

Eclâmpsia tardia

Late eclampsia

William Schneider da Cruz Krettl¹, Matheus Alves Catae², Pedro Marques Rocha², Rafael Andrade Coelho², Rafael Antonio Madeira², Thiago Marques Leão², Thiago D'Angelis Ferreira²

RESUMO

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 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

A eclâmpsia é uma alteração patológica de fisiopatogenia desconhecida, que consiste na manifestação de convulsões ou coma sem relação com alterações neurológicas, que podem ocorrer na gestação, no momento do parto e no puerpério. Quando a eclâmpsia ocorre entre 48 horas e quatro semanas de pós-parto, é denominada eclâmpsia tardia. Esta pode vir acompanhada de hipertensão e proteinúria, além de alguns sinais prodromáticos como cefaleia, distúrbios visuais, epigastralgia ou dor no quadrante superior direito do abdome. A eclâmpsia pode acometer tanto pacientes com história prévia de pré-eclâmpsia durante a gravidez, como pacientes que se apresentavam assintomáticas até antes dos episódios convulsivos. Tal condição pode estar associada a complicações como edema pulmonar, falência hepática e renal, síndrome HELLP e coagulação intravascular disseminada. O presente artigo tem por objetivo fazer pequena revisão a respeito da eclâmpsia puerperal tardia.

Palavras-chave: Eclâmpsia; Pré-Eclâmpsia; Período Pós-Parto; Convulsões; Hipertensão.

ABSTRACT

Eclampsia is a serious obstetrical condition of unknown pathogenesis, which is the manifestation of seizures or coma, unrelated to neurological changes, that can occur during pregnancy, childbirth and postpartum. When eclampsia occurs between 48 hours after delivery and 4 weeks postpartum, it is called late eclampsia. The late eclampsia can be accompanied by hypertension and proteinuria, and some prodromal signs such as headache, visual disturbances, epigastric pain on the right upper quadrant of the abdomen. Eclampsia may occur both in patients with a history of preeclampsia during pregnancy, as in patients that were asymptomatic until before the occurrence of seizures; in addition it may often be associated with complications such as pulmonary edema, liver and renal failure, HELLP syndrome and disseminated intravascular coagulation. This article aims to review late onset eclampsia.

Key words: Eclampsia; Pre-eclampsia; Postpartum Period; Seizures; Hypertension.

Instituição:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais(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

INTRODUÇÃO

A eclâmpsia consiste em uma desordem hipertensiva obstétrica de forte impacto sobre o estado de saúde das gestantes. Em certas populações é uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal e materna.¹

De fisiopatogenia desconhecida, a eclâmpsia constitui tipicamente a manifestação de convulsões ou coma inexplicáveis em gestantes com sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia.² Pode ocorrer na gestação, no momento do parto e no puerpério. Neste último grupo encontra-se a eclâmpsia puerperal tardia, cuja manifestação se dá entre 48 horas e quatro semanas de pós-parto.

No mundo ocidental a incidência de eclâmpsia varia de uma em 2.000 a uma em 3.448 gestações.² Nos Estados Unidos, chega a ser a segunda maior causa de morte materna, com quadro ainda pior nos países em desenvolvimento.³ Entretanto, observa-se nos últimos anos queda na taxa de incidência de eclâmpsia, com maior crescimento relativo da manifestação da forma puerperal tardia.³ Entre as causas de tal mudança, destacam-se: implementação universal da assistência pré-natal, parto oportuno na abordagem da pré-eclâmpsia grave e uso de sulfato de magnésio no intraparto assim como no pós-parto.¹

FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia exata das convulsões da eclâmpsia ainda não é totalmente conhecida e, apesar de existirem vários estudos tentando explicá-las, nenhum conseguiu provar com certeza qual é a etiologia dessas convulsões. Entre alguns dos mecanismos etiológicos estão a vasoconstrição cerebral ou vasoespasmismo na encefalopatia hipertensiva, o edema cerebral ou infarto, a hemorragia cerebral e a encefalopatia metabólica, porém não se sabe ao certo se os fatores citados são causa ou reflexo das convulsões eclâmpicas.²

Hirshfeld-Cytron *et al.*³ ressaltam o estudo das disfunções endoteliais e dos fatores angiogênicos como meio promissor da descoberta do real mecanismo envolvido na gênese da eclâmpsia. Inclusive, abre-se, com essa perspectiva, a possibilidade de encontrar meios de se prever a ocorrência desse distúrbio, para que haja intervenção mais eficaz nos casos.³

DIAGNÓSTICO, SINAIS E SINTOMAS E COMPLICAÇÕES

A eclâmpsia tardia é normalmente caracterizada como a existência de convulsões tônico-clônicas que ocorrem entre 48 horas e quatro semanas pós-parto. Em alguns casos o diagnóstico de eclâmpsia tardia

pode se tornar difícil, pois pode ser confundida com outras entidades clínicas causadoras de convulsões tônico-clônicas³, o que pode tornar necessária a realização de exames de imagem como tomografia ou ressonância magnética para afastar outras etiologias.

A eclâmpsia tardia pode acometer tanto pacientes previamente normotensas como as que apresentem história de pré-eclâmpsia durante a gravidez.⁴ Proteinúria e hipertensão arterial sistêmica podem estar presentes ou ausentes, além de existirem sinais e sintomas considerados prodrômicos que podem auxiliar no diagnóstico de eclâmpsia tardia, como: cefaleia intensa, distúrbios visuais, epigastralgia intensa, apreensão e hiperreflexia, porém nem sempre todos esses sintomas se encontram presentes.^{2,4}

Essa variabilidade na apresentação da eclâmpsia tardia também se reflete em relação aos exames laboratoriais, que podem estar normais ou com alterações semelhantes àquelas presentes na pré-eclâmpsia e na eclâmpsia clássica, como: hemoconcentração, trombocitopenia, hipoalbuminemia, elevados níveis de creatinina e ácido úrico e anormalidades na função hepática, que em alguns casos sugerem alterações associadas à síndrome HELLP.³

Alguns estudos recomendam considerar inicialmente as pacientes com história de convulsão 48 horas após o parto associada à hipertensão e/ou alterações visuais e/ou proteinúria como pacientes com quadro de eclâmpsia, que deve ser inicialmente tratada como tal, enquanto outras possíveis causas são avaliadas.^{2,5}

A eclâmpsia também pode estar associada a complicações como edema pulmonar ou aspiração pulmonar, além de hemorragia intracerebral, encefalopatia hipertensiva, falência hepática e renal aguda, falência cardíaca congestiva, coagulação intravascular disseminada, descolamento de retina e síndrome HELLP.^{1,3,6} Podem ocorrer também, em alguns casos, lesões cerebrais secundárias a elevado aumento da pressão arterial nos casos de eclâmpsia com hipertensão grave associada.

MANEJO RECOMENDADO

O *American College of Obstetricians and Gynecologists*² estabelece, basicamente, quatro etapas que devem ser seguidas no atendimento à paciente com episódio de eclâmpsia.

Em primeiro lugar, deve-se atentar para as medidas gerais. Estas incluem a segurança do próprio

atendente, prevenção de traumas da paciente secundários à crise tônico-clônica e/ou aspiração e suporte de suas funções respiratórias e cardiovasculares.

A prioridade seguinte corresponde à prevenção de convulsões recorrentes a partir do uso do sulfato de magnésio. Este se mostrou superior tanto na prevenção quanto no tratamento das convulsões em relação a fenitoína e dizepam.

Vale, entretanto, lembrar que seu uso no tratamento da eclâmpsia tardia não foi sistematicamente avaliado.

Em terceiro lugar, parte-se para a redução da pressão arterial. Isto é obtido pela administração de hidralazina IV ou nifedipina VO. Nitroprussiato de sódio ou nitroglicerina também podem ser utilizados, mas raramente são necessários.

Finalmente, o último passo (quando não se está frente à eclâmpsia tardia) corresponde a interrupção da gravidez e indução do parto, uma vez que não há como mantê-la após a ocorrência de eclâmpsia.

A decisão do tipo de parto vai depender de cada caso, devendo-se levar em conta a idade gestacional, o bem-estar fetal, o trabalho de parto e o índice de Bishop.

MANEJO PÓS-PARTO

Após o parto, deve-se estabelecer a monitoração cuidadosa das funções vitais e sintomatologia das pacientes que apresentaram eclâmpsia pelo mínimo de 48 horas.

O uso do sulfato de magnésio deve ser mantido por 24 horas após o parto e/ou por 24 horas após a última crise convulsiva. Mantida a hipertensão, considerar o uso de outros anti-hipertensivos, como a nifedipina.

Aqui, vale ainda enfatizar uma medida simples no que se refere à eclâmpsia tardia: alertar as pacientes puérperas, quando forem receber alta, para a possibilidade de sua ocorrência.

Esse fato baseia-se em achados de Munjuluri *et al.*⁴, que lembram que a eclâmpsia pode se apresentar sob uma variedade de sintomas e sinais clínicos e neurológicos, citando, ainda, Lubrasky⁷ e Chames¹, que obtiveram 44 e 79% de seus pacientes, respectivamente, apresentando sua forma tardia sem que estes tivessem o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Chames¹ observou, ainda, que, de suas pacientes com eclâmpsia tardia, 91% apresentaram pelo menos um pródrômo. Destas, porém, somente 33% procuraram assistência médica.

Desta forma, nota-se que tanto pacientes com pré-eclâmpsia quanto normotensas com período pós-parto sem complicações estão sujeitas a episódios de eclâmpsia tardia. Assim, todo obstetra deveria alertar suas pacientes para a possibilidade, mesmo que remota, de desenvolvimento de eclâmpsia, devendo-se atentar a sinais de alerta como cefaleia grave, alteração no estado mental, dor epigástrica associada a náuseas e vômitos e procurar assistência médica o mais rapidamente possível.

PREVENÇÃO

A prevenção da eclâmpsia ainda é assunto obscuro entre os obstetras. Muitos casos de eclâmpsia geram grande dificuldade de prevenção (como os casos de início abrupto; início tardio no pós-parto; início precoce, antes de 21 semanas), entretanto, a assistência pré-natal regular e qualificada, orientações à gestante e tratamento das pacientes com pré-eclâmpsia ajudam a reduzir, quando possível, a ocorrência desse problema.

Em gestantes com pré-eclâmpsia, geralmente administram-se preventivamente anticonvulsivantes (droga de escolha: sulfato de magnésio) periparto, sendo que a terapia é continuada por 24 a 48 horas pós-parto, quando, então, reduz o risco de convulsão.

A maioria das pacientes que tiveram eclâmpsia apresentou um ou mais sintomas nas horas que antecederam a convulsão. Estudo feito no Reino Unido constatou que 59% das mulheres apresentaram algum sinal prodrômico.⁸

Este estudo também descobriu que eclâmpsia foi a primeira manifestação de doença relacionada à gravidez hipertensiva em 38% dos casos.⁸ Entretanto, a magnitude da elevação da pressão arterial não parece ser preditivo de eclâmpsia; 20 a 38% dos pacientes com eclâmpsia têm pressão arterial máxima em torno de 140/90 mmHg antes da ocorrência da convulsão, além de que cerca de 20% não têm evidência prévia de proteinúria.^{2,8}

CONCLUSÃO

A eclâmpsia tardia traz consigo o desafio de ser uma entidade clínica incomum e de difícil diagnóstico, mas que exige abordagem objetiva e rápida, visando o menor risco de morbimortalidade materna. E considerando que pode ocorrer em até quatro semanas de puerpério, é uma preocupação de interesse de muitas especialidades, principalmente as de emergência.

Muitas descobertas sobre o real mecanismo envolvido na gênese da eclâmpsia ainda precisam ser feitas. Só assim é possível obter um nível de abordagem cada vez mais eficaz em reduzir ao máximo as consequências desse distúrbio na vida de muitas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Chames MC, Livingston JC, Ivester TS, Barton JR, Sibai BM. Late postpartum eclampsia: a preventable disease? *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Jun; 186(6):1174-7.
2. Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2005 Feb; 105(2):402-10.
3. Hirshfeld-Cytron J, Lam C, Karumanchi SA, Lindheimer M. Late postpartum eclampsia: examples and review. *Obstet Gynecol Surv.* 2006 Jul; 61(7):471-80.
4. Munjuluri N, Lipman M, Valentine A, Hardiman P, Maclean AB. Postpartum eclampsia of late onset. *BMJ.* 2005 Nov; 331(7524):1070-1.
5. Sibai BM, Stella CL. Diagnosis and management of atypical pre-eclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200(5):481.e1-7.
6. Yousuf F, Haider G, Haider A, Muhammad N. Eclampsia; frequency & morbidity. *Professional Med J.* 2009 Dec; 16(4):583-8.
7. Lubrasky SL, Barton JR, Freidman SA, Sibai BM. Late postpartum eclampsia revisited. *Obstet Gynecol.* 1994; 83(4):502-5.
8. Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. *BMJ.* 1994; 309(6966):1395-400.