

Síndrome HELLP atípica: relato de caso

Atypical HELLP syndrome: case report

Thiago Tavares Bernardo^{1*}, Kárita Morrana de Lima Nunes¹, Kelli da Silva Gonçalves¹, Ana Carolina Cesário Machado¹, Jessika Arguello Martins¹, Sumara Vargas Hubner Valinho², Kathelyn Ferreira Cordeiro³

1- Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina de Campos – Rio de Janeiro

2- Médica Ginecologista/Obstetra da Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra e orientadora da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia – LAGO – da Faculdade de Medicina de Campos.

3- Médica Ginecologista/Obstetra da Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra e do Hospital dos Plantadores de Cana, orientadora da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia – LAGO – da Faculdade de Medicina de Campos.

*Autor de correspondência e-mail: thiagotbernardo@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O acrônimo HELLP descrito em 1982¹ é uma síndrome que cursa com hemólise (H), aumento das enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP) em uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia². Ela pode ser completa ou incompleta, possuindo critérios diagnósticos para tal³. Os sinais e as manifestações clínicas mais frequentes são: proteinúria, hipertensão, dor epigástrica, náuseas e cefaleia². É mais frequente no terceiro trimestre, mas pode ocorrer também no segundo trimestre e no pós-parto². **Objetivos:** Relatar um caso incomum de uma paciente com síndrome HELLP precoce. **Métodos:** Estudo descritivo e documental baseado na coleta de dados clínicos e laboratoriais, além de revisão de literatura nas bases de dados eletrônicos. **Relato de caso:** Gestante, 29 anos, negra, multípara, procurou serviço de emergência obstétrica com queixa de dor epigástrica e desconforto abdominal em quadrante superior direito, além de náusea e vômitos. Foram encontrados níveis reduzidos de plaquetas e níveis elevados de AST e ALT. A paciente foi internada. Após apresentar quadro de epistaxe, foi encaminhada para maternidade de referência para gestação de alto risco, onde apresentou quadro agudo de hipertensão arterial. O conjunto de sinais e sintomas orientaram o diagnóstico de Síndrome HELLP, sendo realizada cesariana. Durante o procedimento, a paciente apresentou hemorragia de difícil controle, sendo realizada uma medida terapêutica incomum para a reversão do quadro, que se baseou na utilização de ácido tranexâmico em bolus. A puérpera foi mantida em observação na UTI, depois liberada para a enfermaria e, após alguns dias, recebeu alta hospitalar. **Discussão:** O quadro apresentou-se de maneira muito precoce e atípica, o que poderia ter piorado o quadro clínico da paciente, caso não tivesse sido diagnosticado a tempo, além disso a conduta terapêutica alternativa utilizada para a reversão da

ABSTRACT

Introduction: HELLP is a acronym described in 1982

¹ for a syndrome that presents with hemolysis (H), elevated liver enzymes (EL) and low platelets (LP) in a patient with pre-eclampsia or eclampsia ². It can be complete or incomplete, having diagnostic criteria for it ³. The most frequent signs and clinical manifestations are proteinuria, hypertension, epigastric pain, nausea and headache ². It is more common in the third trimester, but may also occur in the second trimester and postpartum ². **Objectives:** To report an unusual case of a patient with early HELLP syndrome.

Methods: Descriptive and documentary study based on the collection of clinical and laboratory data, as well as literature review in the electronic databases. **Case report:** A pregnant woman, 29 years old, black, multiparous, sought obstetric emergency service with complaints of epigastric pain and abdominal discomfort in the upper right quadrant, as well as nausea and vomiting. Reduced levels of platelets and elevated levels of AST and ALT were found. The patient was hospitalized. After presenting with epistaxis, she was referred to a reference maternity hospital for high risk pregnancy, where she had an acute hypertension. The set of signs and symptoms guided the diagnosis of HELLP syndrome, and a caesarean delivery was performed.

During the procedure, the patient had a difficult controlling hemorrhage and an unusual therapeutic measure was performed for the reversion of the condition, which was based on the use of tranexamic acid in bolus. The puerpera was kept under observation in the ICU, then released to the ward and, after a few days, she was discharged. **Discussion:** the condition was very early and atypical, which could have worsened the patient's clinical condition if it had not been diagnosed in time, and the alternative therapeutic approach used to reverse the uncontrolled hemorrhage was extremely important. **Conclusion:**

hemorragia descontrolada foi de suma importância. Conclusão: A síndrome HELLP é uma importante complicação obstétrica, que deve ser sistematicamente investigada na presença de sinais e sintomas que possam sugerir a sua ocorrência, visando assim melhorar o prognóstico da paciente e, quando possível, do feto. Além disso, utilização do ácido tranexâmico em bolus nesses casos complicados é uma conduta que pode ser adotada para a reversão do quadro hemorrágico⁴, portanto gestantes com queixa de dor epigástrica e/ou em quadrante superior abdominal devem ser investigadas sistematicamente⁵.

Palavras-chave: Emergências; Obstetrícia; Síndrome HELLP;

INTRODUÇÃO

O acrônimo HELLP foi descrito por Weinstein em 1982¹, é uma síndrome que cursa com hemólise (H), aumento das enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP) em uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia². Os fatores de risco são: gestantes brancas, multíparas e com história prévia de mau controle gestacional. A maioria dos casos acomete mulheres entre a 28^a a 36^a semana de gestação, ocorrendo em aproximadamente uma a duas mulheres a cada 1000 gestações, sendo 11% das gestantes com eclâmpsia e 4 a 12 % das gestantes com pré-eclâmpsia. Estima-se mortalidade materna em até 24% dos casos e perinatal oscilando de 30 a 40% dos casos².

A síndrome pode se apresentar de duas maneiras: completa, quando todos os critérios diagnósticos laboratoriais estão presentes, como a plaquetopenia, hiperbilirrubinemia, aumento de enzimas hepáticas e esfregaço anormal do sangue periférico; e incompleta ou parcial, quando apresenta um ou mais dos critérios diagnósticos, mas não tem todas as alterações laboratoriais. Ainda pode-se classificar a síndrome de acordo com os valores de plaquetopenia em: classe I ou grave, quando o nível de plaquetas é igual a 50.000/ mm³; Classe II ou moderada, em que a plaquetopenia está entre 50.000 e 100.000/ mm³ e Classe III ou leve, com plaquetopenia > 100.000 e < 150.000/ mm³³.

Os sinais e as manifestações clínicas mais frequentes são de proteinúria, hipertensão, dor epigástrica, náuseas e cefaleia, seguidas por distúrbios visuais e icterícia menos frequentes. Possuem maior incidência no terceiro trimestre, mas podem ocorrer

HELLP syndrome is an important obstetric complication, which should be systematically investigated in the presence of signs and symptoms that may suggest its occurrence, in order to improve the prognosis of the patient and, where possible, the fetus. In addition, the use of tranexamic acid in bolus in these complicated cases is a procedure that can be adopted to reverse the hemorrhagic condition⁴, thus pregnant women with epigastric and/or upper quadrant abdominal pain should be investigated systematically⁵.

Keywords: Emergencies; HELLP Syndrome; Obstetrics.

também no segundo trimestre ou pós-parto. A maior gravidade e o pior prognóstico são mais frequentes nos casos mais precoces, pois estão associados à prematuridade e, para gestante, devido às dificuldades na interrupção da gestação. Após a confirmação ou suspeita do diagnóstico, o primeiro passo no tratamento é estabilização materna, verificação das condições do feto e decisão sobre qual o melhor momento e a via de parto².

Objetivos: Relatar um caso incomum de uma paciente com síndrome HELLP precoce, com uma abordagem terapêutica diferenciada para uma complicação cirúrgica ligada à síndrome.

Métodos: Estudo descritivo baseado na coleta de dados clínicos e laboratoriais em prontuário, logo após assinatura de termo de consentimento de livre e esclarecido pela paciente em questão, além de revisão de literatura nas bases de dados eletrônicos (Scielo, PubMed e Cochrane).

Relato de caso: Gestante (idade gestacional: 23 semanas; G3-P1-A1), 29 anos, negra, natural do Nordeste e residente em São João da Barra, cidade ao norte do estado do Rio de Janeiro, procurou atendimento em serviço de emergência obstétrica do município que reside, queixando-se de epistaxe, dor epigástrica, náusea e vômitos, com evolução há 5 dias. Relatou um episódio de epistaxe 20 dias antes, que teve resolução espontânea. Aos exames laboratoriais: plaquetas: 39.000 mm³; ALT de 55 U/mL e de AST 58 U/mL. Foi internada para investigação do quadro clínico. No primeiro dia de internação hospitalar a paciente apresentou quadro de epistaxe, sendo encaminhada ao hospital de referência para gestação de alto risco da região (Hospital dos Plantadores de

Cana em Campos dos Goytacazes- Rio de Janeiro-Brasil). No mesmo dia a paciente apresentou quadro agudo de hipertensão arterial, com 180 X 120 mmHg de níveis pressóricos, tendo como hipótese diagnóstica a Síndrome HELLP, sendo indicada, então, a resolução por via alta. Realizada a cesariana, no momento intraoperatório a paciente apresentou hemorragia intensa, sendo administrado ácido tranexâmico intravenoso em bolus, conseguindo alcançar a hemostasia. A puérpera foi encaminhada à UTI da unidade, onde permaneceu em observação por 48 horas e recebeu alta da unidade sem outras complicações. O feto evoluiu para óbito nas primeiras 24 horas de internação em UTI neonatal.

Discussão: Vale ressaltar que o quadro clínico de dor epigástrica, desconforto abdominal em quadrante superior direito, associado a náusea e vômitos, alteração em exames laboratoriais com elevação de AST e ALT, plaquetopenia, além de elevação dos níveis pressóricos (180x120 mmHg), corroboraram para a suspeita de Síndrome HELLP, o que orientou a resolução por cesariana. Dada a sintomatologia atípica e precocidade do acometimento da gestante, faz-se necessário o diagnóstico rápido e preciso da síndrome, que facilmente poderia ter sido confundida com outra situação clínica, como Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT), Síndrome Hemolítico-Urêmica

(SHU) e Fígado Gorduroso Agudo da Gravidez (FGAG), podendo piorar o prognóstico da paciente⁵. A utilização de ácido tranexâmico em bolus foi baseada na recomendação do “Telemedicina baseada em evidência: cirurgia do trauma e emergência (TBE-CITE)”, que orienta sobre a utilização dessa medida de emergência, baseada no protocolo CRASH⁴⁷, como uma possibilidade terapêutica para a reversão de casos graves de hemorragia em trauma, mas que foi uma alternativa de grande utilidade na hemostasia do sítio cirúrgico, visto que, devido à síndrome, a paciente apresentava plaquetopenia, o que colaborou para a ocorrência da hemorragia maciça de difícil controle durante a cesariana.

Conclusão: A síndrome HELLP é uma grave complicação da gravidez que necessita de diagnóstico precoce e tomada de condutas ágeis. A utilização do ácido tranexâmico em bolus nesses casos complicados é uma conduta que pode ser adotada para a reversão do quadro hemorrágico⁴, portanto gestantes com queixa de dor epigástrica e/ou em quadrante superior devem ser investigadas sistematicamente⁵. Um tratamento adequado em pacientes mesmo que com complicações graves, pode trazer um desfecho materno-fetal favorável, entretanto, a prematuridade extrema é um grande fator de mortalidade perinatal⁸.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;142(2):159–67.
2. EGERMAN RS, SIBAI BM. HELLP Syndrome. *Clin Obstet Gynecol*. 1999;42(2):381–9.
3. Albuquerque CJ da M, Carvalho MA, Katz L, Santos LC. TERAPIA INTENSIVA EM OBSTETRICIA. 1o ed. GUANABARA KOOGAN; 2004.
4. Luz L Da, Sankarankutty A, Passos E, Rizoli S, Fraga GP, Nascimento Jr B. Ácido Tranexâmico No Tratamento Da Hemorragia No Trauma. *Rev Col Bras Cir*. 2012;39(1):77–80.
5. Peraçoli J, Parpinelli M. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. 2005;27(10):627–34. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100>
6. Roberts I, Shakur H, Ker K, Coats T. Antifibrinolytic drugs for acute traumatic injury. In: Roberts I, organizador. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [citado 22 de julho de 2017]. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004896.pub3>
7. Guerriero C, Cairns J, Perel P, Shakur H, Roberts I. Cost-Effectiveness Analysis of Administering Tranexamic Acid to Bleeding Trauma Patients Using Evidence from the CRASH-2 Trial. Eltzschig HK, organizador. *PLoS One* [Internet]. 3 de maio de 2011 [citado 22 de julho de 2017];6(5):e18987. Available at: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0018987>
8. Coelho BCP, Brito BOF, Braga CA, Garcia EC, Bragal FA, Souza FCR, et al. Síndrome HELLP/: uma breve revisão. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2009;19(3):107–11. Available at: <http://rmmg.org/exportar-pdf/1222/v19n2s3a25.pdf>