

Diagnóstico e conduta na Síndrome HELLP

Diagnosis and management of HELLP Syndrome

Ronald de Souza¹, Rubens Andrade Grochowski¹, Cloves Alves Moutinho Junior¹, Bruno Groppi¹, César Alencar de Lima Rezende²

RESUMO

¹Acadêmico(a) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
²Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina da UFMG, Doutor em Cirurgia pela Faculdade de Medicina da UFMG

A síndrome HELLP é definida classicamente pela presença de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia durante a gravidez. Acredita-se que essa síndrome seja uma variante da pré-eclâmpsia grave, apesar de nem sempre ocorrer hipertensão arterial. A síndrome HELLP ocorre em cerca de 1 a 2 casos a cada 1.000 gestações, e sua importância reside na elevada morbimortalidade materna e fetal. Dessa forma, o diagnóstico oportuno poderá livrar a mãe e o feto dos efeitos deletérios da doença. O tratamento definitivo consiste no parto, entretanto, a conduta dependerá da idade gestacional, da vitalidade fetal e das condições clínicas maternas. Neste artigo revisam-se os principais indícios diagnósticos da síndrome HELLP, bem como as condutas para o melhor benefício materno-fetal.

Palavras-chave: Síndrome HELLP/diagnóstico; Síndrome HELLP/terapia; Hemorragia Pós-Parto; Complicações na Gravidez.

ABSTRACT

HELLP syndrome is classically defined by the presence of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (thrombocytopenia), during pregnancy. It is considered a variant of severe pre-eclampsia, although hypertension might not always occur. HELLP syndrome occurs in approximately 1 to 2 cases per 1000 pregnancies, and its importance is related to the high maternal and fetal mortality. Thus the diagnosis should be able to deliver mother and fetus from the deleterious effects of the disease. The definitive treatment is the delivery, however HELLP prognosis will depend on the fast diagnosis, and the treatment must take into consideration the gestational age, the fetal and the maternal medical conditions. This review article focus on HELLP syndrome major evidences as well as on the best maternal-fetal beneficial behavior.

Key words: HELLP Syndrome/diagnostic; HELLP Syndrome/therapy; Postpartum Hemorrhage; Pregnancy Complications.

INTRODUÇÃO

Os distúrbios hipertensivos representam importante causa de morbidade durante a gestação. No Brasil, os transtornos hipertensivos constituem a principal causa de morte materna, com cerca de 25% dos casos.

Dentre as formas graves dos transtornos hipertensivos gestacionais, encontra-se a Síndrome HELLP, um acrônimo para os critérios estabelecidos para sua presença: hemólise (*hemolysis*), elevação das enzimas hepáticas (*elevated liver enzymes*) e plaquetopenia (*low platelets*). Acredita-se que a síndrome HELLP seja um *continuum* da pré-eclâmpsia grave; todavia, essa correlação permanece controversa. Sabe-se que a hipertensão arte-

Instituição
Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Ronald de Souza
R. Rio Grande do Norte, 1.299/404
Savassi – Belo Horizonte/MG
CEP: 30130-131
E-mail: ronaldturco@gmail.com

rial sistêmica pode estar ausente em 12 a 18% dos casos ou ser leve em 15 a 50%.

Apesar de o entendimento da história natural da síndrome HELLP ser incompleto, a intervenção oportuna minimizaria os efeitos deletérios da doença tanto para a mãe quanto para o feto. Para o diagnóstico precoce, deve-se realizar propedêutica laboratorial de maneira sistemática nas mulheres com pré-eclâmpsia, eclâmpsia e/ou dor no quadrante superior direito do abdome.

No momento atual, em que a relação custo-efetividade e a prevenção são o foco da Medicina, revisam-se os principais aspectos da síndrome HELLP.

INCIDÊNCIA E MORBIDADE

A síndrome HELLP desenvolve-se em 1 a 2 casos para cada 1.000 gestações e ocorre com taxa de 20% na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia. A maioria dos diagnósticos é realizada entre a 28^a e a 36^a semanas de gestação. A morte materna ocorre em 1 a 24%, dependendo da assistência médica prestada à gestante.⁴ A síndrome HELLP também é considerada importante causa de morbimortalidade perinatal, seja diretamente, via restrição do crescimento intrauterino, ou indiretamente, por meio de associação com o descolamento de placenta e necessidade de parto pré-termo. A taxa de prematuridade é de aproximadamente 70%, o que leva a complicações neonatais, como baixo peso ao nascer, síndrome do desconforto respiratório, pneumonia, displasia bronco-pulmonar, hemorragia intracraniana, enterocolite necrotizante e, logo, a um maior tempo de internação em UTI neonatais.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A síndrome HELLP pode se manifestar de diversas formas, sobretudo no 3^o trimestre da gestação, entretanto, pode ocorrer raramente no 2^o trimestre. A sintomatologia pode aparecer isolada de alterações laboratoriais, contudo, constitui um importante sinal de alerta para a conduta obstétrica.

A apresentação clínica mais frequente da síndrome HELLP ocorre com medidas da pressão arterial acima de 140 x 90 mmHg em 82 a 88% dos casos, acompanhada de proteinúria em 86 a 100% das vezes. A queixa mais comum da síndrome HELLP é

de epigastralgia ou dor no quadrante superior direito (QSD) do abdômen. Acredita-se que a distensão da cápsula hepática (de Glisson) cause dor, devido a áreas de infarto e depósito de fibrina nos vasos hepáticos. Diante da queixa de dor epigástrica e/ou dor no QSD do abdômen em gestantes, a investigação laboratorial de HELLP se faz necessária. Ademais, cefaleia frontal é a segunda queixa mais frequente (48%). Náuseas e vômitos são observados em 34% das pacientes com HELLP, e os escotomas visuais aparecem em 5 a 10%. A presença desses sinais e sintomas associados aos exames laboratoriais sugerem fortemente o diagnóstico.

LABORATÓRIO NA SÍNDROME HELLP

As alterações laboratoriais que acompanham a síndrome HELLP são: aspartato transaminase (AST) superior a 70 U/L, desidrogenase láctica (LDH) acima de 600 U/L e plaquetas abaixo de 100.000 μ /L.³ O encontro de esquizócitos à hematoscopia é um indicador de início da síndrome.

Os achados isolados de um ou dois dos critérios clínicos alterados associados a pré-eclâmpsia grave configuram HELLP parcial, variante com melhor prognóstico. Assim, deve-se considerar síndrome HELLP na presença de esquizocitose, AST elevada e plaquetopenia.

A tomografia computadorizada pode ser útil diante da suspeita de hematomas, ruptura ou infartos hepáticos e, em geral, auxilia no estabelecimento do diagnóstico diferencial, como vasculites, trombofilias, síndrome antifosfolípido e esteatose hepática na gestante.

A avaliação laboratorial básica inclui hemograma completo com contagem de plaquetas e esfregaço sanguíneo, tempo de coagulação, dosagem sérica de: AST e LDH, creatinina, glicose e bilirrubinas. O aumento na bilirrubina direta e o tempo de coagulação alterado desproporcionalmente são incomuns na síndrome HELLP, a menos que a doença esteja muito avançada.³

CONDUTA

O objetivo inicial no tratamento da síndrome HELLP é a estabilização da gestante em conjunto com a avaliação fetal e, quando necessária, a indução do parto.

A hipertensão grave deve ser controlada por meio do uso de drogas como Labetalol, Hidralazina e Nifedipina, reservando o Nitroprussiato de Sódio para os casos menos responsivos às primeiras medicações. Deve-se ainda realizar prevenção de convulsões por meio da administração intravenosa de Sulfato de Magnésio.

O parto é o único modo de cessar os efeitos da doença, entretanto, nem sempre está prontamente indicado, visto que em alguns casos a conduta conservadora pode ser feita em benefício do feto.³ A indução do parto, entretanto, parece ser a conduta mais prudente nos casos em que a gestação já alcançou 34 semanas, quando a avaliação fetal não é tranquilizadora e quando há agravamento da condição materna. A via vaginal do parto não está contraindicada, sendo desejável quando o trabalho de parto já se iniciou, com a ruptura de membranas e com apresentação cefálica fetal. A cesariana é preferível naquelas pacientes com idade gestacional menor que 32 semanas e com colo desfavorável, principalmente quando há comprometimento do feto e hipertensão arterial sistêmica grave não controlada.

A corticoterapia está indicada nas gestações com menos de 34 semanas. A administração de betametasona intramuscular 12 mg em duas doses a cada 24 horas tem sido o esquema mais utilizado para maturação pulmonar fetal.⁴ Já o uso de corticoides em altas doses é controverso, haja vista poucas evidências que esta medida reduza a morbidade materna na síndrome HELLP.

A analgesia deve ser feita preferencialmente por intermédio da administração de opióides, via intravenosa, para evitar complicações relacionadas com a anestesia central. Deve ser considerada a indicação de transfusão de plaquetas quando há sangramentos significativos ou quando os níveis plaquetários estão abaixo de 20.000/mm³.

O fluxograma a seguir ilustra o manejo da síndrome HELLP (figura 1).

PROGNÓSTICO

A síndrome HELLP associa-se a um desfecho materno-fetal desfavorável. A taxa de mortalidade materna pode alcançar 24%. Associa-se, também, ao maior risco materno de coagulação intravascular disseminada, descolamento prematuro de placenta, insuficiência renal aguda, ruptura de cápsula hepáti-

ca associada a hematoma subcapsular. Outras complicações são a síndrome da angústia respiratória do adulto, sepse e o acidente vascular encefálico. A mortalidade perinatal varia de 8 a 37%, intimamente relacionada às complicações maternas.¹⁰ A maioria das mortes perinatais são relacionadas à má nutrição, à asfixia, ao parto pré-termo extremo e ao descolamento prematuro de placenta.

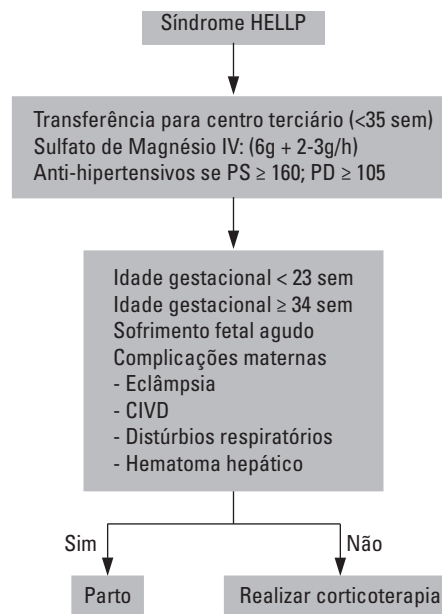


Figura 1 - Algoritmo de manejo na síndrome HELLP. A síndrome HELLP não é necessariamente uma indicação para parto via cesariana*. Adaptado de Barton, 2004.

A taxa de recorrência varia de 2 a 6%,³ e, ao que parece, não há evidência de que qualquer terapia possa prevenir a recorrência da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome HELLP está relacionada a grande morbimortalidade materna e perinatal em nosso meio. Assim, para o manejo correto, é de fundamental importância o diagnóstico oportuno. Dessa forma, gestantes com queixas de dor epigástrica e/ou em quadrante superior devem ser investigadas sistematicamente por meio de propedêutica complementar para síndrome HELLP.

Diante da confirmação diagnóstica da síndrome HELLP, o uso de sulfato de magnésio e o controle

da pressão arterial são mandatórios. O tratamento definitivo da síndrome é alcançado com o parto, no entanto, a via de parto não é necessariamente a cesariana. O uso de corticoides para maturação pulmonar fetal é essencial antes de 34 semanas. Todavia, seu uso em altas doses na tentativa de aumentar os níveis plaquetários maternos é um tema controverso, não sendo indicado rotineiramente, haja vista que os ensaios randomizados não evidenciaram redução na mortalidade materna.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Dr. Enio Roberto Pietra Pedroso, editor geral da *Revista Médica de Minas Gerais*.

REFERÊNCIAS

1. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(4):449-60.
2. Barton JR, Sibai BM. Diagnosis and management of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome. *Clin Perinatol*. 2004; 31:807-33.
3. Sibai BM. HELLP Syndrome. UptoDate online. 2009 [Cited 2009 oct.30] Available from: <http://www.uptodate.com>.
4. Pereira MN, Montenegro CAB, Rezende Filho J. Síndrome HELLP: diagnóstico e conduta. *Femina*. 2008; 36(2):111-6.
5. Audibert F, Friedman SA, Frangieh AY, Sibai BM. Clinical utility of strict diagnostic criteria (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome for the HELLP. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 175:460-4.
6. Martin JNJ, Rose CH, Briery CM. Understanding and managing HELLP syndrome: The integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195(4):914-34.
7. Pampus MG, Wolf H, Westenberg SM, van der Post JAM, Bonsel GJ, Treffers PE. Maternal and perinatal outcome after expectant management of the HELLP syndrome compared with pre-eclampsia without HELLP syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998; 76(1):31-6.
8. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *Obstet Gynecol*. 2004; 103:981-91.
9. ACOG Committee Opinion No. 402. Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. *Obstet Gynecol*. 2008; 111:805.
10. Tompkins MJ, Thiagarajah S. HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count) Syndrome: The benefit of corticosteroids. Presented at the Sixty-first Annual Meeting of The South Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists; 1999 Jan 23-26; White Sulphur Springs, USA. West Virginia: Scilink; 1999.