

# Ruptura de hematoma subcapsular hepático como complicação da síndrome HELLP – revisão de literatura

Ruptured subcapsular hepatic haematoma as a HELLP syndrome complication – literature review

Aline Veras Morais Brilhante<sup>1</sup>  
Joaquim Luiz de Castro Moreira<sup>2</sup>  
Helvécio Neves Feitosa<sup>2</sup>  
Andreisa Paiva Monteiro Bilhar<sup>1</sup>  
Sérgio Augusto Pontes Ramalho Júnior<sup>1</sup>  
Sara Arcanjo Lino Karbage<sup>1</sup>  
Maria dos Remédios Pacheco de Sousa<sup>2</sup>

## Palavras-chave

Síndrome HELLP  
Pré-eclâmpsia  
Fígado

## Keywords

HELLP syndrome  
Preeclampsia  
Liver

## Resumo

A síndrome HELLP caracteriza-se pela associação de plaquetopenia, aumento das enzimas hepáticas e presença de hemólise em paciente gestante. O acrônimo representa as iniciais das alterações laboratoriais (*hemolysis; elevated liver enzymes; low platelets*). Em menos de 2% das gestações complicadas por síndrome HELLP ocorre sangramento espontâneo severo do fígado (formação de hematoma subcapsular), acompanhado de necrose hemorrágica das células hepáticas e ruptura da cápsula de Glisson. Essas intercorrências têm evolução frequentemente fulminante, sendo que elevam a mortalidade materna para mais de 50%. Este artigo apresentou uma revisão de literatura sobre hematoma subcapsular hepático como complicação da síndrome HELLP, uma entidade clínica que, apesar de rara, exige suspeição clínica para diagnóstico rápido e manejo oportuno.

## Abstract

HELLP syndrome is characterized by the association of thrombocytopenia, elevated liver enzymes and presence of hemolysis in a pregnant woman. The acronym stands for the initials of the laboratory abnormalities (*hemolysis; elevated liver enzymes; low platelets*). In less than 2% of pregnancies complicated by HELLP syndrome occurs spontaneous bleeding severe liver disease (formation of sub-capsular hematoma), accompanied by hemorrhagic necrosis of liver cells and rupture of the capsule of Glisson. These outcomes are often fulminant evolution, and maternal mortality amounted to more than 50%. This article presented a literature review on hepatic subcapsular haematoma as a complication of HELLP syndrome, a clinical entity, although rare requires clinical suspicion for a diagnosis of rapid and appropriate management.

Hospital Geral de Fortaleza (HGF) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>1</sup> Médicos Residentes do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) – Fortaleza (CE), Brasil

<sup>2</sup> Preceptores da Residência Médica do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HGF – Fortaleza (CE), Brasil

Endereço para correspondência: Aline Veras Morais Brilhante – Rua Joaquim Vitorino, 1.115, Água Fria, CEP 60834-580 – Fortaleza (CE), Brasil  
– Fone: (85) 8699-1311/3229-2495 – E-mail: alineveras01@yahoo.com.br

## Introdução

A síndrome HELLP (acrônimo de *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets*) é uma severa variante da pré-eclâmpsia, caracterizada por hemólise intravascular, elevação dos níveis séricos das enzimas hepáticas e plaquetopenia, que pode ser responsável por diversas complicações maternas no pré e no pós-parto<sup>1</sup>. Afeta aproximadamente entre 0,1 e 0,6% de todas as gestações e cerca de 4 a 12% das pré-eclâmpsias severas<sup>2</sup>. A rotura espontânea de cápsula hepática é um acontecimento raro, que complica 1 em cada 40 mil a 250 mil partos e cerca de 1 a menos de 2% dos casos de síndrome HELLP<sup>3</sup>.

Este trabalho objetivou rever a literatura recente no que se refere à identificação precoce de hematoma subcapsular associado ao controle rigoroso multidisciplinar dos sinais e sintomas e ao manejo oportuno, o que reflete positivamente na redução das taxas de morbimortalidade materna relacionadas à síndrome HELLP.

## Metodologia

Foram realizadas buscas nas bases de dados informatizadas nos períodos de janeiro a fevereiro de 2010:

- Medline via PubMed
  1. *hepatic subcapsular haematoma*;
  2. *hepatic haematoma*;
  3. *hellp syndrome liver*;
  4. *hellp syndrome*;
  5. *liver transplantation help*.

Foram encontrados 965 artigos, sendo selecionados 7.

Os fatores considerados para inclusão do estudo foram o desenho do estudo, a qualidade metodológica e o ano da publicação.

## Discussão

As doenças hepáticas são raras durante a gestação, porém quando ocorrem podem afetar de forma dramática mãe e feto<sup>2</sup>(C). O hematoma subcapsular hepático, descrito pela primeira vez em 1844 por Abercrombie, é definido como uma coleção de sangue sob a cápsula de Glisson<sup>4</sup>(C). A incidência de hematomas subcapsulares hepáticos com rotura da cápsula é cerca de 1 caso em cada 40 mil a 250 mil partos<sup>2</sup>(C), ocorrendo mais frequentemente no lobo hepático direito<sup>3</sup>(A). Essa complicação é responsável por 50 a 75% da taxa de mortalidade materna e por 60 a 80% da mortalidade fetal, as quais acometem mulheres em qualquer

idade e acontecem no terceiro trimestre em 60% dos casos, mais comumente antes do trabalho de parto<sup>4</sup>(C). Podem ocorrer como complicação de doenças biliares, infecções, aneurismas e neoplasias hepáticas. Porém, a maioria ocorre como complicações da pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome HELLP<sup>2</sup>(C). Apesar de a pré-eclâmpsia ser mais comum em primigestas, o hematoma subcapsular hepático tem sido mais relatado em múltiparas<sup>5</sup>(C).

Cerca de 20% das mulheres com pré-eclâmpsia grave podem progredir para síndrome HELLP<sup>1</sup>(B), que pode ser descrita pela presença de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia<sup>2</sup>(C).

Segundo o *Tennessee Classification System*, os critérios diagnósticos para a síndrome HELLP são: hemólise com LDH > 600 U/L, AST ≥ 70 U/L e platelets < 100 × 10<sup>9</sup>/L<sup>6</sup>(C). Segundo *The Mississippi-Triple class System*, a classificação da doença seria baseada no nadir do nível sérico plaquetário em qualquer momento durante o curso da doença. Classes 1 e 2 estão associadas a hemólise (LDH > 600 U/L) e AST ≥ 70 U/L, com nível de plaquetas ≤ 50 × 10<sup>9</sup> e entre 50 × 10<sup>9</sup> e 100 × 10<sup>9</sup>, enquanto a classe 3 exige apenas LDH > 600 U/L e AST ≥ 40 U/L, além de contagem plaquetária entre 100 × 10<sup>9</sup> e 150 × 10<sup>9</sup>. A Classe 3 da síndrome HELLP é considerada uma fase de transição clínica ou uma fase da síndrome HELLP que tem a capacidade de progressão. A maioria das mulheres com síndrome HELLP apresenta hipertensão; esta, porém, pode estar ausente 10 em 20% dos casos<sup>3</sup>(A).

O hematoma subcapsular hepático complica menos de 2% dos casos de síndrome HELLP<sup>3</sup>(A).

## Fisiopatologia

A fisiopatologia pode ser explicada por duas teorias complementares<sup>4</sup>(C):

1. a síndrome HELLP envolve alterações na ativação plaquetária, na elevação dos níveis séricos de citocinas que levam ao vasoespasm, acarretando em obstrução sinusoidal e infarto hepático<sup>7</sup>(A). As áreas de necrose podem sangrar, o que leva à formação de hematomas subcapsulares. Traumatismos menores, como vômitos, transporte do paciente, contrações uterinas efetivas e convulsões podem contribuir para hemorragia hepática<sup>2</sup>(C);
2. a hemólise microangiopática, com conseqüente circulação de fragmentos de células vermelhas, leva à lesão íntima vascular<sup>6</sup>(C), acarretando em depósito de fibrina nos sinusoides hepáticos, tendo como conseqüência uma necrose hemorrágica multifocal<sup>4</sup>(C).

## Manifestações clínicas

As manifestações clínicas são inespecíficas e a suspeita clínica é fundamental para o diagnóstico e manejo adequados<sup>2(C)</sup>. O quadro clínico habitualmente se comporta de modo evolutivo<sup>4</sup>, que se inicia com náuseas, vômitos, dispnéia<sup>2(C)</sup>, dor epigástrica, em quadrante superior direito do abdome, com irradiação para a escápula<sup>6(C)</sup>, acompanhada de hepatomegalia dolorosa à palpação. Esses sintomas decorrem da distensão da cápsula de Glisson pelo hematoma em formação. Após a rotura do hematoma, o quadro clínico de dor exacerba-se brutalmente e a paciente começa a apresentar sinais e sintomas de colapso cardiovascular, como fáceis de angústia, pulso rápido e fino, oligúria e hipotensão<sup>4(C)</sup>.

## Exames complementares

Os estudos de imagem são obrigatórios em pacientes com suspeita clínica de comprometimento hepático, devendo ser realizados em pacientes com HELLP acompanhada do quadro clínico descrito acima<sup>6(C)</sup>.

Exame rápido e não-invasivo<sup>2(C)</sup>, a ultrassonografia é a melhor ferramenta diagnóstica<sup>6(C)</sup>. A aparência ecográfica usual do hematoma subcapsular hepático é uma coleção de líquido ecogênico de forma arredondada abaixo da capsula hepática<sup>2(C)</sup>.

A ressonância magnética é uma opção em pacientes gestantes para controle em casos não-urgentes<sup>5(C)</sup>.

A arteriografia mesentérica permitiria evidenciar a topografia da lesão vascular de maneira a facilitar o controle hemostático. Entretanto, esse exame não deve ser realizado de rotina, devido à gravidade e urgência clínica<sup>4(C)</sup>.

## Manejo

Os casos de síndrome HELLP complicados por hematoma subcapsular hepáticos requerem um manejo bem planejado<sup>2(C)</sup>, sendo recomendada uma abordagem multidisciplinar<sup>6(C)</sup>, envolvendo o obstetra, para a resolução da gestação, um cirurgião geral, para abordagem do hematoma e um intensivista para estabilização hemodinâmica da paciente e reposição dos fatores consumidos<sup>4(C)</sup>.

Em geral, nos casos de síndrome HELLP, existem opções diferentes de manejo clínico: resolução imediata da gestação em paciente com idade gestacional superior a 34 semanas; resolução da gestação em 48 horas, após estabilização das condições clínicas maternas e melhora da maturação pulmonar fetal com

corticoterapia em gestantes com idade gestacional inferior a 34 semanas<sup>3(A)</sup>. A corticoterapia com dexametasona em altas doses tem se mostrado eficaz na regressão da trombocitopenia nesses casos<sup>4(C)</sup>.

Entretanto, devido à urgência da abordagem cirúrgica, quando esta se faz necessária, a recuperação por esse meio raramente é efetuada, e a resolução da gestação deve ser imediata<sup>4(C)</sup>.

A laparotomia está reservada para pacientes hemodinamicamente instáveis, com hemorragia contínua, piora da dor, aumento documentado do hematoma ou sinais de infecção, devendo ser realizada imediatamente. Dependendo da gravidade do hematoma, podem ser realizados vários esquemas de tratamento. Os mais utilizados são: pressão com compressas colocadas sobre as áreas sangrantes, aposição de partes de epiplon na área hepática afetada<sup>2(C)</sup>, uso de malha de polipropileno<sup>6(C)</sup>, manobra de Pringle (compressão digital da artéria hepática e da veia porta por 15 a 20 minutos), ligadura cirúrgica do segmento hepático sangrante, sutura e drenagem<sup>2(C)</sup>. Em alguns casos, a ligadura da artéria hepática é necessária. Se o sangramento persistir, a opção usual é a reabordagem cirúrgica, com ou sem a administração de inibidores da fibrinólise, como aprotinina e antitrombina III. Outras modalidades de tratamento menos frequentemente usadas incluem fator VII ativado, embolização transarterial seletiva, a ressecção parcial do fígado, coagulação com laser de argônio e transplante de fígado<sup>6(C)</sup>. Foram obtidos bons resultados com a embolização arterial durante arteriografia hepática<sup>2(C)</sup>.

Uma cirurgia de *second look* pode ser realizada cerca de dois dias após a estabilização metabólica e hemodinâmica<sup>6(C)</sup>.

Transplante hepático ortotópico deve ser considerado em casos de hemorragia incontrolável, falência hepática aguda ou necrose macroscópica do fígado<sup>6(C)</sup>.

Dados recentes apoiam o esquema de tratamento conservador em pacientes hemodinamicamente estáveis, sob rígida monitorização clínica, laboratorial e de imagem<sup>2(C)</sup>.

## Conclusão

Rotura hepática com hemoperitônio é complicação rara, mas devastadora da gravidez, geralmente associada à hipertensão grave, hemólise, níveis elevados de enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas, condição conhecida como a síndrome HELLP<sup>5(C)</sup>. A mortalidade materna é alta, variando de 50 a 75% e a mortalidade fetal varia de 60 a 80%. O prognóstico depende da rotura ou não do hematoma, bem como do tempo entre a instalação do hematoma e a intervenção cirúrgica, quando esta se faz necessária<sup>4(C)</sup>.

## Leituras suplementares

---

1. Lin CK, Chang WH, Pan HH, Chen CH. Postpartum HELLP Syndrome With Unusually High Levels of Liver Enzymes. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2009;48(3):308-10.
2. Santos-Bolívar J, Perozo-Romero J, Prieto-Montañó J, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D. [Ruptured subcapsular hepatic haematoma: a HELLP syndrome complication]. *Cir Esp*. 2010;87(1):50-1.
3. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:8.
4. El Youssefi S, Nsiri A, Salmi S, Miguil M. [Liver rupture in peripartum: about 8 cases]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007;36(1):57-61.
5. Gilboa Y, Bardin R, Feldberg D, Bachar GN. Postpartum hepatic rupture and retroperitoneal hematoma associated with HELLP syndrome. *Isr Med Assoc J*. 2006 Mar;8(3):219-20.
6. Kelly J, Ryan DJ, O'Brien N, Kirwan WO. Second trimester hepatic rupture in a 35 year old nulliparous woman with HELLP syndrome: a case report. *World J Emerg Surg*. 2009;4:23.
7. Lee NM, Brady CW. Liver disease in pregnancy. *World J Gastroenterol*. 2009;15(8):897-906.