

RESUMO EXPANDIDO- XXII JAGOCIR da Rede MaterDei em Saúde

**PRÉ-ECLÂMPسيا TARDIA COM SINAIS DE GRAVIDADE
ASSOCIADO À SÍNDROME HELLP PARCIAL: UM RELATO DE
CASO**

**PRE-ECLAMPSIA LATE WITH GRAVITY SIGNS ASSOCIATED WITH PARTIAL
HELLP SYNDROME: A CASE REPORT**

Melissa Pereira de Oliveira¹; Júnia Andrade Carvalho¹; Raíssa Teixeira Pinto¹; Stany Rodrigues Campos de Paula².

1. Acadêmicas do curso de Medicina Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH):

melissappol@gmail.com; juniafmb@hotmail.com; raissatep@gmail.com

2. Professora do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH); Médica no Hospital Vila da Serra;

stanydepaula@gmail.com

Resumo: ***Justificativa:** A eclâmpsia caracteriza-se por convulsões ou coma em gestantes hipertensas ou com pré-eclâmpsia que não apresentam doenças neurológicas. Denomina-se pré-eclâmpsia tardia quando ocorre entre 48 horas e quatro semanas pós-parto. Sua prevalência atinge apenas 2% das gravidezes e pode progredir para síndrome HELLP, caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia. Por isso, deve ser reconhecida com finalidade de reduzir sua morbimortalidade. **Objetivos:** Relatar caso de paciente, normotensa durante gravidez, que manifestou sintomas da doença no décimo dia pós-parto. **Métodos:** Análise de prontuário médico e revisão bibliográfica. **Resultados:** Q.O.L., 37 anos, G5PN4A1, puérpera pós-parto vaginal, procurou atendimento hospitalar com epigastralgia e cefaleia importantes. Admitida hipertensa e internada por suspeita de pré-eclâmpsia pós-parto com sinais de gravidade. Solicitada propedêutica HELLP, constatando-se aumento de transaminases, enzimas canaliculares e bilirrubina total. Encaminhada ao CTI e iniciada terapêutica com hidralazina, sulfato de magnésio e nifedipina. Ao exame apresentava-se hipertensa, abdome doloroso à palpação e edema em membros inferiores. Solicitada nova revisão laboratorial, com níveis de transaminases em ascensão; USTV, sem restos placentários e US abdome total, com fígado de ecogenicidade elevada. Hipótese diagnóstica: puerpério patológico tardio por pré-eclâmpsia com sinais de gravidade associado a síndrome HELLP parcial. Conduta: Nifedipina de ação rápida, monitorização de níveis pressóricos e cuidados intensivos mantidos. **Conclusão:** A pré-eclâmpsia não se restringe ao período gestacional, e seu diagnóstico precoce é fundamental para reduzir riscos e complicações. É importante orientar a paciente quanto à possibilidade de recorrência em gestações futuras, que requerem acompanhamento e aconselhamento adequados.*

PALAVRAS-CHAVE: Eclâmpsia; pós-parto; complicações.

1. INTRODUÇÃO

Pré-eclâmpsia (PE) é uma desordem endotelial muito prevalente entre as gestantes brasileiras (MARTINS-COSTA, 2017). Denomina-se pré-eclâmpsia tardia quando ocorre entre 48 horas e quatro semanas pós-parto. Sua prevalência atinge apenas 2% das gravidezes e pode progredir para síndrome HELLP, caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia. Por isso, deve ser reconhecida com finalidade de reduzir sua morbimortalidade (CORRÊA, 2011; KHAN, 2006). Fisiopatologicamente é uma afecção gestacional que ocorre a partir da 20ª semana culminando em aumento dos níveis pressóricos sistólico > 140 e/ou diastólico > 90 mmHg em gestante previamente não hipertensa e proteinúria em 24 h > 3 g/dia ou + no exame de Urina tipo I. Clinicamente a PE manifesta-se por hipertensão, edema (principalmente aumento significativo do peso em curto intervalo de tempo) (ZUGAIB, 2016). Acarreta em lesão renal, mais caracteristicamente a endoteliose capilar glomerular; lesão no sistema cardiovascular, sistema nervoso central- podendo gerar edema cerebral, e evoluir para eclâmpsia com convulsões tônico-clônicas generalizadas (CORRÊA, 2011). Faz-se relevante a descrição do caso devido à contradição da fisiopatologia com a manutenção do caso mesmo após o parto.

O objetivo deste estudo é relatar a ocorrência da PE no período puerperal, paciente normotensa durante gravidez, que manifestou sintomas da doença no décimo dia pós-parto, fato pouco encontrado na literatura brasileira.

2. METODOLOGIA

Análise de prontuário médico e revisão sistemática através de artigos científicos que foram selecionados a partir do PUBMED e DYNAMED utilizando os termos “pré-eclâmpsia”, “tardia”, “síndrome hellp” e “complicações”. Diante dos resultados foram excluídos os artigos que não se relacionavam com o tema e os publicados há mais de 15 anos, valendo-se então do intervalo de publicação de 01 setembro de 2004 a 01 de setembro de 2019.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Q.O.L., 37 anos, G5PN4A1, proveniente de Ibité, sem comorbidades prévias, alergias medicamentosas e vícios. Puérpera pós parto vaginal em 22/02/19 (parto induzido por IG 41 semanas, sem intercorrências, PNRH: 6 consultas, normotensa em todas.). Evoluiu em domicílio no dia 06/03/2019, com quadro de dor abdominal, cefaléia e epigastralgia, procurou atendimento hospitalar, sendo admitida inicialmente em hospital municipal de Ibité, apresentando além da sintomatologia citada aumento da pressão arterial (220 x 120 mmHg). Reinternada por suspeita de pré-eclâmpsia pós parto, com sinais de gravidade, sendo solicitando propedêutica HELLP (06/03/2019): Hb: 12,1 // Plq: 252000 // BT: 1,7 // BBD: 1,3 // GGT: 607,7 // LDH: 505 // TGO: 386 // TGP: 288 // AU: 3,3 // Cr: 0,73. Constatando aumento de transaminases, mas também de enzimas canaliculares e bilirrubina total às custas de bilirrubina direta. No serviço de origem iniciou-se terapêutica com hidralazina EV, sulfato de magnésio e nifedipina. Encaminhada para CTI na MOV no dia 07/03/2019,

para estabilização hemodinâmica, de níveis pressóricos e cuidados intensivos. em uso de sulfato de magnésio (dose de manutenção) e anti hipertensivos. Admitida consciente, orientada, com queixa de epigastralgia, cefaleia e dor abdominal, negava alterações visuais, hábitos fisiológicos preservados. Ao exame, apresentava bom estado geral, corada, hidratada, afebril, eupneica em ar ambiente, PA 180x100 mmHg, normocárdica, abdome doloroso a palpação de andar superior e palpação uterina dificultada por panículo adiposo, sem sinais de irritação peritoneal. Lóquios fisiológico, períneo em bom aspecto, sem sinais flogísticos. No toque vaginal, colo posterior, orifício externo aberto e o interno fechado, sem odor fétido. Apresentava edema em membros inferiores +/4+. Normorreflexia patelar. Sendo solicitado nova revisão laboratorial, USTV, US abdome total. Revisão laboratorial (07/03/2019): Hb: 12,9 // Plq: 262000 // BT: 2.5 // BBD: 2,0 // BBI: 0,5 // GGT: 607 // LDH: 578 // TGO: 386 // TGP: 329 // AU: 2,9 // Cr: 0,57. USTV (07/03/2019): sem restos placentários ou alterações. // US abdome total (07/03/2019): figado com ecogenicidade elevada, textura heterogênea, vesícula biliar tópica de paredes espessadas, forma e volumes normais, com cálculos no interior, com diâmetro 7-9 mm, ausência de dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas. As hipóteses diagnósticas para esta paciente eram: Puerpério patológico tardio por pré eclampsia com sinais de gravidade associado a síndrome HELLP parcial. A conduta foi: modificada nifedipina para 20 mg de ação rápida de 12/12 horas, monitorização de níveis pressóricos e mantido cuidados intensivos. Em 20 dias paciente recebeu alta hospitalar com estabilização do quadro e controle ambulatorial. 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

(ZUGAIB, 2016). 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 prodrômicos como cefaleia, distúrbios visuais, epigastralgia ou dor no quadrante superior direito do abdome (CORRÊA, 2011; ZUGAIB, 2016). 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 (MARTINS-COSTA, 2017). No mundo ocidental a incidência de eclâmpsia varia de uma em 2.000 a uma em 3.448 gestações. Nos Estados Unidos, chega a ser a segunda maior causa de morte materna, com quadro ainda pior nos países em desenvolvimento (KRETTLI, 2011).

A eclâmpsia tardia pode acometer tanto pacientes previamente normotensas como as que apresentem história de pré-eclâmpsia durante a gravidez (MARTINS-COSTA, 2017). 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. 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 (ZUGAIB, 2016).

O American College of Obstetricians and Gynecologists 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 diazepam. 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 (CORRÊA, 2011; ZUGAIB, 2016).

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. 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 (PERAÇOLI, 2005).

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 (ZUGAIB, 2016).

4. CONCLUSÃO

A pré-eclâmpsia não se restringe ao período gestacional, podendo acontecer também no puerpério tardio e seu diagnóstico e manejo precoces são fundamentais para reduzir riscos e complicações. Além disso, é importante estar atento e orientar a paciente quanto à possibilidade de sua recorrência em gestações futuras e que requer acompanhamento e aconselhamento adequado em seu próximo pré-natal.

REFERÊNCIAS

- CORRÊA, M. D. **Noções Práticas de Obstetrícia**. 14a ed. Coopmed, 2011.
- KHAN K. S., WOJDYLA D., SAY L., GÜLMEZOĞLU A. M., VAN LOOK P. F. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**. 2006 Apr 1; 367(9516):1066-74.

KRETTLI, W. S. C; CATAE, M. A; ROCHA, P. M; COELHO, R. A; MADEIRA, R. A; LEÃO, T. M; FERREIRA, T. D. Eclâmpsia tardia. **Rev Med Minas Gerais**. 2011; 21(2 Supl 4): S1-S113.

MARTINS-COSTA, S. **Rotinas em Obstetrícia**. 7 ed. Artmed, 2017

PERAÇOLI, J. C. ; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005 Out; 27(10):627-34. 3. Sibai BM.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 3a ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.