

RELATO DE CASO

SÍNDROME HELLP: A CONDUTA OBSTÉTRICA E SUAS CONTROVÉRSIAS

Flávia da Silva Oliveira¹, Fábio Roberto Ruiz de Moraes².

RESUMO

A síndrome HELLP pode ocorrer na pré-eclâmpsia (PE) ou na eclâmpsia e se caracteriza pelo conjunto de sinais e sintomas associados à hemólise microangiopática, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia, podendo afetar 0,6% das gestações e 4-12% das pacientes com PE grave. Responsável por elevados índices de mortalidade materna e perinatal, a paciente pode apresentar-se com mal estar geral, epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, náuseas ou vômitos, cefaléia, escotomas, associados a quadro hipertensivo e proteinúria. A conduta obstétrica na Síndrome HELLP ainda apresenta controvérsias na literatura, principalmente quando estamos diante de gestações em estágio inicial. Existem condutas favoráveis ao tratamento conservador no intuito de estabilizar a progressão da doença e reduzir a morbidade e mortalidade da mãe e do feto. Outras que postergam a interrupção da gestação por período de 48 horas nos menores de 34 semanas. E ainda temos condutas obstétricas que adotam a interrupção de emergência, independente da idade gestacional.

Palavras-chave: Síndrome HELLP, Pré-eclâmpsia grave, Eclâmpsia, gestação de alto risco.

ABSTRACT

HELLP syndrome is a clinical entity that can occur in pre-eclampsia or eclampsia and is characterized by presenting a set of signs and symptoms associated with microangiopathic hemolysis, raised elevated liver enzymes and thrombocytopenia, which may affect 0.6% of pregnancies and 4-12% of patients with severe PE. Responsible for high rates of maternal and perinatal mortality, the patient may present with general malaise, epigastralgia, right hypochondrium pain, nausea or vomiting, headache, scotomas, associated with hypertension and proteinuria. The obstetric behavior in HELLP syndrome is still controversial in the literature, especially when we are in the early stages of pregnancy. It was observed that some authors favor conservative treatment in order to stabilize the progression of the disease and reduce morbidity and mortality of the mother and the fetus. However, other authors take the course of postponing gestation of less than 34 weeks per 48-hour period. And we still have obstetric behaviors that adopt the emergency interruption, regardless of gestational.

 ACESSO LIVRE

Citação: Oliveira FS, Moraes FRR (2018) Síndrome HELLP: a conduta obstétrica e suas controvérsias. Revista de Patologia do Tocantins, 5(3): 75-78.

Instituição: ¹Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Tocantins, Tocantins, Brasil; ²Médico Ginecologista e Obstetra, Universidade Federal do Tocantins, Tocantins, Brasil.

Autor correspondente: Flávia da Silva Oliveira; flavitpac@hotmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 09 de setembro de 2018.

Direitos Autorais: © 2018 Oliveira et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

INTRODUÇÃO

A síndrome HELLP consiste em estágios avançados de pré - eclâmpsia (PE), quase sempre consequente a condutas conservadoras adotadas nas PE graves (HARAM, 2009), podendo afetar 0,6% das gestações e 4-12% das pacientes com PE grave. Responsável por elevados índices de mortalidade materna e perinatal, pode se apresentar com mal-estar geral, epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, náuseas ou vômitos, cefaléia, escotomas, associado a quadro hipertensivo e proteinúria (RODRIGUES JR, 2017).

A síndrome HELLP ocorre tanto na pré-eclâmpsia como na eclâmpsia. Caracteriza-se por apresentar um conjunto de sinais e sintomas associados à hemólise microangiopática, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. O termo HELLP foi inicialmente descrito por Louis Weisten, em 1978, e baseou-se nas iniciais das palavras *hemolysis, elevated liver enzymes, e low platelet count*. (ZUGAIB, 2016).

Enquanto a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia afetam tipicamente nulíparas jovens, a síndrome HELLP geralmente acomete múltiparas com idade mais avançada (WILLIAMS,1999; MAGANN,1999). Além disso, as pacientes com síndrome HELLP geralmente são brancas e com mau passado obstétrico (SURESH,1988).

A conduta nas pacientes com síndrome HELLP é bastante controversa. Várias são as medidas terapêuticas descritas para estabilizar esse quadro, sendo a interrupção da gestação a única medida eficaz para atingir a resolução dessa condição clínica (URBANETZ, 2016).

Mesmo com a intervenção obstétrica oportuna e cuidados específicos no atendimento, a síndrome HELLP responsabiliza-se por taxas elevadas de mortalidade materna e perinatal. Relata-se mortalidade materna de até 24% e perinatal global de 7 a 20% (SIBAI, 2004).

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A incidência da síndrome HELLP apresenta-se em torno de 0,5 a 0,9% nas gestações em geral e cerca de 10 a 20% em mulheres com pré-eclâmpsia do tipo grave ou eclâmpsia (HARAM, 2014). Levantamento de dados no Brasil demonstra uma variação na incidência entre 2 e 12% e é influenciada pela idade materna, etnia, paridade, duração da pré-eclâmpsia ou presença da eclâmpsia (SILVA,2012); (PERAÇOLI,2005).

De acordo com Sibai (2004), apesar de uma intervenção obstétrica oportuna e cuidados específicos no atendimento, a síndrome HELLP responsabiliza-se por taxas muitos elevados de mortalidade materna e perinatal, sendo relatadas mortalidade materna de até 24% e perinatal global de 7 a 20%.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Clinicamente, a síndrome HELLP pode se manifestar de diversas formas, sobretudo a sintomatologia pode ainda aparecer isolada de alterações laboratoriais, constituindo um importante sinal de alerta para a conduta obstétrica. A apresentação clínica mais frequente ocorre com medidas da

pressão arterial acima de 140 x 90 mmHg em 82 a 88% dos casos, acompanhada de proteinúria em 86 a 100% das vezes. A queixa mais comum é a epigastralgia e/ou dor no quadrante superior direito (QSD) do abdômen. Acredita-se que a distensão da cápsula hepática (de Glisson) cause dor, devido a áreas de infarto e depósito de fibrina nos vasos hepáticos. Ademais, cefaléia frontal é a segunda queixa mais frequente (48%). Náuseas e vômitos são observados em 34% das pacientes com HELLP, e os escotomas visuais aparecem em 5 a 10%. A presença desses sinais e sintomas associados aos exames laboratoriais sugerem fortemente o diagnóstico (RONALD et al, 2009).

DIAGNÓSTICO

A síndrome HELLP é um diagnóstico predominantemente laboratorial. As manifestações clínicas são geralmente múltiplas e imprecisas e superpõem-se às da PE, sendo comuns as queixas de cefaleia, dor epigástrica e/ou no hipocôndrio direito, perda de apetite, náuseas e vômitos, escotomas e níveis pressóricos elevados. Nos casos mais graves, como na iminência de eclâmpsia e eclâmpsia, as pacientes apresentam-se com alteração do estado de consciência (ZUGAIB, 2016).

O diagnóstico deve ser o mais precoce possível e, quanto maior o número de sintomas e sinais sugestivos de síndrome HELLP, maior a chance de diagnóstico e a necessidade de tratamento. A confirmação diagnóstica é laboratorial (tabela 1) e a síndrome HELLP é dita completa quando todos os critérios diagnósticos laboratoriais se encontram presentes e parcial quando se verifica apenas parte deles (ZUGAIB, 2016).

Tabela 1. Critérios diagnóstico da síndrome HELLP

Hemólise
Alterações eritrocitárias (esquizócitos)
Alterações de bilirrubina total (>1,2mg%)
Aumento de DHL (>600 UI/L)
Elevação de enzimas hepáticas
TGO/TGP >70 UI/L
Plaquetopenia
<100.000 plaquetas/mm³
* DHL: desidrogenase láctica; TGO: aspartato aminotransferase; TGP: alanina aminotransferase.

CONTROVÉRSIAS NA CONDUTA OBSTÉTRICA

A conduta obstétrica na síndrome HELLP em idade gestacionais muito precoces é controversa na literatura. Alguns autores são favoráveis à conduta conservadora com os objetivos de estabilizar o curso da doença e reduzir a morbidade e a mortalidade perinatais e também as complicações maternas. Outros postergam a gestação com menos de 34 semanas por apenas 48 horas (PARPINELLI

,2006). E há ainda aqueles para os quais a interrupção da gestação é sempre indicada, independente da idade gestacional (ROELOFSEN ET AL, 2003; RAMOS ET AL,2016).

Várias são as medidas terapêuticas descritas para estabilizar esse quadro, sendo a interrupção da gestação a única medida eficaz para atingir a resolução dessa condição clínica. (URBANEZ,2016)

A conduta conservadora na síndrome HELLP é difícil e temerária. Prolonga-se por poucos dias a gestação, e os resultados perinatais são os semelhantes ao obtidos na conduta resolutiva. (FITZPATRICK et al,2014). A despeito de se afirmar que a conduta conservadora pode ser benéfica, há grande risco para o binômio mãe-feto quando se protela a interrupção: edema pulmonar, descolamento de placenta, coagulação intravascular disseminada (CIVD), insuficiência renal aguda, asfixia e mortalidade materna e fetal. (EGERMAN;SIBAI, 1999)

A maioria dos autores não recomenda a conduta conservadora além das 48 horas de observação inicial, na qual se busca a estabilização da mãe e administração de corticoterapia para induzir a maturidade pulmonar fetal (HARAM,2009).

Na Clínica Obstétrica do HC-FMUSP, prevalece a opinião de que a conduta obstétrica em gestante com síndrome HELLP depende de diversos fatores, como condição clínica e laboratorial materna, vitalidade fetal e idade gestacional a partir de 34 semanas ou diante de feto viável com vitalidade alterada (conforme critérios de parto na eclâmpsia grave), interrompe-se a gestação. No entanto, para gestantes com menos de 34 semanas com vitalidade fetal preservada, adota-se a conduta conservadora com rigoroso acompanhamento clínico e laboratorial até 34 semanas (figura 2). A melhora dos resultados dos exames laboratoriais, a partir da segunda coleta, e o controle adequado dos níveis pressóricos possibilitam a manutenção da gestação. Indica-se a interrupção dela diante do controle inadequado (sinais clínicos ou laboratoriais de coagulopatia, insuficiência renal aguda, edema agudo de pulmões, eclâmpsia, ruptura hepática ou plaquetopenia < 50.000 plaquetas/mm³) e sofrimento fetal (ZUGAIB, 2016).

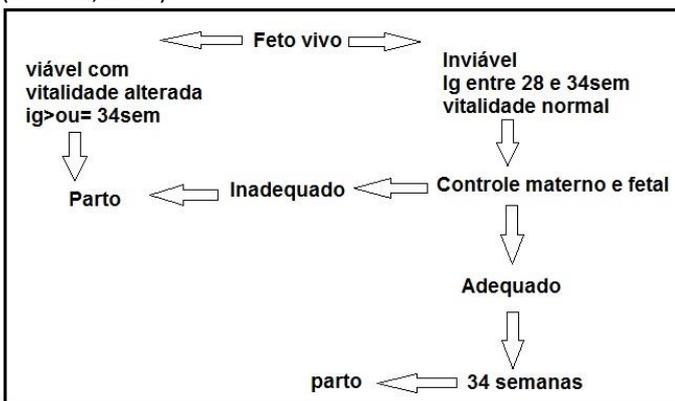


Figura 2 – Tratamento obstétrico na síndrome HELLP. IG: idade gestacional

A melhor via de parto para as gestantes é a vaginal visto que determina menor sangramento intraoperatório. Assim, se o colo uterino revelar boas condições, induz-se ou conduz-se o trabalho de parto, com vigilância contínua da vitalidade fetal (ZUGAIB, 2016).

Pretendendo a interrupção da gravidez, faz-se necessária a adoção de algumas medidas clínicas visando a melhorar as condições da gestante e reduzir os riscos de complicações: prevenção de convulsões com sulfato de magnésio; controle da pressão arterial; correção da plaquetopenia: recomenda-se administração antes da interrupção da gravidez. Nos partos vaginais, os níveis de plaquetas devem estar acima de 20.000/mm³, e nas cesareanas, acima de 50.000/mm³; administração de corticoide para induzir ou acelerar a maturação pulmonar fetal quando necessário (ZUGAIB, 2016).

O uso do corticoide no período anteparto tem demonstrado produzir melhoras nos parâmetros laboratoriais (plaquetas, enzimas hepáticas e bilirrubinas (CRANE et al, 2003). Ele é indicado em casos cuja a interrupção da gestação seja necessária por óbito fetal ou pela gravidade do quadro clínico materno com fetos inviáveis. O intuito é melhorar as condições clínicas e laboratoriais maternas, principalmente visando à elevação da contagem de plaquetas, o que permite maior segurança para o procedimento obstétrico. Utiliza-se dexamentasona, 10 mg, a cada 12 horas até o parto (ZUGAIB, 2016).

CONCLUSÃO

Ainda permanece controversa na literatura a conduta obstétrica na síndrome HELLP, principalmente em gestações ainda muito precoces. É fato que apesar das várias medidas terapêuticas descritas para a estabilização desta entidade patológica tão grave e delicada, apenas a interrupção da gestação é capaz de promover a resolução adequada desta condição clínica.

A conduta conservadora tem o objetivo de estabilizar o curso da doença e reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal e também as complicações maternas. Em gestações de prematuros com menos 34 semanas a intenção de postergar as gestações por 48 horas, visa promover a maturidade pulmonar fetal. A conduta conservadora na síndrome HELLP é difícil e temerária, não sendo assim recomendando que a mesma vá além das 48 horas de observação inicial.

Optando-se pela a interrupção da gestação, faz-se necessária a adoção de algumas medidas clínicas visando a melhorar as condições da gestante e reduzir os riscos de complicações permitindo assim uma maior segurança no procedimento obstétrico pretendido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CRANE J. M. et al. The maternal benefits of corticosteroids with HELLP syndrome. *J Obstret Gynaecol Can*; 25 (8) 650-5,2003.
2. EGERMAN R. S.; SIBAI R. M. HELLP syndrome. *Clin Obstet Gynecol*;42:381-9,1999.
3. FITZPATRICK et al. Risk factors, management and outcomes of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome and elevated liver enzymes, low platelets syndrome. *Obstret Gynecol*; 123-618, 2014.
4. HARAM K. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9:8-33, 2009.
5. MAGANN EF, Martin JN Jr. Twelve steps to optimal management of 4. HELLP

- syndrome. Clin Obstet Gynecol. 1999;42(3):532-50,1999.
6. NETO et al. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. RBGO, 2010
 7. PARPINELLI M. A., NEME B. Doença hipertensiva específica da gestação: síndrome HELLP. In: Neme B, editor. Obstetrícia básica. 3ªed. São Paulo: Atheneu; p.292-7, 2006.
 8. PERAÇOLI J. C. PARPINELLI M. A. Síndrome hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Rev Bras Ginecol Obstet; 27 (10): 627-34, 2005.
 9. RAMOS J G. L. et al. Síndrome HELLP. In: Freitas F, Martins-Costa S H, Ramos JGL, Magalhães JÁ, editores. Rotinas em Obstetrícia. 5 ed. Porto Alegre: Art Med; p.407-13, 2016.
 10. ROELOFSEN A. C. et al. The HELLP syndrome: maternal-fetal outcome and follow upo f infantis. J Perinar Med; 31(3):201-8,2003.
 11. RODRIGUES JR. Carlos Alberto, et al. Hellp syndrome with placental abruption and fetal death: a case reporte. Revista de Patologia do Tocantins, nº3, 34-37, Palmas –TO, 2017.
 12. RONALD Sousa, et al. Diagnostico e conduta na Síndrome HELLP, 2009 Rev Med Minas Gerais.19(4 Supl 3): S30-S33, 2009.
 13. SIBAI B. M. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. Obstet Gynecol; 103:981,2004.
 14. SILVA et al. Síndrome HELLP: A importância da investigação laboratorial na pré-eclâmpsia. Rev Ciênc Méd ; 11 (1): 61-5, 2012.
 15. SURESH M. S. HELLP syndrome: an anesthesiologist's perspective. 5. Anesthesiol Clin North Am.16(2):332-48, 1998.
 16. URBANETZ Almir Antonio. Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o Medico Residente, 1ª edição, Ed. Manole, São Paulo, 2016.
 17. WILLIAMS K .P, WILSON S. Ethnic variation in the incidence of HELLP syndrome in a hypertensive pregnant population. J Perinat Med. 25(6):498-501, 1999.
 18. ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. Obstetrícia. Editora Manole 3ª edição. Barueri - SP, 2016