

Síndrome HELLP: relato de caso

HELLP syndrome: case report

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

RESUMO

Este artigo relata o caso de paciente de 20 anos de idade, feoderma, grávida de 35 semanas e três dias, primigesta, com síndrome HELLP. Foi internada na Maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG após apresentar lombalgia e vômitos. Foram constatadas hipertensão e proteinúria. Submeteu-se à propeidética para síndrome HELLP, que revelou plaquetopenia, elevação de transaminases e de desidrogenase láctica. A gestante foi submetida a cesariana segmentar sob anestesia geral. Evoluiu com hipotonia uterina e hemorragia puerperal. Recebeu concentrado de plaquetas e de hemácias. Teve alta após cinco dias, com exames laboratoriais normais.

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

ABSTRACT

This is the case report a 20-year-old pregnant woman, yellow-skinned (feoderma), with gestational age 35 weeks and 3 days, primigravida with a final diagnosis of HELLP syndrome. She was admitted at the Maternity section of Hospital das Clínicas da UFMG, after presenting symptoms of low back pain, abdominal pain and vomiting. The physical examination and tests found hypertension and proteinuria. The laboratory tests for HELLP syndrome revealed thrombocytopenia, elevated transaminases and lactate dehydrogenase (LDH). The patient underwent a caesarean section under general anesthesia. She presented hypotonic uterine inertia and postpartum hemorrhage. The patient was given platelet concentrates and red blood cells. She was discharged after the 5th day, with normal laboratory.

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

INTRODUÇÃO

A síndrome HELLP constitui grave complicação da gravidez, caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas. Ocorre em 0,5 a 0,9% das gestações e em 10 a 20% da pré-eclâmpsia grave. Na maioria das vezes, os casos diagnosticados situam-se entre 28 e 36 semanas de gestação. A síndrome pode ser diagnosticada no pós-parto imediato (30%). O diagnóstico clínico pode ser difícil porque não há nenhum sintoma específico. A presença de dor abdominal ou vômitos durante o 3º trimestre deve prever a suspeita de síndrome HELLP.

Os seguintes critérios são necessários para a caracterização diagnóstica da síndrome: presença de anemia hemolítica microangiopática com esquizócitos

Instituição:

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da UFMG

Endereço para correspondência:
Rubens Andrade Grochowski.
Av. Assis Chateaubriand, 55/402
B. Floresta. Belo Horizonte/MG.
CEP: 30150100
E-mail: ruag129@gmail.com

característicos (também chamados de células-cacete) no esfregaço de sangue, níveis de LDH de pelo menos 600 UI/L, bilirrubina indireta de pelo menos 1,2 mg/dL, valores que sugerem a presença de hemólise, baixa concentração de haptoglobina sérica (no máximo 25 mg/dL), contagem de plaquetas de no máximo 100.000 células/mm³ e TGO (AST) de pelo menos 70 UI/L. A evolução desses parâmetros constitui importante fator prognóstico. Seu tratamento requer interrupção da gravidez o mais breve possível, seja por cesariana ou por parto vaginal (caso as condições do colo do útero sejam favoráveis). A abordagem expectante pode ser aceitável quando a idade gestacional é inferior a 34 semanas. Nesse caso, apesar de controversa, pode ser usada a corticoterapia, pelo prazo máximo de 48 horas, para maturação pulmonar fetal.

A síndrome HELLP está associada ao aumento da morbimortalidade materna por intermédio do desenvolvimento de edema pulmonar, insuficiência renal aguda, coagulação intravascular disseminada, descolamento prematuro de placenta, insuficiência hepática, síndrome da angústia respiratória do adulto, sepse, acidente vascular cerebral e riscos futuros de doenças cardíacas, cérebro-vasculares e doença arterial periférica.

RELATO

A paciente de 20 anos de idade, feoderma, primigesta G1P0A0, com idade gestacional de 35 semanas e três dias definida pela ultrassonografia de 1º trimestre, apresentou-se à Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais com lombalgia, dor abdominal e vômitos. Negava perdas vaginais, cefaleia, escotomas visuais e epigastralgia. A pressão arterial sistêmica estava em 140/90 mmHg, frequências cardíacas materna de 88 bpm e fetal de 144 bpm, útero-fita de 32 cm, dinâmica uterina com ausência de contrações. O colo apresentava-se longo, posterior e pérvio. Apresentação fetal era cefálica com bolsa íntegra. A proteinúria de fita revelou 3+/4+. Foi iniciada a administração de Sulfato de Magnésio a 50%.

Foi solicitada propedêutica para síndrome HELLP, que revelou plaquetas de 79000/mm³, TGO: 489 IU/L, TGP: 139 IU/L e LDH: 2074 IU/L. A função renal estava

preservada, com uremia de 24 mg/dL e creatininemia de 0,56 mg/dL. A bilirrubina total era de 0,4 mg/dL, e a direta de 0,1 mg/dL. O hemograma e o esfregaço sanguíneo não estavam alterados.

Foi submetida a cesariana segmentar sob anestesia geral. O recém-nascido apresentou apgar 8/9 e peso de 2.340 g. Evoluiu, após a cesárea, para sangramento vaginal com saída de grande quantidade de coágulos, útero hipotônico e dor abdominal intensa. Foram administradas oito UI de concentrado de plaquetas e ocitocina endovenosa. Em seguida, recebeu Misoprostol 1.000 mcg via retal, além de mais 10 UI de plaquetas e 600 mL de concentrado de hemácias. Houve contração uterina e diminuição do sangramento. Observaram-se hematoma abaixo da ferida operatória sem sinais flogísticos e temperatura axilar de 38°C.

Recebeu alta cinco dias após ser internada com os seguintes exames laboratoriais: hemoglobina: 9,6 g/dL, plaquetas: 138.000/mm³, TGO: 47 IU/L, TGP: 20 IU/L, LDH: 728 IU/L, bilirrubina total: 0,2 mg/dL, bilirrubina direta: 0,1 mg/dL, uremia: 20 mg/dL, creatininemia: 0,5 mg/dL, leucócitos totais: 12.800/mm³, RNI: 1,26 e tempo de tromboplastina parcial ativado: controle de 32 e paciente de 34.

DISCUSSÃO

Cabe ressaltar, no caso desta paciente, o valor limítrofe da pressão arterial sistêmica de 140/90 mmHg associado às queixas de desconforto abdominal e vômitos. Os achados laboratoriais indicavam diagnóstico de síndrome HELLP com sugestão imediata de interrupção da gestação. A plaquetopenia inicial (79.000 μ /L), a proteinúria e a TGO em 489 U/L conduziram à abordagem intervencionista.

CONCLUSÃO

A abordagem da síndrome HELLP requer atenção para o diagnóstico precoce e terapêutica ágil, visando a evitar a elevada morbimortalidade materno-fetal. No caso relatado, a rapidez da indução do parto e as melhores condições maternas permitiram a abordagem que preservou a vida de mãe e filho.

REFERÊNCIAS

1. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*. 2009; 9: 8. Published online 2009 February 26. doi: 10.1186/1471-2393-9-8.
2. Beucher G, Simonet T, Dreyfus M. Management of the HELLP syndrome. *Gynécologie Obstétr & Fertil*. 2008; 36:1175-90.
3. Sibai BM. HELLP Syndrome. [serial on the Internet] 2009 [Cited 2009 May 1] Available from: UpToDate. <http://www.uptodateonline.com>
4. Habli M, Eftekhari N, Wiebracht E, Bombrys A, Khabbaz M, How H, et al. Long-term maternal and subsequent pregnancy outcomes 5 years after hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP) syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 201(4):385.
5. Audibert F, Friedman SA, Frangieh AY, Sibai BM. Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 175(2):460-4.