

Síndrome HELLP: Relato de caso

HELLP Syndrome: A case report

DOI:10.34117/bjdv7n11-165

Recebimento dos originais: 12/10/2021

Aceitação para publicação: 11/11/2021

Isabella Alvim Werner

Discente de Medicina

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Rua Antônio Carlos Saraiva, 500, T4, apto 1901, Cascatinha - Juiz de Fora
isabellaalvimwerner@hotmail.com

Alicce Abreu da Mata

Discente de Medicina

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Avenida Presidente Itamar Franco, 2110 apart 1203, - Juiz de Fora
alicceabreudamata@gmail.com

Maria Beatriz Silva Ferreira

Discente de Medicina

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Monsenhor Pedro Arbex 130 ap 302, São Mateus - Juiz de Fora
mariabeatrizsuprema@gmail.com

Lucas Alvim Werner

Residente do Terceiro Ano de Ginecologia e Obstetrícia.
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ
Rua Dirceu de Andrade, 33 São Mateus - Juiz de Fora
lucasaw_9@hotmail.com

Amanda Mendes Lourenço

Discente de Medicina

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Rua Padre Café, 281 apto 1604 - São Mateus - Juiz de Fora
amandamendesjb@gmail.com

Flávia de Souza Bernardes

Discente de Medicina

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Rua José do Patrocínio 338, apto 302, Mundo Novo - Juiz de Fora
flavia.bernardes35@outlook.com

Guilherme Vitoi Rosa Nominato

Preceptor do departamento de Ginecologia e Obstetrícia.
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ
Rua Dirceu de Andrade, 33 São Mateus - Juiz de Fora
guilherme_vitoi@hotmail.com

Francisco Roberto Chaves

Preceptor do departamento de Ginecologia e Obstetrícia.
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ
Rua Dirceu de Andrade,33, São Mateus - Juiz de Fora
chicochaves1960@gmail.com

RESUMO

A Síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas) é uma forma de pré-eclâmpsia (PE) cuja disfunção endotelial manifesta-se pela ativação da coagulação e pela disfunção hepática. Nesse relato descreve-se o caso de uma paciente de 29 anos, primigesta com 27 semanas e 5 dias de idade gestacional que foi diagnosticada com a patologia. A paciente foi submetida à cesariana segmentar transversa, todavia após dois dias houve óbito neonatal e a mesma foi encaminhada aos cuidados intensivos. O presente caso ilustra a importância do diagnóstico precoce e terapêutica otimizada e individualizada para cada paciente, a fim de reduzir a taxa de morbimortalidade materna e fetal.

Palavras-chave: Síndrome HELLP, hipertensão gestacional, terapêutica

ABSTRACT

The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) is a variant of pre-eclampsia (PE) which endothelial dysfunction is manifested by the activation of coagulation and liver dysfunction. The present report describes the case of a 29-year-old pregnant woman, primiparous, with gestational age of 27 weeks and 5 days that has been diagnosed with the condition. The patient underwent a transversal cesarian section, however, after two days, neonatal death occurred, and the patient was referred to intensive care. The present case illustrates the importance of early diagnosis, optimized and individualized therapy for each patient, to reduce the rate of maternal and fetal morbidity and mortality.

Keywords: Hellp Syndrome, Pregnancy hypertension, therapeutics

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome HELLP é um transtorno hipertensivo grave específico da gravidez que se caracteriza pela hemólise (H), enzimas hepáticas elevadas (EL) e plaquetopenia (LP).^{1,2,3} Sua fisiopatologia ainda é incerta e atualmente é definida como uma disfunção endotelial, associada a um comprometimento universal do mecanismo materno.^{9,12}

Esse transtorno é uma variante peculiar da pré-eclâmpsia (PE)/eclâmpsia e se desenvolve em 10 a 20% desses casos de gravidez com PE.^{2,4,12} Além disso, a Síndrome HELLP ocorre em aproximadamente 0,5 a 0,9% de todos os casos de gestação no mundo.² Está se relaciona à elevada morbimortalidade materna e perinatal, acarretando até 24% dos casos mortalidade da mãe e entre 30 a 40% mortalidade neonatal,^{1,2} sendo fundamental o diagnóstico e tratamento precoce a fim de evitar esse desfecho.

As manifestações clínicas típicas da Síndrome HELLP podem estar relacionadas a níveis de pressão arterial acima de 140x90 mmHg e epigastralgia ou dor em hipocôndrio direito, com associação a náuseas, vômitos, edema generalizado, cefaleia, estocomas visuais^{3,7} e icterícia, embora muitas não apresentem hipertensão arterial.¹² Desse modo, as expressões clínicas podem ser discretas e pouco específicas, de forma que os achados laboratoriais são fundamentais para definição diagnóstica.^{3,12}

O diagnóstico da síndrome HELLP é pautado nos seguintes parâmetros laboratoriais: 1) hemólise através do exame das bilirrubinas totais (> 1,2 mg/dl) ou LDH ou DHL (≥ 600 U/L); 2) alteração da função hepática pelo TGO (≥ 70 UI) e 3) plaquetopenia (contagem de plaquetas < 100.000/mm³).⁸

Nestes casos, como complicação grave a paciente pode cursar com quadro de coagulação intravascular disseminada (CIVD) com hemorragia difusa evidenciada, por exemplo, por formação de petéquias, sangramento gengival, hematúria e hematêmese. Além disso, essa patologia aumenta os riscos maternos e neonatais durante a realização de abordagens cirúrgicas, como a cesárea.¹²

Dessa forma, essa emergência obstétrica necessita assistência hospitalar intensiva imediata e a conduta se baseia na estabilização do quadro com controle da hipertensão arterial prevenção das complicações hemorrágicas e da eclampsia e a indução do parto.⁹

2 DESCRIÇÃO DO CASO

TCB, 29 anos, DMG, primigesta, G1P0A0, idade gestacional de 27 semanas e 5 dias, foi admitida no Hospital Maternidade Therezinha de Jesus em Juiz de Fora - MG em 11/05/2020 com dor em quadrante superior do abdome, relacionada às dificuldades circulatórias e conseqüente congestão e distensão da cápsula de Glisson. Associado ao quadro, apresentou episódios de vômitos e diarreia sem sangue, muco ou pus. Negou ingesta de alimentos fora do habitual, uso de medicações ou sangramentos vaginais. Ao exame: anictérica, acianótica, com dor á palpação de abdome superior, sem sinais de irritação peritoneal, edema +/4, PA 180x120 mmHg, FC=49 bpm, FU 26cm; BCF 142bpm.

Foi iniciado a administração de sulfato de magnésio com objetivo de evitar convulsões e hidralazina 50%, que apresenta propriedades vasodilatadoras, sendo muito difundida no tratamento agudo de hipertensão grave em grávidas. Paciente foi mantida sob cuidados intensivos para investigação do quadro clínico, sendo submetida à propedêutica laboratorial (Tabela 1 – Coluna 11/05 05:34h) e à introdução de sonda

vesical (SVD), verificando-se presença de colúria com conseqüente suspeita de pré-eclâmpsia.

Após exames laboratoriais complementares (Tabela 1), foi estabelecido diagnóstico de Síndrome HELLP. Ao exame: PA 130X80 mmHg, BCF 144 bpm, queixa de cefaleia holocraniana sem estocomas. Por essa condição e seus decorrentes agravos, optou-se pela interrupção da gestação pré-termo (ID: 27 semanas e 5 dias), de forma que a paciente foi submetida a uma cesárea segmentar transversa. Nascimento de RN do sexo masculino pesando 895g.

TCB evoluiu, no pós-operatório com sangramento habitual, útero normocontraído, queixando de tonturas e náuseas. A paciente manteve oligúria com hematúria. Ao exame: PA 140x78 mmHg, FC 90 bpm, Glasgow 14 (O3 V5 M6).

As primeiras 72 horas do período pós-parto são extremamente críticas em vista da possibilidade da piora da situação materna decorrente do consumo de plaquetas e fatores de coagulação, por isso a paciente foi mantida sob cuidados intensivos no CTI. Após o resultado dos exames de sangue (Tabela 1 – Coluna 11/05 16:07h), ocorreu suspensão do sulfato de magnésio por intoxicação (Mg 12,1). Paciente manteve as queixas de cefaleia, na qual foi realizado TC que não indicou alterações.

Primeiro dia do pós-operatório (12/05/20), cursou com queixa de epigastralgia e presença de urina concentrada em sonda vesical. Iniciou-se propedêutica com dexametasona, a fim de melhorar a disfunção endotelial causada pela doença. Além disso, a paciente apresentou boa resposta ao tratamento com metildopa.

A paciente se apresentou estável clínica e hemodinamicamente dia 13/05/20 e manteve-se em cuidados intensivos. Ao exame: PA 120x90 mmHg, FC 80 bpm. Ademais, foi realizado nova rotina de pré-eclâmpsia e HELLP para acompanhamento (Tabela 1 – Coluna 13/05). Foi feita transfusão de concentrados de hemácias após exames laboratoriais cursando com HB 6,4, reticulócitos elevados e Coombs direto negativo. Houve óbito do recém-nascido dia 13/05 com dois dias de vida.

No dia 14/05, a paciente permaneceu hemodinamicamente estável, com PA 149x100 mmHg e FC 81 bpm. Foi solicitado novamente a rotina de PE/HELLP para acompanhamento (Tabela 1 – Coluna 14/05 00:51h e 10:46h) e manteve-se a prescrição de dexametasona e metildopa. A paciente recebeu alta do CTI para a enfermaria aos cuidados da ginecologia neste dia.

No quarto dia pós-cesariana (15/05), DMG negou sintomas de qualquer etiologia, se apresentando clínica e hemodinamicamente estável. A diurese permaneceu clara e

satisfatória em SVD. Foi solicitado o acompanhamento de níveis pressóricos e interrupção do tratamento com metildopa, devido ao aumento das transaminases.

No dia 16/05, houve parecer da nefrologia com suspeita diagnóstica de Síndrome hemato-volêmica. Apesar disso, não houve indicação de diálise. Foi solicitado o ultrassom dos rins e das vias urinárias, além da prescrição de nifedipina e retirada da SVD. A paciente foi mantida em conduta prévia do acompanhamento até o momento de evasão contra o parecer médico dia 17/05/2020.

Tabela 1 - Propedêutica Laboratorial da paciente desde o período de internação no HMTJ - JF em 11/05/2020 até evasão da mesma dia 17/05/2020. Os parâmetros laboratoriais alterados estão destacados em negrito.

Tabela	1/05 05:34H	1/05 6:07H	2/05	3/05	4/05 00:51H	1/05 0:46H	5/05	6/05
Hemoglobina (g/dL)	3,2	2,2	,4	,4	,9	7	,5	,8
Plaquetas (mil/mm³)	7	2.500	3.420	6.910	5.110	6	6.330	05.600
Hematócrito (%)	8,3	6,9	2,3	8,5	2,7	2	4,5	6,1
Leucócitos (cél/mm³)	6.740	4.500	8.470	4.910	7.970	1	5.760	8.990
Bastões (%)	9	2			1	1		
TGO (U/L)	74	5	.804	50	6	8	06	
TGP (U/L)	.111	1	05	10	44	1	14	
GGT (U/L)	0	3						
LDH (U/L)	.075	3	.793	.109	37	5	94	
Bilirrubina total (mg/dL)	,4	2	,9		,3	0	,4	
Bilirrubina direta (mg/dL)	,9	0	,8	,5	,2			
Bilirrubina indireta (mg/dL)	,5	1	,1	,2	,1			
Ácido úrico (mg/dL)	8	,6		0,1		1,3		
Creatinina (mg/dL)	,9	0	,6	,5	,6	3	,5	,7
Ureia (mg/dL)	7	3	6	4	5	8	9	08
Glicemia (mg/dL)					8	5	9	95

Autoria própria, 2020

3 DISCUSSÃO

No caso descrito, a paciente foi admitida com a sintomatologia típica da Síndrome HELLP, que se pauta na dor em abdome superior e hipertensão arterial (no caso supracitado, paciente apresentou pressão arterial sistêmica de 180X120 mmHg), corroborando com os principais achados laboratoriais de hemólise, alteração da função hepática e plaquetopenia. Além disso, a paciente apresentou parâmetros laboratoriais que indicaram risco de morbidade materna grave associados a concentrações de LDH > 1400 U/L, TGO > 150 U/L, TGP > 100 U/L e ácido úrico > 7,8 mg/100ml. ²

Com a evolução da paciente, foram utilizados Sulfato de Magnésio e Hidralazina direcionados à melhora dos níveis pressóricos e à profilaxia das crises convulsivas causadas pela eclâmpsia, seguindo o protocolo médico. A dexametasona foi usada com finalidade de atingir a maturação fetal e posteriormente com intuito de controlar disfunção endotelial causada pela eclâmpsia/pré-eclâmpsia. Ademais, a nifedipina foi prescrita devido suas ações farmacológicas hipotensora e vasodilatadora.¹³

Como complicação importante, TCB apresentou disfunção renal, que é frequente em até 46% dos casos das pacientes diagnosticadas com Síndrome HELLP.¹⁰ Para avaliação da função renal é fundamental a análise laboratorial, sendo os níveis normais da creatinina sérica 0,6 – 1,3 mg/dL (TCB = 3,7) e da ureia sérica 13 – 43 mg/dL (TCB = 108).¹¹ Essas complicações renais ocorrem a nível da microvascularização (trombose vascular, oclusão dos lúmens renais e hipoperfusão) e são causas fundamentais de insuficiência renal aguda.⁵

Outra intercorrência relevante se relaciona à morbimortalidade perinatal que é consideravelmente maior que a materna nessa condição, sendo a idade gestacional um fator determinante no desfecho.² A taxa de mortalidade perinatal é de aproximadamente 34% antes da 32ª semana de gestação,² sendo o desfecho do caso de TCB em que foi induzido o parto via cesárea com 27 semanas de gestação e resultou em morte do RN com dois dias de vida (13/05/2020).

4 CONCLUSÃO

A Síndrome HELLP pode surgir abruptamente e se manifestar de forma gravíssima com elevada morbimortalidade materno-fetal. Portanto, a partir dessa discussão conclui-se que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais no que tange ao desfecho favorável de recuperação da paciente, sendo a indução do parto a principal abordagem terapêutica.

REFERÊNCIAS

COELHO, B.C.P; BRITO, B.O.F; BRAGA, C.A.; GARCIA, E.C.; BRAGA, F.A.; SOUZA, F.C.R.; et al. Síndrome HELLP: uma breve revisão. *Rev Med Minas Gerais*. v. 19 (2 Supl 3), p. 107-111, 2009.

HARAM, K.; SVENDSEN, E.; ABILDGAARD, U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review. *BMC Pregnancy Childbirth*. v. 8, p. 8, 2009.

DUSSE, L.M.; ALPOIM P.N.; SILVA J.T.; RIOS D.R.A.; BRANDÃO A.H.; CABRAL A.C.V. Revisiting HELLP syndrome. *Clin Chim Acta*. v. 7, n 45. p. 117-111, 2015.

RAMOS J.G.L.; SASS N.; COSTA S.H.M. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. *FEBRASGO*. n. 8, 2017.

MIHU, D; COSTIN, N; MIHU, CM; SEICEAN, A; CIORTEA, R. HELLP syndrome – a Multisystemic Disorder. *J Gastrointestin Liver Dis*. v.16(4), p.419-24, 2007.

COELHO, B.C.P; BRITO, B.O.F; BRAGA, C.A.; GARCIA, E.C.; BRAGA, F.A.; SOUZA, F.C.R.; et al. Síndrome HELLP: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais*. v. 19 (2 Supl 3), p.104-106, 2009.

WALLACE, K.; HARRIS, S.; ADDISON, A.; BEAN, C. HELLP Syndrome: Pathophysiology and Current Therapies. *Curren Pharm Biotechnol*. v 10, n 10, p 816-826,2018.

8. SIBAI, BM.; TALISMI, MM.; EL-NAZER, A.; AMON, E.; MABIE, BC.; RYAN, GM. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. v 155, n 3, p 501-509, 1986.

O'BRIEN, J.M.; BARTON, J.R.; Controversies with the diagnosis and management of HELLP syndrome. *Clin Obstet Gynecol*. v 48, n 2, p. 460-477, 2005.

RAMOS, J.G.; MARTINS-COSTA, S.; VETTORAZZI-STUCZYNSKI, J; BRIETZKE, E. Morte materna em um hospital terciário do Rio Grande do Sul- Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. v 2, n 6, p.432-436, 2003.

YU, L.; SANTOS B.F.C.; BRUDMANN, E.A.; SUASSUNA, J.H.R.; BASTISTA, P.B.P. Insuficiência Renal Aguda. *Braz. J. Nephrol*. v 29 (suppl. 1), 2007.

RAMOS, J.G.; MARTINS-COSTA S.; VETTORAZZI-STUCZYNSKI J.; BRIETZKE E. Morte materna em um hospital terciario do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. v. 25, n 6. p. 431-436, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes da AMB Insuficiência Renal Aguda. *J. Bras. Nefrol*. v. 25 (1 Supl. 1), 2007.

SASS N.; KORKES H.A.; KATZ L. Síndrome HELLP. *FEBRASGO*. n. 9, 2018.

PERAÇOLI J.C.; BORGES V.T.M.; RAMOS J.G.L.; CAVALLI R.C.; COSTA S.H.A.M.C.; OLIVEIRA L.G.; et al. Pré-eclâmpsia/eclampsia. *Rev Femina*. v. 47, n. 5. p. 258-273, 2019.