

Rotura hepática espontânea na gestação

Spontaneous liver rupture in pregnancy

Pedro Vasconcelos Barros Poggiali¹, Manuel Schutze¹, Luiza de Araújo Porto¹, Thiago de Almeida Furtado¹, Marcos Guimarães Silva¹, Pedro Henrique Sales do Amaral¹, Leonardo Greco Machado¹, Leandro Goursand Penna¹, Gabriel Costa Osanan²

RESUMO

A rotura hepática espontânea é condição rara e potencialmente fatal, geralmente associada à pré-eclâmpsia e à síndrome HELLP. A apresentação clínica caracteriza-se, usualmente, por intensa dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, irradiando para o ombro direito, com náuseas, vômitos, anorexia, dispneia ou síncope, e risco de choque hemorrágico. O diagnóstico é, em geral, clínico. Entretanto, exames de imagem como ultrassom abdominal ou tomografia computadorizada podem ser úteis. Sua abordagem é, usualmente, cirúrgica. O acompanhamento requer monitorização intensiva e as complicações devem ser prontamente tratadas. O diagnóstico deve ser precoce. O manejo multidisciplinar é essencial para melhorar seu prognóstico.

Palavras-chave: Síndrome HELLP; Rotura Espontânea; Fígado; Pré-Eclâmpsia; Eclâmpsia.

¹ Acadêmicos do 10º Período do Curso da Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG;
² Médico Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pela UFMG.

ABSTRACT

Spontaneous hepatic rupture is a rare and potentially fatal complication, frequently associated to pre-eclampsia and HELLP syndrome. The clinical presentation usually consists of intense epigastric or right hypochondrium pain, irradiating to the right shoulder, often accompanied by nausea, vomiting, anorexia, dyspnea or syncope, often evolving to a hemorrhagic shock state and signs of cardiovascular collapse. In general, in a patient with typical presentation, the diagnosis can be made clinically, but imaging exams like abdominal ultrasound or computed tomography can be useful. The approach for hepatic rupture is typically surgical, the follow up requires intensive monitoring and complications should be treated rapidly. Hence the high maternal and fetal morbimortality, the diagnosis should be prompt and investigation should be made by a multidisciplinary team to improve the prognosis.

Key words: HELLP syndrome; Rupture, Spontaneous, Liver; Pre-Eclampsia; Eclampsia.

INTRODUÇÃO

A rotura hepática espontânea é condição rara e potencialmente fatal, em geral, associada à pré-eclâmpsia e à síndrome HELLP¹⁻³, sendo mais comum em multigestas com mais de 30 anos de idade.⁴⁻⁶ Ocorre no terceiro trimestre de gestação em 60% dos casos, antes do parto em 85% e no pós-parto em 15% dos casos⁷. A morbimortalidade depende da gravidade da lesão, da existência ou não de distúrbios de coagulação, do diagnóstico precoce e da pronta intervenção cirúrgica.^{8,9} Sua incidência varia de um a cada 45.000 à 225.000 partos.^{3,5,7,10-14} A dificuldade em seu

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG

Endereço para correspondência:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - sala 217
Cep: 30130-100
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: pedropoggiali@gmail.com

diagnóstico tem como consequência o aumento da mortalidade materna que varia de 18% a 86%¹¹ e fetal que varia de 56 % a 75%.¹⁰

FISIOPATOLOGIA

Não existe consenso sobre a fisiopatologia da rotura hepática. Entretanto, a teoria mais aceita relaciona-se ao processo que se inicia com hemorragia peri-portal e depósito de fibrina intravascular^{10,15-18}, os quais determinariam obstrução hepática sinusoidal, hipoperfusão, hipóxia tecidual e neoangiogenese local. Como essa neovasculatura é pouco resistente, episódios de hipertensão poderiam desencadear hemorragias intra-hepáticas, que seriam mais intensas quando associadas a distúrbios de coagulação. Com a progressão do sangramento hepático, seria formado hematoma volumoso, que distenderia a capsula de Glisson e determinaria intensa epigastralgia. A rotura do hematoma hepático poderia ocorrer por trauma mínimo ou de forma espontânea, com hemorragia intraperitoneal, choque e óbito por exsanguinação.^{10,19,20}

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

A rotura hepática associa-se em 1% a 2% à pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A síndrome HELLP (hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia) foi identificada como fator de risco.²¹ Ocorre em 0,5% a 1,0% de todas as gestações e em 10% a 20% daquelas complicadas por pré-eclâmpsia. Desenvolve-se, em geral, após a vigésima sétima semana de gestação, mas pode ocorrer nas primeiras 48 horas pós-parto em até um terço dos casos.⁶ É definida laboratorialmente pela presença de desidrogenase láctica (LDH), alaninotransferase sérica (AST) e contagem de plaquetas, acima de 600 U/L, acima de 70 U/L, e inferior a 100.000 /UL, respectivamente.^{6,14}

A rotura hepática ocorre no lobo direito em 75% dos casos; no esquerdo, em 11% ou em ambos, 14% das vezes. O sangramento subcapsular e o hematoma, em geral, precedem a rotura hepática.²¹ A rotura hepática apresenta-se, usualmente, em duas fases evolutivas.^{7,21} A primeira relaciona-se ao desenvolvimento de hematoma subcapsular com distensão da cápsula de Glisson; com início súbito de intensa dor abdominal epigástrica em faixa ou no hipocôndrio

direito, irradiando-se para o ombro homolateral, acompanhada, em geral, de hepatomegalia dolorosa à palpação; a dor resiste aos analgésicos usuais e pode ser acompanhada de náuseas, vômitos, anorexia, dispneia ou palidez com síncope.⁷ A segunda fase relaciona-se com a rotura intraperitoneal do hematoma, caracterizada por exacerbação da dor, de início abrupto, no quadrante superior direito ou epigástrico, e desenvolvimento de sinais e sintomas de choque hemorrágico, tais como fácies agônica, dispneia, pulso rápido e fino, oligúria e hipotensão, abdômen distendido e doloroso.⁷ A morte ocorrerá em um terço dos pacientes por choque hemorrágico.¹⁴

O exame complementar revela anemia importante, aumento de alaninotransferases séricas e alterações da coagulação, incluindo trombocitopenia e retardo do tempo de protrombina.^{13,22} Os exames de imagem são de difícil realização pela dificuldade de seu diagnóstico precoce e pela rapidez da instalação do grave choque hipovolêmico.⁷ O exame inicial preferido é a ultrassonografia (US) abdominal^{3,7,14} que pode evidenciar imagem hipo ou anecoica associada ao hematoma subcapsular⁷ e, em caso de rotura, a presença de líquido livre na cavidade abdominal.^{9,10,14} A Tomografia Computadorizada (TC) ou a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) podem ser utilizadas. Entretanto, devido à gravidade clínica, podem atrasar a laparotomia exploradora.²³ A angiografia pode ser usada com vantagem de ser diagnóstica e terapêutica.²¹

O diagnóstico da rotura hepática, usualmente, é clínico-cirúrgico.²³ É importante levar em consideração, entretanto, que a rotura hepática, devido a sua baixa incidência e a sua apresentação variável, muitas vezes não é considerada como hipótese inicial e seu diagnóstico é feito após cesareana de emergência ou laparotomia exploratória por choque hipovolêmico, quando se constata quantidade variável de sangue na cavidade abdominal e se visualiza a lesão hepática.^{13,21-23} É importante considerar a relevância da abordagem multidisciplinar da rotura hepática.^{5,14}

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

A abordagem da rotura hepática pode ser cirúrgica ou clínica (conservadora). O tratamento conservador é indicado em poucos casos associados a paciente hemodinamicamente estável, e com sangramento autolimitado. Caracteriza-se a terapêutica, nesses casos, por transfusões sanguíneas, suporte intensivo, e

exames de imagem de repetição (US, TC, RNM) até a resolução do caso.^{4,12,24}

A intervenção cirúrgica está recomendada no hematoma roto com instabilidade hemodinâmica ou quando há aumento no tamanho do hematoma. O manejo cirúrgico agressivo tem se associado a menores taxas de mortalidade materna.¹⁰

Diversas condutas cirúrgicas têm diminuído consideravelmente a morbidade e a mortalidade associadas a essa complicação obstétrica, mas ainda não há consenso sobre a melhor opção.¹¹ A raridade da rotura hepática espontânea na gestação contribui para que a experiência em seu tratamento seja limitado¹⁴, fato que dificulta sua abordagem padronizada.

As opções de tratamento podem variar baseadas na gravidade da lesão hepática. O principal objetivo terapêutico é o tamponamento do sangramento hepático. Na laparotomia, o tamponamento pode ser feito com compressas abdominais, uso de malhas de polipropileno ou malhas sintéticas absorvíveis. Pode-se dispor, quando indicado, de suturas do parênquima hepático e omentoplastia, além do uso de produtos hemostáticos. A ligadura da artéria hepática constitui técnica secundária para controlar a hemorragia. Pode ser realizada embolização seletiva transcater, se a paciente estiver estável o suficiente para ser submetida à angiografia.^{5,14,24} O fechamento abdominal pode ser realizado após o efetivo tamponamento¹⁴; entretanto, em alguns casos, pode-se optar pela instalação da Bolsa de Bogotá, quando houver necessidade de reintervenção e de reavaliação da hemostasia.

Outras técnicas menos frequentemente utilizadas incluem a administração de fator VII ativado, a ressecção parcial do fígado, a coagulação com laser de argônio, e o transplante de fígado.^{5,14} Pode ser usada ressecção hepática limitada diante de lesão hepática grave e interrupção da vascularização. Deve-se considerar a hepatectomia total e anastomose porto-cava temporária, em casos de hemorragia grave, não controlada, como preparação para o transplante hepático.^{4,24}

A maioria das pacientes com ruptura hepática pode ser seguramente abordada com as técnicas operatórias tradicionais; entretanto, significativa percentual desenvolverá necrose hepática e subsequente falência hepática. Com necrose hepática maciça, o risco de infecção, sepse e morte é muito alto. A opção de transplante hepático precisa ser considerada precocemente quando se identifica necrose na ruptura hepática.⁴

PROGNÓSTICO MATERNO E FETAL

A mortalidade fetal depende do diagnóstico precoce e da implementação de medidas terapêuticas imediatas. A mortalidade materna varia entre 18% e 86%¹¹ e a perinatal entre 56% e 75%¹⁰, respectivamente. A precisão do diagnóstico e a instituição precoce de medidas terapêuticas eficazes podem reduzir a mortalidade materno-fetal.⁵

O prognóstico está relacionado a quatro fatores principais, como: o tempo decorrido até o diagnóstico, a pronta intervenção terapêutica, a gravidade clínica e a associação com comorbidades tais como a síndrome HELLP. É importante a diferenciação entre cirurgias hepáticas em situações de trauma agudo em que o tecido hepático está saudável comparado a cirurgias no ciclo gravídico por lesão espontânea em que está muito friável e congesto. Por esse motivo, não é fácil identificar os planos teciduais e muito menos comprimi-los satisfatoriamente na tentativa de realizar hemostasia cirúrgica efetiva. Pode haver fibrinólise ou coagulopatia por consumo que pioram muito o prognóstico da doença.⁵

Estudos mostram que, em pacientes submetidas ao transplante hepático, 88% sobrevivem cinco anos após o procedimento.²⁴

CONCLUSÃO

A rotura hepática espontânea na gestação é complicação rara, grave e desafiadora, não apenas para a obstetria, como para a cirurgia geral e a medicina intensiva em serviços de referência para gestação de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. Sedlakova I, Podholova M, Tosner J. Subcapsular hepatic hematoma. *Int J Gynecol Obstet.* 2003; 81:299-300.
2. Varotti G, Andorno E, Valente U. Liver transplantation for spontaneous hepatic rupture associated with HELLP syndrome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 Oct; 111(1):84-5.
3. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesh I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options. A unicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190(1):106-12.
4. Shames BD, Fernandez LA, Sollinger HW, Chin LT, D'Alessandro AM, Knechtle SJ, et al. Liver transplantation for HELLP syndrome. *Liver Transpl.* 2005; 11(2):224-228.

5. Poo JL, Gongora J. Hepatic haematoma and hepatic rupture in pregnancy. *Ann Hepatol.* 2006; 5(3):224-6.
6. Varotti G, Andorno E, Umberto Valente. Liver transplantation for spontaneous hepatic rupture associated with HELLP syndrome. *Int J Gynecol Obstet.* 2010; 111:84-5
7. El Youssoufi S, Nsiri A, Salmi S, Miguil M. Rupture de foie en péripartum: à propos de huit cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2007; 36:57-61.
8. Abercrombie J. Hemorrhage of the liver. *London Med Gaz.* 1844; 34:792-4.
9. Yang SB, Goo DE, Chang YW, Kim YJ, Hwang IC, Han HS, et al. Spontaneous hepatic rupture associated with preeclampsia: treatment with hepatic artery embolization. *J Korean Soc Radiol.* 2010; 63:29-32.
10. Mangieri Sobrinho F, Pereira RMA, Inoue IT, Preti CDCL, Pieralisi CS, Vitorino GE, Gobbi MA. Rotura hepática na gravidez - relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002 mar; 24(2):129-32.
11. Araujo ACPF, Leão MD, Nóbrega MH, Bezerra PAFM, Pereira FVM, Dantas EMM, et al. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195:129-33.
12. Carlson KL, Bader CL. Ruptured subcapsular liver hematoma in pregnancy: A case report of nonsurgical management. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190:558-60.
13. Pavlis T, Aloizos S, Aravosita P, Mystakelli C, Petrochilou D, Dimopoulos N, Gourgiotis S. Diagnosis and surgical management of spontaneous hepatic rupture associated with HELLP Syndrome. *J Surg Educ.* 2009 May-Jun; 66(3):163-7.
14. Kelly J, Ryan DJ, O'Brian, Kirwan WO. Second trimester hepatic rupture in a 35 year old nulliparous woman with HELLP syndrome: a case report. *World J Emerg Surg.* 2009 Jun 15; 4:23
15. Rath W, Faridi A, Dudenhausen JW. HELLP syndrome. *J Perinat Med.* 2000; 28:249-60.
16. Barton JR, Riely CA, Adamec TA, Shanklin DR, Khoury A, Sibai BM. Hepatic histopathologic condition does not correlate with laboratory abnormalities in HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count). *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167:1538-43.
17. Gonzales GD, Rubel HR, Giep NN, Bottsford JE Jr. Spontaneous hepatic rupture in pregnancy: management with hepatic artery ligation. *South Med J.* 1984; 77:242-5.
18. Arias F, Mancilla-Jimenez R. Hepatic fibrinogen deposits in preeclampsia-immunofluorescent evidence. *N Engl J Med.* 1976; 295:578-82.
19. Rolfes DB, Ishak KG. Liver disease in toxemia of pregnancy. *Am J Gastroenterol.* 1986; 81:1138-44.
20. Rademaker L. Spontaneous rupture of liver complicating pregnancy. *Ann Surg.* 1943; 118:396-401.
21. Mascarenhas R, Mathias J, Varadarajan R, Geoghegan J, Traynor O. Spontaneous hepatic rupture: a report of five cases. *HPB.* 2002; 4 (4):167-70.
22. Peitsidou A, Peitsidis P, Conti J. Spontaneous Hepatic rupture during third trimester of pregnancy. *Acta Chir Belg.* 2008; 108:464-7.
23. Aldemir M, Baç B, Taçyıldız I, Yagmur Y, Keles C. Spontaneous liver hematoma and a hepatic rupture in HELLP Syndrome: report of two cases. *Surg Today.* 2002; 32:450-3.
24. Joshi D, James A, Quaglia A, Westbrook RH, Heneghan MA. Liver disease in pregnancy. *Lancet.* 2010; 375:594-605