

Eclâmpsia tardia: relato de caso

Late eclampsia: a case report

William Schneider da Cruz Krettli¹, Matheus Alves Catae², Pedro Marques Rocha², Rafael Andrade Coelho², Rafael Antonio Madeira², Thiago Marques Leão², Thiago D'Angelis Ferreira²

¹Obstetra do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

²Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil

RESUMO

A eclâmpsia constitui-se em tipo de distúrbio hipertensivo, caracterizada pela manifestação de coma ou convulsões em gestantes hipertensas ou com pré-eclâmpsia que não apresentam doenças neurológicas subjacentes. Pode ocorrer no pré, intra e pós-parto (puerpério). É denominada eclâmpsia tardia quando acontece entre 48 horas e quatro semanas pós-parto. Este relato apresenta primigesta com pré-eclâmpsia prévia na evolução de sua gravidez, que estava no nono dia de pós-parto e manifestou cefaleia acompanhada de convulsões. A eclâmpsia tardia deve ser reconhecida com a finalidade de reduzir sua morbimortalidade e preservar a saúde da paciente.

Palavras-chave: Eclâmpsia; Período Pós-Parto; Complicações Cardiovasculares na Gravidez; Convulsões.

ABSTRACT

Eclampsia is a type of hypertensive disorder, that is characterized by the onset of coma or seizures in patients with hypertension or preeclampsia, with no other underlying neurological disease. It may occur prepartum, intrapartum and during postpartum care. It is called late eclampsia when it occurs between 48 hours and 4 weeks postpartum. This report presents a primipara patient with a history of preeclampsia in her pregnancy, who developed headache accompanied by seizures on the ninth day of puerperium. It also provides a brief discussion on late eclampsia and the importance of recognizing this disorder in order to reduce morbidity and mortality and to preserve the health of the patient.

Key words: Eclampsia; Postpartum Period; Pregnancy Complications, Cardiovascular; Seizures.

INTRODUÇÃO

As desordens hipertensivas são a principal causa de morbidade e mortalidade materna e perinatal no mundo.¹ Entre essas alterações encontra-se a eclâmpsia, definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma em gestante que apresenta hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, uma vez excluída a existência de doenças neurológicas subjacentes.²

A eclâmpsia é classificada em anteparto (38-53%), intraparto (18-36%) e pós-parto (11-44%), de acordo com o momento da manifestação das crises convulsivas.³ Essas variações temporais da manifestação indicam a necessidade de acompanhamento rigoroso das gestantes com disfunções hipertensivas que vai além do pré-natal.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Matheus Alves Catae
Rua: Luiz Soares da Rocha, 458/901
Bairro: Luxemburgo
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30.380-600
Email: matheuscatae@hotmail.com

Este relato tem o objetivo de exemplificar a possibilidade de complicação de distúrbio hipertensivo gestacional mesmo já no nono dia de puerpério.

RELATO DE CASO

Paciente de 16 anos de idade, primigesta, puérpera (parto vaginal a termo em 25/02/11), com história de pré-eclâmpsia grave, foi admitida em 06/03/11 no Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HRTN) devido à cefaleia e à crise convulsiva tônico-clônica. Evidenciados outros episódios de crises convulsivas (ao todo seis, com o último no dia 06/03 por volta das 11 horas), sendo administrados diazepam, fenitoína e sulfato de magnésio. Evoluiu com hipertensão arterial sistêmica, sendo iniciado nitroprussiato de sódio. Foi realizada propeidêutica para HELLP que não evidenciou alterações de transaminases ou plaquetopenia, tomografia computadorizada (TC) de crânio compatível com hemorragia subaracnóidea aguda espontânea (HSAE) e US endovaginal compatível com puerpério. Não apresentava alterações ao toque vaginal. No dia 07/03/2011 não houve recorrência das crises convulsivas e foi realizada nova TC de crânio, não havendo discordância em relação à anterior. Foi transferida para o HC-UFMG em 07/03/2011 para realização de arteriografia dos vasos cerebrais e investigação de HSAE. Esse exame foi realizado em 09/03/11 sem intercorrências, sem evidenciar alterações. Permaneceu internada, sendo monitorizada, e recebeu tratamento conservador e de controle pressórico. No dia 24/03/2011 recebeu alta do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do hospital. Permaneceu internada devido a intercorrências não relacionadas à eclâmpsia.

DISCUSSÃO

A eclâmpsia que acontece com mais de 48 horas e menos de quatro semanas do pós-parto é classificada como eclâmpsia tardia.^{3,4}

A eclâmpsia tardia pode ser precedida por sinais e sintomas relacionados a distúrbios visuais, gástricos e do sistema nervoso, como: escotomas, visão

embaçada, náuseas, vômitos, dor em região epigástrica, cefaleia frontal/occipital, obnulação.² A vigência desses sintomas poderia ajudar a identificar a necessidade de a paciente retornar ao serviço obstétrico, porém nem sempre esses pródromos estão presentes.

A eclâmpsia, se não diagnosticada e tratada precocemente, pode levar a elevadas taxas de morbimortalidade e causar complicações graves para a mãe (como edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral, distúrbios de coagulação e até mesmo morte materna) e para o feto nos casos em que ocorra antes do parto.⁵ Somadas essas considerações à possibilidade de a eclâmpsia tardia também acometer pacientes previamente normotensas⁴ e ao seu potencial de morbidade e mortalidade, fica evidente a sua importância como entidade clínica de urgência.

CONCLUSÃO

O objetivo deste relato é mostrar que a eclâmpsia não se restringe somente ao período gestacional, podendo acontecer também no puerpério tardio e que seu diagnóstico e manejo precoce são fundamentais para reduzir riscos e complicações. Além disso, é importante estar atento e orientar a paciente quanto à possibilidade de sua recorrência em gestações futuras e que requer acompanhamento e aconselhamento adequado em seu próximo pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr 1;367(9516):1066-74.
2. Peraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005 Out; 27(10):627-34.
3. Sibai BM. Diagnosis, Prevention, and Management of Eclampsia. *Obstet Gynecol*. 2005 Feb; 105(2):402-10.
4. Munjuluri N, Lipman M, Valentine A, Hardiman P, Maclean AB. Postpartum eclampsia of late onset. *BMJ*. 2005 Nov 5; 331(7524):1070-1.
5. Corrêa MD, Corrêa Jr MD. Pré-eclâmpsia e eclâmpsia. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Jr MD, editores. *Noções práticas de obstetrícia*. 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2004. p.361-81.