

RUPTURA ESPONTÂNEA DE FÍGADO NA GESTAÇÃO RELATO DE CASO *

Spontaneous rupture of liver in pregnancy case - report

SAPORITO, Wladimir Faustino **
SOUZA, Luiz Horacio Almeida Alves de ***
CHUCKI, Rita de Cassia ****
MENDES, Eliane Terezinha Rocha *****

SAPORITO, W. F. et al. Ruptura Espontânea de Fígado na Gestação Relato de Caso. Arq. med. ABC, 14(1): 36-38, 1991.

Resumo: A ruptura espontânea de fígado é uma complicação rara e grave da gestação avançada ou puerpério precoce. Seus sinais sintomas iniciais são semelhantes aos da pré-eclâmpsia e ocultam uma doença que evolui rápida e fatalmente. Descrevemos aqui um caso ocorrido no serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital Municipal de Santo André e da Faculdade de Medicina do ABC (S.P.).

Unitermos: Ruptura de fígado, pré-eclâmpsia, gravidez.

INTRODUÇÃO

Um importante órgão afetado pela toxemia gravídica é o fígado (2). A hemorragia sub-capsular com ou sem ruptura ou laceração do parênquima hepático é uma rara, grave e dramática complicação (1,3,5,7,9) que evoluiu para óbito em 56 a 75% dos casos (3,5,6), constituindo-se em emergência cirúrgica da gestação e puerpério (2,5).

Sem patogênese ou etiologia conhecida (5,6), a ruptura espontânea de fígado é descrita na literatura mesmo antes de 1829 por Vesalius e desde 1844 por Arbucrombie(1,2,7,9).

Algumas situações são relacionadas como possíveis fatores etiológicos, como trauma, contrações uterinas, hiperemese, convulsões e trabalho de parto, sendo que a necrose peri-portal associada com eclâmpsia pode predispor à hemorragia do fígado. Outros fatores, como a moléstia hipertensiva específica da gravidez (MHEG), eclâmpsia e coagulação intravascular disseminada são fatores patogênicos de grande significado clínico segundo a literatura (4,5). Seu tratamento deve ser imediato e multidisciplinar (4,5).

Descrevemos a seguir um caso de ruptura espontânea de fígado em uma paciente multigesta com 30 semanas de gestação em MHEG grave. Discutimos em seguida os problemas diagnósticos, terapêuticos e o reconhecimento precoce de uma entidade rara que se constitui em uma dramática emergência cirúrgico-obstétrica.

RELATO DE CASO

A paciente M.F.F., 31 anos, branca, amasiada, deu entrada no P.S. da Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal de Santo André no dia 24 de outubro de 1989 às 12:00 hs, com queixa de cefaléia e escotomas. Informando ser VIII G, VII P, 0 A, todos partos normais com filhos vivos, D.U.M.: 27/03/89,

negando acompanhamento pré-natal, edema ou hipertensão, foi então internada na maternidade.

Ao exame: apresentava-se corada, hidratada, acianótica, afebril, anictérica, eupneica, agitada, com epigastralgia intensa, vômitos, P.A. 180 x 130. Abdome gravídico, fígado e baço não palpáveis, doloroso à palpação em epigástrio, indolor no resto do abdome, R.H.A. (+). D.B. (-). Ao toque, colo imperveo, bolsa íntegra, sem sangramento, apresentação cefálica, foco presente e rítmico, altura uterina 27cm, idade gestacional 30sem⁷².

Como conduta imediata foi realizada:

1. Sulfato de Magnésio 4g endovenoso 10g intra-muscular profundo com agulha de raqui-anestesia (5g em cada nádega)
2. Apresolina 50mg V.O.
3. Diazepam 10mg I.M.
4. Cateter 0, 3 litros por minuto
5. Flebotomia para instalação de cateter central e controle de P.V.C..
6. Sonda vesical e sonda nasogástrica.
7. Foram solicitados:
 - Hemograma completo
 - Uréia e Creatinina
 - Sódio e Potássio
 - Proteínas totais e frações
 - Glicemia de jejum
 - Proteinúria de 24hs
 - Tipagem ABO-RH
 - VDRL
 - Fundoscopia
 - Controle radiológico de flebotomia

Após 20 min. do Sulfato de magnésio inicial, já internada na Maternidade, a paciente apresentava P.A., P., FR, BCF, diurese e reflexos dentro da faixa da normalidade.

Duas horas mais tarde, às 14:00hs, apresentou repentina agitação psico-motora, seguida de sudorese profunda, extremidades frias, descoramento abrupto e intenso, dor abdominal severa e sinais de insuficiência respiratória. Apresentava P.A. de 0x0. Foi feito então Efortil® e Dopamina associados a soro fisiológico aberto, realizada intubação oro-traqueal e a paciente foi levada à UTI.

Chegando à UTI foi ligada em respirador e procedeu-se à cesariana de emergência, através de incisão mediana infra-umbilical. Quando da abertura do peritônio evidenciou-se grande

* Trabalho realizado junto a Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil

** Residente de Terapia Intensiva no H.M.N. Senhora de Lourdes

*** Residente de Radiologia no H. Humberto I

**** Residente de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC

***** Professora Auxiliar de Ensino da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC

quantidade de sangue na cavidade. Procedeu-se à cesárea às 14:30hs, extraíndo-se um feto único de sexo masculino, altura de 43cm, peso de 1.740 g, em morte aparente, que faleceu a seguir.

Após a histerorrafia, ampliou-se a incisão para mediana xifopúbica, constatando-se rotura espontânea de lobo direito de fígado. Antes de se iniciar a tentativa de rafia, no entanto, realizou-se uma histerectomia sub-total devido à atonia uterina com sangramento importante.

Retornando-se ao fígado, as tentativas de rafia não surtiram efeito devido ao órgão estar friável, sugerindo esteatose hepática. Procedeu-se então à colocação de Geofam[®] nas áreas laceradas e tentativa frustrada de ligadura da artéria hepática, mas neste momento a paciente já se encontrava em parada cárdio-respiratória, não respondendo às manobras de ressuscitação.

Após a entrada na UTI foram ministradas as seguintes drogas:

1. Ringer Lactato	500ml
2. Haemacell	1000ml
3. Sangue total	2000ml
4. Plasma	600ml
5. Dopamina	dose beta
6. Bicarbonato de Sódio 10%	80ml
7. Gluconato de Cálcio	10ml
8. Decadron	10mg
9. Adrenalina	6 ampolas
10. Atropina	1 ampola

Os exames solicitados na internação não chegaram a ser colhidos devido a dramática sucessão dos eventos.

A paciente não respondeu às manobras de ressuscitação, tendo ido a óbito às 16:30hs. O corpo foi então encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbitos, que confirmou o diagnóstico de eclâmpsia, anemia aguda e rotura espontânea de fígado.

DISCUSSÃO

A ruptura hepática é uma complicação rara, na gestação ou fora dela, ocorrendo principalmente associada à eclâmpsia. O mecanismo da lesão hepática não é bem conhecido, sabendo-se que ocorre depósito de fibrina nos sinusóides hepáticos, necrose hemorrágica, esteatose hepática em grau variável e ruptura de fígado.

A etiologia de ruptura espontânea de cápsula de Glisson tem sido muito discutida, em se tratando de gestante, e não está totalmente elucidada.

Desde 1844, quando Abercrombie descreveu o primeiro caso, até hoje, tal patologia vem preocupando os obstetras e as equipes multidisciplinares devido à alta incidência de mortalidade neonatal e materna.

O quadro clínico apresenta sintomas e sinais, em ordem cronológica, divididos em duas fases distintas, com prognósticos diferentes: a primeira fase constitui o desenvolvimento do hematoma sub-capsular (dor em epigástrio ou hipocôndrio direito, H.A.S., cefaléia, vômitos, crises convulsivas), o abdome está normal e pode se instalar o quadro de coagulação intravascular disseminada.

A segunda fase corresponde à ruptura de fígado, mais comumente de lobo direito, onde a dor epigástrica ou hipocôndrio direito aumenta brutalmente, acompanhando-se de choque

hemorrágico: o abdome se distende e se torna doloroso à palpação.

A dor epigástrica ou em hipocôndrio direito são considerados sintomas de mau prenúncio da pré-eclâmpsia. Estão comumente associados a níveis elevados de enzimas hepáticas e freqüentemente à anormalidade de coagulação, sendo decorrência ou do edema ou da hemorragia sub-capsular ou intra-pancreática.

Raramente a paciente apresenta hemólise (H), elevação das enzimas hepáticas (EL) e contagem baixa de plaquetas (LP), que caracterizam a Síndrome "HELLP" (8). A fase aguda de ruptura hepática, de fato, é caracterizada pela dor epigástrica ou hipocôndrio, sinais de choque hipovolêmico, sinais de hemoperitônio e comumente morte fetal.

A mortalidade neonatal e materna tem sido relatada como 62 a 77% e 56 a 75% respectivamente (3,9), variando muito na literatura.

Ainda não está claro se o fluxo sanguíneo hepático aumentaria na gravidez normal ou se está diminuído quando ocorre toxemia. Sabe-se que algumas provas de função hepática estão alteradas na gravidez normal, compreendendo excreção mais retardada das bromossulfaleínas e elevação moderada de TGO-TGP. Pode ocorrer hiperbilirrubinemia e necrose fibrino-hemorrágica periportal, levando à ruptura de fígado.

O diagnóstico em nosso meio é predominantemente clínico, embora possam ser realizadas radiografias abdominais, ultrassonografia (3,4), cintilografia (4), radioisótopos (4), arteriografia (9), paracentese com lavagem intra-abdominal (6), tomografia computadorizada (9) entre outras.

O tratamento, além do reestabelecimento das condições vitais do paciente, é cirúrgico, onde se realiza a cesárea seguida de cirurgia hepática adequada. Na literatura encontramos relatadas as incidências de mortalidade dependendo do tratamento empregado (Tabela 1) (5).

Ainda como complicações podemos ter abscessos subfrênicos, hematoma peri-hepático (2) e coagulopatias (5).

O prognóstico, portanto, é muito dependente do tempo de diagnóstico e tratamento subsequente (3). Tratamento conservador resultou em mortalidade materna de 95% enquanto que o tratamento cirúrgico revelou uma mortalidade de 38% em média (5).

Tabela I - correlação entre tipo de tratamento e taxa materna de mortalidade.

Extraída de "HENNY et al Spontaneous rupture of Glisson's capsule during pregnancy. An acute surgical emergency."

Tratamento	Pacientes n	Mortalidade	Taxa de mortalidade (%)
Conservador	22	21	95
Cirúrgico	47	18	38
Cesária + cirurgia hepática	21	07	33
Cirurgia hepática pre-parto	12	06	50
Cirurgia hepática pós parto	14	41	29

CONCLUSÃO

O diagnóstico de ruptura de um hematoma sub-capsular de fígado deve ser considerado em uma paciente que apresenta, caracteristicamente, a figura de uma múltipara em gestaçã avançada ou puerpério precoce, com pré-eclâmpsia e que desenvolve dor epigástrica ou em quadrante superior direito, evoluindo rapidamente para colapso vascular periférico, com sinais de hemorragia intraperitoneal (2). O prognóstico é sempre grave (2,5), mas a evoluçã tem sido melhorada pelos atuais recursos terapêuticos à disposiçã, como transfusões de sangue, antibioticoterapia e cirurgia imediata e meticulosa (2). A maioria dos autores concorda que, associada à toxemia, deve haver uma lesã prévia do parênquima hepático para que ocorra a ruptura deste, levando ao hematoma sub-capsular, que pode ou não romper (2,3,5,7).

Especificamente em nosso caso, a hemorragia instalada foi de tal monta que nos dificultou tecnicamente a reparaçã cirúrgica das lesões hepáticas, ocorrendo o óbito materno em poucas horas.

Tendo comparado nossa experiênciã com os casos descritos na literatura, devemos nos lembrar que, apesar de ser uma complicaçã rara da gestaçã, o diagnóstico precoce, quando possível, associado à intervençã imediata é de fundamental importânciã no prognóstico da paciente.

SAPORITO, W. F. et al. Spontaneous Rupture of Liver in Pregnancy Case Report. Arq. med. ABC, 14(1): 36-38, 1991.

Abstract: Spontaneous rupture of the liver is a rare and grave complication of advanced pregnancy or early puerperium. Its signs and symptoms are similar to those of preeclampsia and occur with a rapid and fatal evolution disease. A case happened in (Municipal Hospital of Santo André and Medicine School of ABC (S.P.))

Key Words: Liver Rupture; Preeclampsia; Pregnancy.

BIBLIOGRAFIA

1. BARENDREGT, J.N.M.; BEYER, G.P.J.; COENEGRACTHS, J.L.; SLOTEMA, R.; ROOS, J.. Hématome sous-capsulaire du foie au cours d'une crise d'eclampsie. *Ann. Med. Interne* 137: 565-7, 1986.
2. BIS, K.A.; WAXMAN, B.. Rupture of the liver associated with pregnancy: a review of the literature and report of 2 cases. *Obst. Gynec. Surv.* 31: 763-73, 1976.
3. CALAN, L.; MARBOEUF, Y.; OZOUX, J.P.; PORTIER, G.; CHAZARA, C.; BODY, G.; PERROTIN, D.; BRIZON, J.. La rupture "spontanée" du foie au cours de la grossesse. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 14: 619-22, 1985.
4. HENNY, P.; LIM, A.E.; BRUMMELKAMP, W.H.; BULLER, H.R.; TEN CATE, J.W.. A review of the importance of acute multidisciplinary treatment following spontaneous rupture of the liver capsule during pregnancy. *Surg. Gynec. Obst.* 156: 593-7, 1983.
5. HENNY, P.; LIM, A.E.; BRUMMELKAMP, W.H.; BULLER, H.R.; TEN CATE, J.W.. Spontaneous rupture of Glisson's capsule during pregnancy. An acute surgical emergency. *Neth. J. Surg.* 82: 72-5, 1982.
6. HERBERT, W.N.P.; BRENNER, W.E.. Improving survival with liver rupture complicating pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 142: 530-4, 1982.
7. NELSON, E.W.; ARCHIBALD, L.; ALBO, D.. Spontaneous hepatic rupture in pregnancy. *Am. J. Surg.* 134: 817-20, 1977.
8. SALES, J.M.; VITTIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I.S.C.; CARMELLO, P.R.B.. *Tratado de assistência pré-natal*, 2ª edição, São Paulo, Roca, 1981.
9. SEELER, M.; BEHREND, R.; MORL, F.K.; KORNER, J.. Die spontane Leberruptur bei eklampsie. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 47: 346-8, 1987.

Endereço para correspondência:

Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia
Dra. Eliane T. Rocha Mendes
Faculdade de Medicina do ABC
Av. Príncipe de Gales, 821
Santo André - S.P. - 09000 - Brasil

LIVRARIA MACEDO

A MAIS TRADICIONAL DA FM ABC
21 ANOS JUNTO COM VOCÊ

R. PRÍNCIPE DE GALES, 821 RUA PARIS, 25
V. PRÍNCIPE DE GALES UTINGA - STO. ANDRÉ
STO. ANDRÉ - CEP: 09000 TEL.: 446-3235