 por Weinstein, que está associado a alta morbimortalidade materna e perinatal.¹ O acrônimo "HELLP" surgiu a partir da tríade de alterações laboratoriais que caracterizam a doença: hemólise (*Hemolysis*), aumento de enzimas hepáticas (*Elevated Liver enzymes*) e plaquetopenia (*Low Platelets*).²

Epidemiologia

Estima-se que sua incidência seja de 0,2 a 0,6% de todas as gestações e de 10 a 20% dos casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia.¹ Cerca de um terço dos diagnósticos de síndrome HELLP são realizados somente no período pós-parto^{3,4}. No que diz respeito ao número de partos das gestantes, existe uma maior prevalência dos casos da síndrome em multíparas^{5, 6, 7}; além disso, a ocorrência de transtorno hipertensivo em gestação anterior é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno hipertensivo na gestação atual^{5,7,8,9}. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Síndrome HELLP é responsável por um quarto das mortes maternas na América Latina.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da Síndrome HELLP ainda não foi esclarecida. É sabido que a condição está relacionada à anemia hemolítica microangiopática, ao vasoespasmo no fígado materno e à vasoconstrição sistêmica.⁴

Manifestações clínicas

As manifestações clínicas são variadas e inespecíficas. Geralmente, ocorrem mal-estar, cefaleia, náuseas e vômitos, dor epigástrica e/ou no hipocôndrio direito, perda do apetite, escotomas e elevação da pressão arterial^{4,5}.

Fazem parte das complicações da síndrome: formação de hematoma hepático subcapsular, rotura hepática, coagulação intravascular disseminada e insuficiência renal aguda, geralmente causada por necrose tubular aguda^{4,10,11}; além disso, existe ainda uma correlação com complicações neurológicas, como hemorragia intracraniana, acidente vascular cerebral e síndrome da encefalopatia reversível posterior^{12, 13, 14, 15}.

Diagnóstico

O diagnóstico da síndrome é obtido por meio dos parâmetros laboratoriais descritos por Sibai: a) hemólise evidenciada pela presença de esquizófitos em esfregaço de sangue periférico, bilirrubina total igual ou superior a 1,2 mg/dL (à custa de bilirrubina indireta) e desidrogenase láctica (LDH ou DHL) superior a 600 UI/L; b) elevação de enzimas hepáticas (TGO ou AST igual ou superior a 70 UI/L); c) plaquetopenia (contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm³)¹⁶. O diagnóstico deve ser obtido, idealmente, de forma precoce, ainda na fase assintomática.

Todas as pacientes com pré-eclâmpsia devem realizar pesquisa laboratorial de plaquetopenia, hemólise e alterações hepáticas^{4,17}. É de grande importância a diferenciação diagnóstica entre Síndrome HELLP e as demais patologias, que são passíveis de ocorrer durante o ciclo gravídico puerperal. Os principais diagnósticos diferenciais são: pancreatite, hepatite aguda, colecistite aguda, lúpus, púrpura trombocitopênica, síndrome hemolítico-urêmica, choque e esteatose hepática aguda da gestação⁴.

Tratamento

As bases do manejo são a prevenção das complicações hemorrágicas e da eclâmpsia, o controle da hipertensão arterial grave e o parto. A interrupção da gestação deve ser feita na dependência da gravidade de cada caso e da idade gestacional. Em gestações acima de 34 semanas, deve-se iniciar a indução do parto imediatamente, enquanto, nas gestantes com menos de 34 semanas, na ausência de complicações graves, pode haver benefício em se realizar corticoterapia para maturação pulmonar fetal antes do desfecho obstétrico^{4, 6,18,19}.

JUSTIFICATIVA

A Síndrome HELLP é uma patologia grave, com fisiopatologia incerta, que ainda acarreta importante impacto na morbimortalidade materna e fetal; por esse motivo, o autor considera relevante o relato de um caso de uma gestante diagnosticada com a síndrome, visando a um maior entendimento acerca do seu comportamento⁷.

OBJETIVO

O objetivo é o seguinte: relatar um caso de uma paciente gestante diagnosticada com Síndrome HELLP em um Hospital Universitário de referência, localizado no bairro de Itaquera, na Zona Leste de São Paulo, a fim de se compreenderem a epidemiologia, os aspectos clínicos e laboratoriais e o manejo empregado no seu tratamento⁸.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo relato de caso, no qual serão coletados dados diretamente do prontuário eletrônico de uma paciente, diagnosticada com Síndrome HELLP, de um Hospital Universitário de referência, localizado no bairro de Itaquera, na Zona Leste de São Paulo²⁰. O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina Santa Marcelina (COPE-FASM). Após aprovação, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado à paciente, a fim de se esclarecerem os objetivos da pesquisa e de se obter, de forma voluntária, a autorização para análise dos dados do seu prontuário⁹.

RELATO DE CASO

A.E.V.C., feminino, 33 anos, branca, gestante (gestação tópica; idade gestacional 31 semanas e 3 dias pelo ultrassom; G5 PC3 A1), foi admitida no Centro Obstétrico do Hospital Santa Marcelina de Itaquera em São Paulo, devido a pico pressórico de 170x120 mmHg. Relatava dor em andar inferior de abdome e região lombar, de forte intensidade, há um dia, além de cefaleia. Negava outros sinais e sintomas. Seus antecedentes obstétricos eram: 1ª gestação: abortamento espontâneo com 12 semanas, em 2011, com necessidade de realização de curetagem uterina; 2ª gestação: cesariana devido iminência de eclampsia, em 2017, RNPT 35 semanas, peso 2.130g; 3ª gestação: cesariana devido síndrome HELLP, em 2019, RNPT 32 semanas, peso 1.650g; 4ª gestação: cesariana devido iminência de eclampsia, em 2021, RNPT 28 semanas e 1 dia, peso 1.220g; 5ª gestação: atual. Ao exame toco ginecológico, apresentava altura uterina de 28 cm, movimentação fetal presente, dinâmica uterina ausente, batimento cardíaco fetal de 140 bpm e colo uterino grosso, posterior e impérvio. Na admissão, foram iniciados, para crise hipertensiva: Hidralazina 50 mg por via oral, Nifedipina 20 mg por via oral e Metildopa 500 mg por via oral.

Foram solicitados ainda exames laboratoriais para investigação de Síndrome HELLP, que evidenciaram: hemoglobina de 11,5 g/dL; hematócrito de 35,1%; leucócitos de 10.560 /mm³; plaquetas de 48.310 /mm³; ureia de 33 mg/dL; creatinina de 0,67 mg/dL; bilirrubina total de 1,97 mg/dL; bilirrubina indireta de 1,43 mg/dL; bilirrubina direta de 0,54 mg/dL; ALT de 43 U/L; AST de 66 U/L; e DHL de 602 U/L.

A paciente foi internada para estabilização e assistência materno-fetal. No primeiro dia de internação hospitalar, a paciente apresentou um episódio de epistaxe, além de sangramento

vaginal. Foi iniciado Sulfato de magnésio 10% (dose de ataque 10 mL diluídos em 250 mL de soro glicosado a 5%, realizada em 20 minutos; dose de manutenção em bomba de infusão, 10 mL diluídos em 250 mL de soro glicosado a 5%, correndo 72,5 mL por hora).

Foi realizada ainda Betametasona 12 mg intra-muscular para aceleração da maturidade pulmonar fetal. Foram mantidas as medicações para controle pressórico que haviam sido prescritas na admissão¹⁰. A paciente continuou apresentando novos picos pressóricos, sendo indicada resolução obstétrica devido Síndrome HELLP. A gestante foi submetida à cesariana e laqueadura tubária. No intraoperatório, evoluiu com hemorragia importante, sendo necessária a realização de salpingectomia bilateral. O procedimento ocorreu sob anestesia geral. Nasceu feto único, vivo, masculino, com 1.450g e APGAR 6/9. Tanto a puérpera quanto o recém-nascido foram admitidos em leito na unidade de terapia intensiva.

Ainda no primeiro dia de internação, após a resolução obstétrica, a paciente passou a evoluir com melhora dos parâmetros pressóricos e dos marcadores laboratoriais de Síndrome HELLP. O sulfato de magnésio foi suspenso 24 horas após o parto, sem sinais clínicos de intoxicação como: ausência de reflexo patelar, frequência respiratória menor do que 12 incursões respiratórias por minuto ou diurese menor do que 100 mL em 4 horas, não sendo necessária a administração de gluconato de cálcio 10% por via endovenosa. No terceiro dia de internação hospitalar, a puérpera recebeu alta da unidade de terapia intensiva para a enfermaria da Ginecologia e Obstetrícia, onde foi realizada Imunoglobulina Anti-RH 300 mcg, intramuscular, devido risco de Isoimunização. Recebeu alta hospitalar no 4º dia pós-operatório com prescrição para uso domiciliar de Metildopa 250mg, 2 comprimidos, de 6 em 6 horas; Anlodipino 5mg, 1 comprimido, de 12 em 12 horas; e Hidralazina 50mg, 1 comprimido, de 6 em 6 horas¹¹.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente caso ilustra o caso de uma gestante diagnosticada com síndrome HELLP, uma patologia obstétrica grave, com histórico de transtorno hipertensivo em todas as suas gestações anteriores e síndrome HELLP na sua terceira gestação, em 2019.

Tanto a paciente em questão, quanto o recém-nascido tiveram boa evolução clínica após o parto. Conclui-se que o diagnóstico precoce e a terapêutica otimizada e individualizada para cada paciente são essenciais para reduzir a taxa de morbimortalidade materna e fetal; além disso, cabe ressaltar que foram identificados alguns enganos na prescrição médica, visto que as evidências científicas atuais mostram que se deve utilizar Hidralazina por via endovenosa e/ou Nifedipina por via oral em gestantes com crise hipertensiva. O uso da Hidralazina por via oral não está recomendado no manejo da crise hipertensiva e não tem eficácia após a crise. A Metildopa, por sua vez, é pouco efetiva no tratamento da crise hipertensiva, porque o seu pico de ação demora de 3 a 6 horas para acontecer^{21, 22, 12}.

REFERÊNCIAS

1. Sass N, Oliveira LG. Obstetrícia. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
2. Zugaib M, Francisco RP. Zugaib Obstetrícia. 3. ed. Barueri, SP: Manole; 2016.
3. Martins-Costa SH, et al. Rofinas em obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
4. FEBRASGO. Orientações e Recomendações: Pré-eclâmpsia; 2017.
5. Ribeiro J F, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com síndrome HELLP. Revista de Enfermagem da UFSM. 2017;6(4):569 -577.
6. Guimarães JP et al. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP em uma maternidade pública. Revista Brasileira de Educação e Saúde. 2014;4(1): 1-17.
7. Fialho, LA et al. Identificação do perfil epidemiológico e dos fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais relacionados ao desenvolvimento da síndrome hellp. Brazilian Journal of Health Review. 2021;4(2):7965–7977.
8. Da Silva JA et al. Fatores de risco para a Doença Hipertensiva Específica da Gestação no Brasil. Artigos publicados em periódicos (UNIT-AL_BIO). Centro Universitário Tiradentes: UNIT/AL; 2019.
9. Kahhale SF, Zugaib MR; Pré-eclâmpsia. Revista de Medicina. 2018;97(2): 226-234.
10. Sibai BM. et al. Acute renal failure in hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy outcome and remote prognosis in thirty-one consecutive cases. American journal of obstetrics and gynecology. 1990;162(3):777-83.
11. Dorigoni SM. Insuficiência renal aguda em pacientes com Síndrome Hellp. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2001.
12. Rayes M et al. Good outcome in HELLP syndrome with lobar cerebral hematomas. Neurocritical Care. 2011;14(2):276-80.
13. Rezaei S et al. Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets, Severe Fetal Growth Restriction, Postpartum Subarachnoid Hemorrhage, and Craniotomy: A Rare Case Report and Systematic Review. Case Rep Obstet Gynecol. 2017;8481290.
14. Paul BS et al. Spectrum of neurological complications in HELLP syndrome. Neurology India. 2013; 61(5): 467-471.
15. Dantas GB. Neurological complications of hellp syndrome. Brazilian Journal of Health Review. 2021; 4(4).
16. Sibai BM. et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 1986;155(3):501-509.
17. Belloto PCB, Krebs VA, Da Silva MR. Síndrome de Hellp e Mortalidade Materna: uma revisão integrativa. Brazilian journal of health review. Curitiba. 2021;4(2): 6297-6311.
18. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A review. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9(8).
19. Magann EF, Martin JN. Twelve steps to optimal management of HELLP syndrome. Clinical obstetrics and gynecology. 1999;42(3).
20. Praça FSG. Metodologia da Pesquisa Científica: organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão. Revista eletrônica "Diálogos Acadêmicos". 2015;8(1):72-87.
21. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF. Síndromes Hipertensivas na Gestação – Manejo na Emergência. Portaria SES-DF nº 27, de 15 de janeiro de 2019. Distrito Federal. 2019.
22. Tanure, LM. et al. Manejo da crise hipertensiva em gestantes. FEMINA. 2014;42(4):175-178.

A responsabilidade de conceitos emitidos e de todos os artigos publicados caberá inteiramente aos autores.

Da mesma forma os autores serão responsáveis também pelas imagens, fotos e ilustrações inclusas no trabalho a ser publicado.