

Síndrome HELLP Recorrente: Relato de Dois Casos

Recurrent HELLP Syndrome: Report on Two Cases

José C. Peraçoli, Marilza V. C. Rudge, Iracema M. P. Calderon
Izildinha Maestá, Fábio Sgarbosa

SUMÁRIO

A síndrome HELLP é uma complicação grave da pré-eclâmpsia que determina aumento de morbidade e mortalidade maternas e perinatais. São descritos dois casos de recorrência dessa síndrome, sendo que em um deles ocorreu morte materna. Este trabalho alerta para o risco aumentado de síndrome HELLP na gestação seguinte.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome HELLP. Hemólise. Pré-eclâmpsia. Hipertensão. Complicações da gestação.

Introdução

HELLP é a sigla usada para descrever a condição de paciente com pré-eclâmpsia grave que apresenta hemólise (H), níveis elevados de enzimas hepáticas (EL) e contagem baixa de plaquetas (LP).

A síndrome HELLP é o achado extremo do espectro de alterações que ocorrem na hipertensão induzida pela gestação/pré-eclâmpsia⁷ e como seus sinais e sintomas são confundidos com os da pré-eclâmpsia grave (dor epigástrica ou no quadrante superior direito, náusea e mal estar), as formas leves podem passar despercebidas se não é feita a correta avaliação laboratorial. Assim, o diagnóstico é feito apenas quando a síndrome HELLP está bastante avançada⁶. Essa síndrome se acompanha de aumento da morbidade e

mortalidade maternas e perinatais. A morbidade e mortalidade maternas são dependentes da gravidade da doença, ao passo que a morbidade e mortalidade perinatais dependem mais da idade gestacional^{4,5,9}. Enquanto em centros de cuidados terciários a mortalidade materna é de apenas 1 a 2%^{3,10}, em outros centros é mais elevada, oscilando ao redor de 24%⁸.

Alguns trabalhos da literatura afirmam que pacientes com história de síndrome HELLP provavelmente apresentam risco significativo de desenvolvimento da pré-eclâmpsia, com ou sem síndrome HELLP, na próxima gestação. Sullivan et al.¹² analisaram, retrospectivamente, a gestação seguinte de 507 casos de síndrome HELLP, encontrando recorrência da mesma em 19% dos casos. Considerando os casos em que a contagem de plaquetas tinha sido menor que 50.000/mm³, 44% manifestaram a síndrome novamente. Sibai et al.¹¹ analisando o prognóstico materno em relação à gestação seguinte de 341 mulheres que tiveram síndrome HELLP encontraram 4% de risco de recorrência dessa complicação.

Em nosso serviço, no período de janeiro de

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade de Medicina de Botucatu
UNESP

Correspondência:
José Carlos Peraçoli
Rua Dr. Cardoso de Almeida, 1613 - apto. 602
18602-130 - Botucatu - SP

1991 a dezembro de 1994, a incidência de síndrome HELLP foi de 0,3% e a recorrência da mesma aconteceu em 16,7% dos casos, isto é, dois casos, que descrevemos abaixo.

Relato dos casos

Caso 1: paciente de 31 anos, branca, primigesta, com gestação de 23 semanas e 4 dias, deu entrada no serviço com quadro de hipertensão arterial, epigastralgia, cefaléia e dor no hipocôndrio direito, apresentando os seguintes resultados de exames:

	Ht (%)	Ac.úrico mg%	TGO mUI/ml	TGP mUI/ml	Plaquetas mm ³	PA mmHg	Fundo olho
1º dia	40	3,8	81	82	130.000	170x120	Vasoespasma
2º dia	30,9	4,3	107	114	72.000	170x120	vasoespasma

Ht – hematócrito

TGO – transaminase glutâmico-oxalacética

TGP – transaminase glutâmico-pirúvica

Diante do quadro foi resolvida a gestação por indicação materna e fetal (mecanismo de centralização + diástole zero em artéria umbilical). A paciente evoluiu com quadro de coagulação intravascular disseminada intra-operatório, sendo necessário aporte hemoterápico e cuidados intensivos. Houve boa recuperação e a mesma recebeu alta.

Após dois anos, a paciente procurou o serviço com sete semanas de gestação, iniciou pré-natal e teve boa evolução até a 34ª semana, quando apresentou hipertensão arterial, cefaléia, escotomas e os seguintes resultados de exames:

Ht (%)	TGO mUI/ml	TGP mUI/ml	Plaquetas mm ³	PA mmHg	Proteinúria g/24 horas
33,5	13	9	124.000	180x110	1,7

No 5º dia de internação, sem qualquer sintoma, a paciente apresentou dor súbita e lancinante no hipocôndrio direito, pico hipertensivo de 200x130 mmHg, tendo sido resolvida a gestação. No intra-operatório, a paciente desenvolveu quadro semelhante ao anterior, porém com evolução irreversível, culminando com acidente vascular hemorrágico e morte cerebral.

Caso 2: Paciente de 27 anos, parda, sextigesta,

com gestação de 31 semanas deu entrada no serviço com queixa de escotomas e dor abdominal, apresentando ao exame físico edema generalizado e pressão arterial de 175x125 mmHg. Os exames laboratoriais revelaram:

Ht (%)	TGO (mUI/ml)	TGP (mUI/ml)	Plaquetas (mm ³)	Bilirrubina Total (g%)
32	498	172	45.000	2,9

A gestação foi resolvida, havendo regressão total do quadro de síndrome HELLP, porém a paciente desenvolveu insuficiência renal aguda transitória. Recebeu alta, porém manteve-se hipertensa. No ano seguinte a paciente retornou com gestação de 36 semanas, referindo quadro clínico semelhante ao da gestação anterior e apresentando os seguintes exames laboratoriais:

Ht (%)	TGO (mUI/ml)	TGP (mUI/ml)	Plaquetas (mm ³)
31	735	316	67.000

Resolvida a gestação a paciente evoluiu sem complicações, recebendo alta hospitalar.

Discussão

Ainda não existe consenso na literatura sobre vários aspectos da síndrome HELLP, como incidência, natureza, significado clínico e conduta¹. Também é objeto de discussão se essa síndrome acontece como uma entidade distinta ou como parte da variedade de complicações da gestação⁹. O que não se discute é a gravidade dessa intercorrência, que além de resultar em altas taxas de mortalidade perinatal, que variam entre 77 a 370 por 1000⁹, a mortalidade materna acontece em 3,9% dos casos².

O cálculo do risco exato de recorrência da síndrome HELLP não está estabelecido, uma vez que somente a partir de 1982 tem sido chamada atenção para essa forma de manifestação da pré-eclâmpsia e sua ocorrência é rara. Beinder et al.¹ descrevem um caso de ocorrência de síndrome HELLP em quatro gestações consecutivas de uma mesma mulher.

Considerando que a síndrome HELLP é uma intercorrência grave, no geral de início súbito, com mau prognóstico, e que tem chance de se repetir em gestações futuras, é importante que essas pacientes sejam orientadas quanto à gravidade da

doença e a possibilidade de recorrência da mesma, e recomendadas a iniciar o pré-natal precocemente.

Ainda não existem meios de se identificar as mulheres, que havendo manifestado síndrome HELLP em uma gestação, evoluirão com síndrome HELLP na gestação seguinte. Assim, na assistência pré-natal as consultas devem ser mais freqüentes, se impõe a predição de pré-eclâmpsia (dopplerfluxometria das artérias uterinas) e recomenda-se o uso profilático de aspirina em baixas doses¹². Diagnosticada a hipertensão arterial, deve-se proceder a monitorização periódica laboratorial em busca das alterações que caracterizam a síndrome HELLP e, assim, intervir antes que a síndrome se manifeste por completo, tornando sombrio o prognóstico materno-fetal.

SUMMARY

HELLP syndrome is a severe complication of preeclampsia that increases maternal and perinatal morbidity and mortality. Two cases of recurrent HELLP syndrome are described, maternal death occurring in one of the cases. This study is a warning about the increased risk of HELLP syndrome in the next pregnancy.

KEY WORDS: HELLP syndrome. Hemolysis. Preeclampsia. Hypertension. Pregnancy complications.

Referências bibliográficas

1. Beinder E, Hirschmann A, Wildt L, Junker H. HELLP syndrome: recurrence in 4 consecutive pregnancies. **Geburtshilfe Frauenklinik** 1996; **56**: 501-3.
2. Geary M. The HELLP syndrome. **Br J Obstet Gynaecol** 1997; **104**: 887-91.
3. Helguera-Martinez AM, Tenorio-Maranon R, Vigil-del-Gracia PE, Garcia-Caceres E. Síndrome de HELLP. Analisis de 102 casos. **Ginecol Obstet Mex** 1996; **64**:528-33.
4. Martin JN & Stedman CM. Imitators of preeclampsia and HELLP syndrome. **Obstet Gynecol Clin North Am** 1991; **18**:181-98.
5. Martin JN, Blake PG, Lowry SL, Perry KG, Files JC, Morrison JC. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: how rapid is postpartum recovery? **Obstet Gynecol** 1990; **76**:737-41.
6. Martin JN, Blake PG, Perry KG, McCaul JF, Hess LW, Martin RW. The natural history of HELLP syndrome: patterns of disease progression and regression. **Am J Obstet Gynecol** 1991; **164**:1500-13.
7. McMahon LP, O'Coigligh S, Redman CWG. Hepatic enzymes and the HELLP syndrome: a long standing error. **Br J Obstet Gynaecol** 1993; **100**:693-5.
8. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing? **Am J Obstet Gynecol** 1990; **162**:311-6.
9. Sibai BM, Taslimi 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** 1986; **155**:501-9.
10. Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer BM, Friedman AS. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). **Am J Obstet Gynecol** 1993; **169**:1000-6.
11. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. **Am J Obstet Gynecol** 1995; **172**:125-9.
12. Sullivan CA, Magann EF, Perry Jr KG, Roberts WE, Blake PG, Martin Jr JN. The recurrence risk of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP) in subsequent gestations. **Am J Obstet Gynecol** 1994; **171**:940-3.