

Síndrome HELLP: relato de caso

HELLP syndrome: a case report

Bernardo Cardoso Pinto Coelho¹, Bruno Oliveira de Figueiredo Brito¹, Cecília Alcantara Braga¹, Eduardo Carvalho Garcia¹, Felipe Alcantara Bragal¹, Filipe Caetano Righi de Souza¹, Liz Custódio Souza Seabra¹, Mônica De Paoli Bennaton Vieira¹, Henrique Vitor Leite²

RESUMO

A síndrome HELLP é uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade materna e fetal. É relatado aqui um caso de uma paciente de 27 anos, primigesta e 32 semanas de idade gestacional, que evoluiu com síndrome HELLP. O diagnóstico foi baseado em dados laboratoriais, e o tratamento se deu com a interrupção da gestação e suporte intensivo em CTI. A paciente evoluiu sem sequelas.

Palavras-chave: Síndrome HELLP; Hemólise, Transaminases; Trombocitopenia.

ABSTRACT

The HELLP syndrome is one of the most important causes of maternal and fetal morbidity and mortality. We report here a case of 27 years, primigravida and 32 weeks of gestation who developed HELLP syndrome. The diagnosis was based on laboratory findings and treatment was the interruption of pregnancy and intensive support in the ICU. The patient had no sequelae.

Key words: HELLP Syndrome; Hemolysis; Transaminases; Thrombocytopenia.

INTRODUÇÃO

A síndrome HELLP é um transtorno específico da gravidez, de prognóstico reservado, caracterizado por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia.^{1,2} Está frequentemente associada à pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.¹ Descrita primeiramente por Weinstein em 1982,¹ a sigla significa *hemolysis* – H, *elevated liver enzymes* – EL e *low platelet count* – LP.¹ Ocorre em aproximadamente 1 a 2 a cada 1.000 gestações.³ Sua fisiopatologia não está completamente compreendida.¹ Os critérios diagnósticos estão estabelecidos, mas não há um consenso que estabeleça o grau de alteração laboratorial para a confirmação.^{2,3} A base do tratamento é a interrupção da gestação. O prognóstico é reservado, com alto índice de mortalidade, e o risco de recorrência dessa síndrome é pequeno.^{3,4}

Instituição:
Hospital das Clínicas/ Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte/ MG
CEP 30130-100
Email: medmonica@uol.com.br

RELATO DO CASO

ARSD, 27 anos, G1P0, idade gestacional de 32 semanas, previamente hígida, gravidez de risco habitual, admitida no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da

UFMG em 25/12/2008 com dor em hipocôndrio direito, vômitos e hematúria macroscópica. Ao exame: icterícia (+/4+); dor à palpação em hipocôndrio direito; fígado 3 cm abaixo do rebordo costal direito; reflexos patetares normais; PA 140x100 mmHg; FC 84 bpm; UF 24 cm; BCF 144 bpm; DU Ø. A propedêutica laboratorial encontra-se na Tabela 1 – Coluna A. Além disso, Proteinúria +++/4+. Gram de gota de urina: amostra contaminada; ultrassom abdominal: pequeno derrame pleural bilateral, ascite discreta, hepatomegalia, discreta dilatação de vias biliares intra-hepáticas, vias biliares de paredes espessadas.

Optou-se pelo tratamento da ITU e internação para investigação do quadro clínico, com suspeita diagnóstica de hepatite viral, esteatonecrose ou síndrome HELLP. Evoluiu em 26/12/2009 com episódio de gengivorragia, epigastralgia, vômitos e colúria; PA 180x112 mmHg; BCF 124 bpm; solicitada nova propedêutica complementar (Tabela 1 - Coluna B). Sorologias para hepatite A, B, C e E: negativas.

Transferida para CTI com diagnóstico confirmado de Síndrome HELLP. Exame: orientada, hipocorada, icterícia; SatO₂ de 95% em ar ambiente; PA 178x100 mmHg; FC 82 bpm; FR 24 irpm; BCF 140 bpm. Recebeu Hidralazina EV, evoluindo em 15 minutos para PA 156x102 mmHg e BCF 130bpm. Optou-se pela interrupção imediata da gravidez.

Parto cesário no qual a paciente recebeu hemotransfusão (600 ml de CH, 600 ml de plasma, 8 U de plaquetas). Recém-nascido vivo, idade gestacional 32 semanas, masculino, apgar 1'= 0; 5'= 7 (após entuba-

ção). Peso: 1.200 g; Comprimento: 40,5 cm. Evolução em bom estado geral no berçário.

Paciente evoluiu com hipertensão persistente, elevação de escórias e transaminases, oligúria (100ml/12h), distúrbio da coagulação (PTTA: 30/56; RNI: 1,83) e hemólise (Tabela 1 - Coluna C). PA 150x80 mmHg.

Foram realizadas seções de hemodiálise para tratamento de IRA. Paciente ficou em VM por 10 dias (extubada em 05/01). Alta do CTI e admissão na enfermaria em 15/01 com PA 110x70 mmHg, abdome livre e indolor e exames (Tabela 1 - Coluna D).

Alta da enfermaria em 26/01 após várias seções de hemodiálise com PA 100x70 mmHg, em uso de nifedina e prednisona, feitos os exames complementares da Tabela 1 – Coluna E. Atendida no ambulatório da Clínica Médica em 13/02, com PA 110x70 mmHg, assintomática e com exames laboratoriais normais (Tabela 1 - Coluna F). Optou-se por suspensão dos anti-hipertensivos. Alta da CLM.

DISCUSSÃO

A síndrome HELLP pode ser considerada uma reação imunológica aguda da mãe em relação ao feto em decorrência da invasão trofoblástica, em que há contato entre o feto e o sistema imunológico materno.¹

A apresentação clínica da síndrome é variada. Os sintomas desenvolvem-se tipicamente no terceiro trimestre. Apresenta-se mais comumente como dor

Tabela 1 - Propedêutica Laboratorial da paciente desde o período de internação no PA do HC- UFMG em 25/12/2008 até resolução do quadro clínico e alta da clínica médica em 13/12/2009.

Tabela 1	A	B	C	D	E	F
Hb (g/dL)	13,1	11,0 esquizócitos	7,7 após 600 ml de CH	9,5		12,8
Ht(%)	38,8	30,5		28,7		39,0
Plaquetas (/mm ³)	209.000	51.000	23.000	570.000		292.000
Bb total e frações (D/l) (mg/dL)	4 (1,6/ 2,4)	12,1 (7,8/ 4,3)	16,8 (15,2/ 1,6)	6,6 (5,7/ 0,9)	2,7 (2,2/ 0,8)	0,5
AST (TGO) (UI/L)	3.215		3.540	121	51	20
ALT (TGP) (UI/L)	2.507		1.433	187	105	33
GGT (UI/L)		131	80	843	304	41
FA (UI/L)		195	89	374	185	47
LDH (UI/L)	16.858		19.664	775		139
Uréia (mg/dL)		44	86	65	24	26
Creatinina(mg/dL)	0,74	1,25	5,21	5,15	2,1	1,0
Ác. Úrico (mg/dL)	5,9	6,9				

abdominal e sensibilidade exacerbada no epigástrico, quadrante superior direito ou retroesternal. Muitas pacientes também apresentam náuseas, vômitos e fadiga e podem ser tratadas como portadoras de doença viral inespecífica ou hepatite viral, particularmente se as enzimas AST e LDH estiverem muito elevadas.^{2,3}

É requerida a presença de todos os critérios seguintes para o diagnóstico: (a) anemia hemolítica microangiopática com esquizócitos característicos em esfregaço sanguíneo e outros sinais sugestivos de hemólise, incluindo aumento do nível de LDH ou bilirrubina indireta e concentração sérica diminuída de haptoglobina (= 25mg/dL); (b) contagem plaquetária = 100.000 células/μl; (c) concentração sérica de LDH = 600 UI/l ou bilirrubina total = 1,2 mg/dL; e (d) concentração sérica de AST = 70 UI/l.³ Após a confirmação do diagnóstico, o passo inicial no tratamento é estabilizar a mãe, verificar as condições fetais e decidir qual o melhor momento para o parto.¹⁻⁴

CONCLUSÃO

A síndrome HELLP está associada a alta morbimortalidade materna e fetal. O diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada são fundamentais para a melhora do prognóstico e para a prevenção de complicações. Necessita-se ainda de mais estudos para compreender melhor sua fisiopatologia e evolução.

REFERÊNCIAS

1. Mihu D, Costin N, Mihu CM, Seicean A, Ciortea R. HELLP syndrome – a Multisystemic Disorder. *J Gastrointest Liver Dis.* 2007 Dec; 16(4): 419-24.
2. Kuczkowski KM. "Help" with HELLP síndrome. *Sao Paulo Med J.* 2007; 125(3):197-8.
3. Sibai B. HELLP syndrome. [Cited 2009 Apr. 30]. Available from: [http:// www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
4. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP Syndrome: Clinical issues and management. A Review. [Cited 2009 Apr. 30]. Available from: [http:// www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)