



## ROTURA HEPÁTICA ESPONTÂNEA E SÍNDROME HELLP: RELATO DE CASO

### *Spontaneous Hepatic Rupture and Hellp Syndrome: Case Report*

Isabella Lima Maeji<sup>1</sup>, Daniela da Silva Sobrino<sup>2</sup>, Attilio Brisighelli Neto<sup>3</sup>, Natalia Dalfré<sup>4</sup>, Ronaldo Nonose<sup>5</sup>

<sup>1-4</sup> Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF). Bragança Paulista – SP

<sup>5</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF). Bragança Paulista – SP

### **Resumo**

**Introdução:** A Síndrome HELLP é uma grave variante da pré-eclâmpsia, sendo caracterizada pela tríade hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia. A maioria dos casos é diagnosticada geralmente entre 27-37 semanas de gestação, porém podendo ocorrer dentro das primeiras 48 horas pós-parto. No último caso existem maiores índices de mortalidade e morbidade materna, assim como maior risco de complicações como edema pulmonar e hematoma hepático subcapsular. A rotura hepática manifesta-se principalmente no período pré-parto e é um evento potencialmente fatal, apesar de raro. **Objetivo:** Este artigo tem o objetivo de relatar o caso de uma paciente portadora de Síndrome HELLP que apresentou rotura hepática espontânea diagnosticada durante parto cesárea após quadro de dor abdominal intensa associada a alteração dos níveis pressóricos, assim como revisar a literatura sobre a síndrome e suas complicações. **Relato do caso:** Trata-se de uma paciente primigesta com idade gestacional de 35 semanas que foi admitida em nosso serviço em Julho de 2018 com quadro de dor epigástrica acompanhada de alteração dos níveis pressóricos, sendo diagnosticada com Síndrome HELLP durante internação. Foi então optada por resolução da gestação via cesariana, sendo identificada rotura hepática em lobo esquerdo com hemostasia satisfatória após uso de gel foam local. **Conclusão:** este relato contribui para o manejo de pacientes diagnosticadas com a síndrome e ressalta a importância da associação dos parâmetros clínicos, laboratoriais e de imagem para diagnóstico e abordagem precoces das complicações da Síndrome HELLP para diminuição dos índices de mortalidade materna e fetal.

**Palavra-chave:** Gestação; Síndrome HELLP; Eclâmpsia; Rotura hepática

### **Introdução**

A Síndrome HELLP é caracterizada pela presença de hemólise (H), plaquetopenia (LP) e disfunção das enzimas hepáticas (LP) em mulheres portadoras de pré-eclâmpsia, ocorrendo em 0,2-0,6% das gestações e apresentando maior incidência entre 27-37 semanas de gestação (TROJA *et al.*, 2015) (ZRIHEN *et al.*, 2017).

Apesar de apresentar maior incidência antes do nascimento, a Síndrome HELLP também pode ocorrer dentro de 48 horas pós-parto, neste caso estando mais associada a complicações como edema pulmonar, coagulação intravascular disseminada e hematoma hepático subcapsular, aumentando a morbidade e mortalidade materna (TROJA *et al.*, 2015).



A rotura hepática subcapsular espontânea é um evento extremamente raro e potencialmente fatal, podendo estar presente em aproximadamente 1-2% dos casos de Síndrome HELLP (TROJA *et al.*, 2015). O sinal clínico mais frequente é o aparecimento de epigastralgia intensa associada a dor escapular ipsilateral por irritação diafragmática (devido à distensão do parênquima hepático e da cápsula de Glisson por um aumento de fluxo ao nível dos sinusóides hepáticos) (POLO *et al.*, 2017); anemia e hipotensão também podem estar presentes.

O diagnóstico de rotura hepática espontânea pode ser elucidado por exame de imagem quando a paciente apresenta-se estável hemodinamicamente. A tomografia computadorizada é o exame de escolha, porém a ultrassonografia de abdome é geralmente utilizada como primeiro exame devido à sua maior disponibilidade (PERRONE *et al.*, 2015).

O tratamento da rotura hepática espontânea associada à Síndrome HELLP pode ser conservador se a paciente apresenta-se estável hemodinamicamente e se há integridade do hematoma, realizando vigilância do estado geral e monitorização contínua, bem como seguimento mediante estudo por imagem. Por outro lado, se houver mudança no padrão do hematoma ou se a paciente apresentar-se instável é indicada a abordagem cirúrgica, variando as técnicas a depender do quadro (ZRIHEN *et al.*, 2017).

O propósito deste estudo é reportar o caso de uma paciente diagnosticada com Síndrome HELLP após apresentar quadro de epigastralgia associada a elevação dos níveis pressóricos, evoluindo para o quadro de rotura hepática espontânea e apresentando desfecho favorável após abordagem cirúrgica no Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus, em Bragança Paulista – SP, em Julho de 2018.

## **Objetivo**

Revisar a literatura sobre Síndrome HELLP e suas complicações, assim como relatar o caso raro de uma paciente que desenvolveu a síndrome e rotura hepática espontânea diagnosticada durante parto cesárea e apresentou desfecho favorável após abordagem cirúrgica.

## **Método**

Trata-se de um relato de caso de natureza observacional, retrospectivo e descritivo. A pesquisa foi realizada mediante a análise do prontuário da paciente, atendida no Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado na cidade de Bragança Paulista - SP. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando o relato de seu caso. Não foi divulgada nenhuma informação que pudesse identificar a paciente.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (USF), em Bragança Paulista - SP, e aprovado por atender às diretrizes previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os aspectos legais e éticos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos.

## **Relato do Caso**

A.P.S.O., 28 anos, primigesta, com idade gestacional de 35 semanas, foi admitida em nosso serviço em julho de 2018, com quadro de dor epigástrica acompanhada de alteração dos níveis pressóricos (PA oscilando em 140x80mmHg). A paciente havia sido encaminhada de outro serviço, onde foi medicada com captopril, ranitidina e buscopam, sem melhora do quadro.



Ao exame físico encontrava-se estável, pressão arterial 140x80mmHg, pulso de 70bpm, abdome gravídico doloroso à palpação, com ruídos hidroaéreos presentes e descompressão brusca negativa, com altura uterina de 29cm e batimentos cardíacos fetais de 166bpm. Na análise do cartão de pré-natal níveis pressóricos permaneceram normais durante toda a gestação, e as oscilações iniciaram nos últimos seis dias evoluindo com edema 1+/4+ e dor epigástrica. Solicitado cardiocografia basal, ultrassonografia obstétrica e abdominal, e exames laboratoriais.

A ultrassonografia obstétrica com doppler evidenciava feto vivo; placenta grau II de implantação anterior, sem coleções retroplacentárias; ILA de 3,6cm; peso fetal estimado de 2093g; sem evidência de centralização hemodinâmica fetal.

Na ultrassonografia (figuras 1 e 2) de abdome total revelou fígado de dimensões, morfologia, contornos e ecotextura preservados; ausência de líquido livre ou coleções; notava-se imagem heterogênea, arredondada, bem definida, medindo cerca de 14,2x8,6x7,3cm, fixa durante todo o exame, sem alterações após a ingestão de água e sem fluxo ao doppler, localizada em topografia gástrica, com hipótese diagnóstica de câmara gástrica repleta por conteúdo ou massa expansiva.

A Tomografia de abdome superior sem contraste evidenciou fígado de dimensões normais, contornos arredondados, com atenuação preservada, sem evidências de lesões focais, porém pequena quantidade de líquido livre peri-hepático e peri-esplênico.

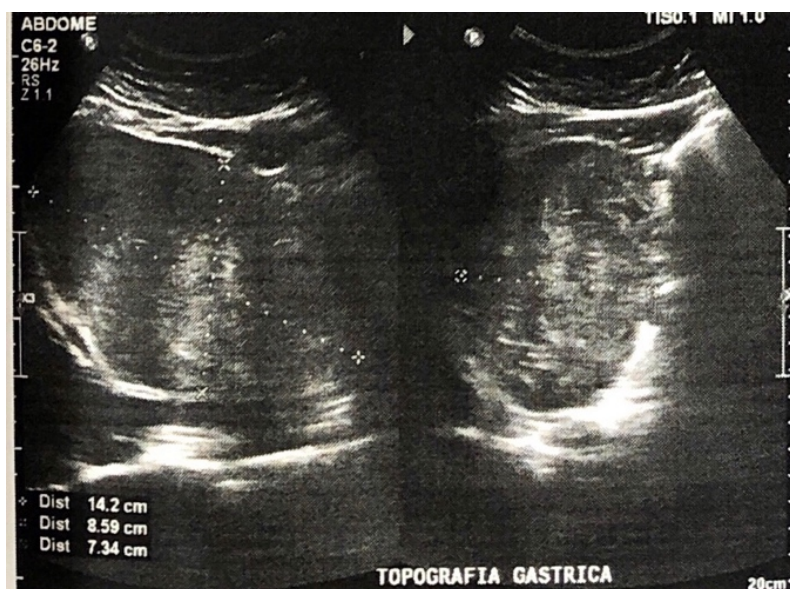


Figura 1: USG de abdome revelando imagem heterogênea, arredondada, bem definida, localizada em topografia gástrica, com hipótese diagnóstica de câmara gástrica repleta por conteúdo ou massa expansiva.

Fonte: Acervo dos autores

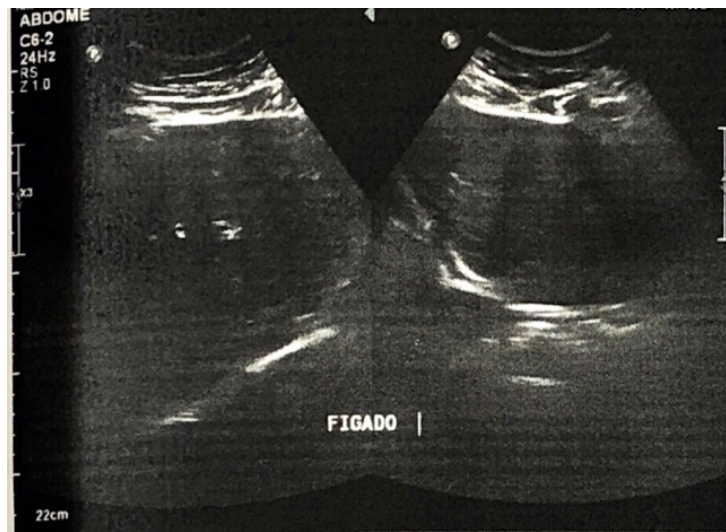


Figura 2: USG de abdome total revelou fígado de dimensões, morfologia, contornos e ecotextura preservados; ausência de líquido livre ou coleções.

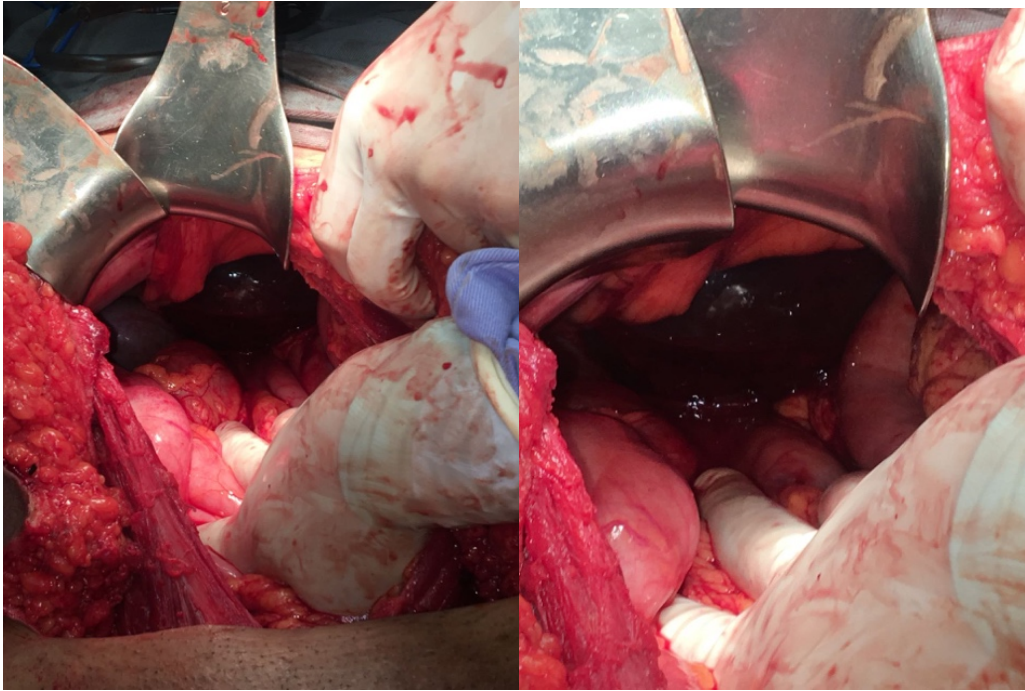
Fonte: Acervo dos autores

Os exames laboratoriais de entrada evidenciavam: plaquetas 92mil/mm<sup>3</sup>, TGO 148, TGP 123, DHL 745U/L, ácido úrico 5,2mg/dl, bilirrubina total 0,8mg/dl, hemoglobina 13,8g/dl, hematócrito 41,6%, leucócitos 1860/mm<sup>3</sup>, bastonetes 1%.

Após discussão do caso com equipe de ginecologia e obstetrícia foi optado por resolução da gestação por via alta. Paciente submetida ao parto cesárea com nascimento de concepto do sexo masculino com apgar 2 no primeiro minuto e 8 no quinto minuto, pesando 1855g; recém-nascido encaminhado ao setor de berçário. Durante ato operatório, ao realizar inventário da cavidade, notava-se grande quantidade de sangue vivo proveniente de terço abdominal superior. Após ampliação de incisão foi notada rotura hepática em lobo esquerdo (figuras 3 e 4), com aproximadamente 3cm de diâmetro, distensão da cápsula de Glisson e edema hepático importante; optado por deixar gel foam em sítio da rotura, com adequada hemostasia local, assim como dreno de penrose intracavitário.

No intraoperatório realizado 4000ml de cristalóide e transfusão de 1 concentrado de hemácias.





Figuras 3 e 4: Hematoma hepático em lobo esquerdo, notado no intraoperatório.  
Fonte: Acervo dos autores.

Paciente assistida no setor de UTI, mantendo-se estável hemodinamicamente, apresentando picos febris mesmo com o uso de cefalotina, sendo mantida em controle infeccioso e recebendo alta do setor após 48h e posteriormente encaminhada ao setor de obstetrícia.

No terceiro dia pós operatório a paciente apresentou alterações laboratoriais (leucocitose de 21500/mm<sup>3</sup> associada a desvio à esquerda – 10% de bastonetes), sendo optado pela introdução de gentamicina e metronidazol endovenoso.

Durante o período de hospitalização a paciente manteve-se com bons níveis pressóricos associados ao uso de anti-hipertensivos (captopril e anlodipino), apresentando melhora clínica e de exames laboratoriais progressivamente, recebendo alta hospitalar após o período de oito dias, com os seguintes resultados de exames: Hemoglobina 8,2g/dl, Hematócrito 24,6%, Plaquetas 389mil/mm<sup>3</sup>, Leucócitos 16100/mm<sup>3</sup> sem desvio à esquerda, Ácido úrico 4,3mg/dl, DHL 456U/L, TGO 25U/L, TGP 35U/L e BT 0,2mg/dl.

### Discussão

A Síndrome HELLP é definida pela presença de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia em gestantes, sendo uma das manifestações graves da pré-eclâmpsia, podendo estar associada a alterações hepáticas graves como hemorragia, infarto e hematoma subcapsular (ZRIHEN *et al.*, 2017).

De acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde no ano de 2010 para o diagnóstico de Síndrome HELLP, devem estar presentes: plaquetas < 100mil/mm<sup>3</sup>, TGO>70U/l, DHL>600U/l, BT>1,2mg/dl e esfregaço de sangue periférico com presença de esquizócitos. A maioria dos casos ocorre antes do nascimento, principalmente entre 27-37 semanas de gestação, enquanto os demais ocorrem dentro de 48 horas após o parto (TROJA *et al.*, 2015).



A presença de hematoma subcapsular hepático é rara, correspondendo a 1-2% das gestações com diagnóstico de pré-eclâmpsia, podendo ocorrer nos períodos pré, intra ou pós-parto, e está associada a mortalidade perinatal de 25-50% e mortalidade materna de 40-75% (ZRIHEN *et al.*, 2017). A forma clínica típica de apresentação é um hematoma localizado em face diafragmática do lobo direito, sendo menos frequentes os hematomas intra-hepáticos (POLO *et al.*, 2017), e a sintomatologia inclui epigastralgia, dor em quadrante superior direito do abdome ou dor em região escapular ipsilateral, distensão abdominal, náusea e vômitos (KARATEKE *et al.*, 2014).

A fisiopatogenia dá-se pela anemia hemolítica microangiopática, ou seja, deformidade e destruição de hemácias na microcirculação devido ao depósito de fibrina na parede vascular e ao dano endotelial.

Na lesão hepática clássica observamos necrose focal do parênquima ou de região periportal com depósito de material hialino nos sinusoides hepáticos.

Tais alterações podem ser responsáveis pela dor abdominal – mais especificamente em quadrante superior direito - apresentada por estas pacientes, e alteração das enzimas hepáticas (PARPINELLI; NEME, 2006).

Embora o diagnóstico de eleição seja realizado mediante tomografia computadorizada, a ultrassonografia abdominal pode ser útil e é recomendada caso haja suspeita de rotura hepática – se as condições clínicas da paciente e do feto permitirem (POLO *et al.*, 2017).

Como os sintomas de complicações hepáticas decorrentes de síndrome HELLP não são específicos, o papel do exame de imagem é crucial. A presença de líquido peri-hepático, aumento do fígado e halo periportal são alguns dos achados radiológicos inespecíficos que podem auxiliar no diagnóstico quando há suspeita de hematoma hepático ou rotura hepática com hemoperitônio (PERRONNE *et al.*, 2015).

A ultrassonografia abdominal com doppler – geralmente utilizada como primeiro exame de imagem para elucidação diagnóstica – pode demonstrar diminuição significativa do fluxo sanguíneo hepático (devido a diminuição do fluxo sanguíneo arterial e portal), e área hipoecogênica com heterogeneidade difusa quando há hematoma.

Já a tomografia computadorizada geralmente é realizada após a ultrassonografia demonstrar líquido livre intraperitoneal, ajudando a excluir ou confirmar hematoma intra-hepático e rotura hepática; também pode demonstrar halo periportal (devido a edema periportal, possivelmente por doença microvenosa oclusiva), achado inespecífico do envolvimento hepático na síndrome HELLP. A ressonância magnética também pode ser utilizada para elucidar o diagnóstico, porém também pode apresentar achados inespecíficos como ascite, esteatose hepática e aumento do fígado (PERRONNE *et al.*, 2015).

As opções terapêuticas nos casos de hematoma hepático subcapsular envolvem desde tratamento conservador até cirúrgico, dependendo da estabilidade hemodinâmica da paciente e das características do hematoma (TROJA *et al.*, 2015).

De acordo com Zrihen *et al.* (2017), em casos em que a paciente encontra-se estável hemodinamicamente e há integridade do hematoma pode-se realizar o tratamento conservador, o qual consiste em monitorização contínua e seguimento mediante estudo por imagem. No entanto, se houver modificação do padrão do hematoma durante a vigilância, opta-se por abordagem cirúrgica.

O manejo cirúrgico pode ser realizado de diversas maneiras, como: embolização angiográfica ou ligadura da artéria hepática, aplicação de agentes hemostáticos, *packing* (tamponamento hepático temporário) e hepatectomia dos segmentos afetados. Em casos de rotura do hematoma e hemorragia



ativa deve-se realizar laparotomia de urgência, sendo o *packing* a técnica mais utilizada, podendo ser necessário transplante hepático como última alternativa (ZRIHEN *et al.*, 2017).

No presente estudo a paciente em questão apresentou sinais clínicos e laboratoriais condizentes com o diagnóstico de Síndrome HELLP e foi então submetida a exames de imagem devido à sua estabilidade hemodinâmica para elucidar o diagnóstico e avaliar possíveis complicações do quadro. Foram realizadas ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome, as quais demonstraram achados inespecíficos, porém que corroboraram com a possibilidade de hematoma hepático, sendo optado por resolução da gestação por via alta. Durante o ato operatório notou-se grande quantidade de sangue proveniente do terço superior do abdome, sendo ampliada a incisão e visualizada rotura hepática em lobo esquerdo, com controle da hemorragia após aplicação de agente hemostático.

Após o período de oito dias de internação hospitalar a paciente recebeu alta com melhora expressiva do quadro clínico e dos parâmetros laboratoriais, assim como bom controle pressórico associado ao uso de anti-hipertensivos.

### **Conclusão**

O presente estudo descreveu o caso de uma paciente diagnosticada com Síndrome HELLP associada a rotura hepática espontânea e que obteve bons resultados após abordagem cirúrgica em nosso serviço. Conclui-se a importância da associação dos parâmetros clínicos, laboratoriais e de imagem para diagnóstico e abordagem precoce das complicações da Síndrome HELLP para diminuição dos índices de mortalidade materna e fetal.

### **Referências**

- ANYFANTAKIS, Dimitrios *et al.* Postpartum spontaneous subcapsular hepatic hematoma related to preeclampsia. *Case reports in emergency medicine*, v. 2014, 2014.
- DAMIANI, Gianluca Raffaello *et al.* Management of hepatic rupture diagnosed after an emergency cesarean section. *Case reports in medicine*, v. 2014, 2014.
- DUSSE, Luci Maria *et al.* Revisiting HELLP syndrome. *Clinica Chimica Acta*, v. 451, p. 117-120, 2015.
- FRISE, Charlotte J. *et al.* Hepatic capsular rupture in pregnancy. *Obstetric medicine*, v. 9, n. 4, p. 185-188, 2016.
- KARATEKE, Atilla *et al.* HELLP syndrome complicated by subcapsular hematoma of liver: a case report and review of the literature. *Case reports in obstetrics and gynecology*, v. 2014, 2014.
- MIKOLAJCZYK, Adam E. *et al.* Massive hepatic infarction caused by HELLP syndrome. *ACG case reports journal*, v. 4, 2017.
- PARPINELLI, Mary Ângela; NEME, Bussâmara. Doença hipertensiva específica da gestação: síndrome HELLP. *Obstetrícia básica*, 2006.



PERRONNE, Laetitia et al. Hepatic involvement in HELLP syndrome: an update with emphasis on imaging features. *Abdominal imaging*, v. 40, n. 7, p. 2839-2849, 2015.

POLO, M. Gil et al. Spontaneous hepatic haematoma in a pregnant woman during labour. In: *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2017. p. 295-297.

SUÁREZ GONZÁLEZ, Juan Antonio; CORRALES GUTIÉRREZ, Alexis; GUTIÉRREZ MACHADO, Mario. Hematoma subcapsular hepático roto en el curso de un síndrome de HELLP. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, v. 43, n. 1, p. 0-0, 2017.

TROJA, Achim et al. Management of spontaneous hepatic rupture on top of HELLP syndrome: case report and review of the literature. *Visceral Medicine*, v. 31, n. 3, p. 205-208, 2015.

VIGIL-DE GRACIA, Paulino et al. Incidence of eclampsia with HELLP syndrome and associated mortality in Latin America. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 129, n. 3, p. 219-222, 2015.

WILSON, S. G. et al. The management of the surgical complications of HELLP syndrome. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, v. 96, n. 7, p. 512-516, 2014.

YOU, Je Sung et al. Spontaneous hepatic rupture caused by hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome. *The American journal of emergency medicine*, v. 32, n. 6, p. 686. e3-686. e4, 2014.

ZRIHEN, Y. Emergui et al. Rotura de hematoma hepático subcapsular en el embarazo: caso clínico y revisión bibliográfica. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, v. 44, n. 3, p. 139-141, 2017.