



**Maísa Compassi Brun**

**RELATO DE CASO: ROTURA HEPÁTICA NA GRAVIDEZ  
CASE REPORT: LIVER RUPTURE IN PREGNANCY**

Santa Maria, RS  
2021

**Maísa Compassi Brun**

**RELATO DE CASO: ROTURA HEPÁTICA NA GRAVIDEZ**

Projeto de trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG-II.

Orientador: Felipe Costa

Santa Maria, RS  
2021

## RESUMO

A rotura hepática é uma condição rara e uma das mais sérias complicações da gravidez. Geralmente está associada à pré-eclâmpsia e à síndrome HELLP. A apresentação, usualmente, é com intensa dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhado de náuseas, vômitos, anorexia, dispneia ou síncope, possui também risco de choque hemorrágico. A incidência de morte materna varia 60 a 86% e a fetal de 56 a 75%. O diagnóstico deve ser feito precocemente e, em geral, confirma-se pelo sangramento maciço e choque hipovolêmico. Ultrassom abdominal ou tomografia computadorizada podem ser úteis. A abordagem é, comumente, cirúrgica, e o manejo é multidisciplinar.

Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente de 34 anos, primigesta, previamente hígida, com 24 semanas de gestação que foi encaminhada ao hospital com dor epigástrica intensa, distensão abdominal, náuseas e vômitos, pressão arterial sistêmica na chegada de 160/110 mmHg e batimentos cardíacos de 152 batimentos por minuto. Após exame físico e exames laboratoriais, suspeitou-se de rotura hepática devido à pré-eclâmpsia grave complicada por síndrome HELLP. A paciente foi conduzida ao bloco cirúrgico para realização de cesariana e laparotomia exploradora. Fez-se a retirada do feto morto, histerorrafia e evidenciou-se a ruptura de lobo hepático direito.

**Palavras-chave:** Rotura hepática. Gravidez. Síndrome HELLP. Eclâmpsia. Pré-Eclâmpsia.

## ABSTRACT

Liver rupture is a rare condition and one of the most serious complications of pregnancy. It is usually associated with pre-eclampsia and HELLP syndrome. Presentation, usually with intense epigastric or right hypochondrium pain, accompanied by nausea, vomiting, anorexia, dyspnea or syncope, also carries a risk of hemorrhagic shock. The incidence of maternal death varies from 60 to 86% and fetal death from 56 to 75%. The diagnosis must be made early and, in general, it is confirmed by massive bleeding and hypovolemic shock. Abdominal ultrasound or CT scan may be helpful. The approach is usually surgical, and the management is multidisciplinary.

This paper aims to report the case of a 34-year-old female, primigravid, previously healthy, with 24 weeks of gestation, who was referred to the hospital with severe epigastric pain, abdominal distension, nausea and vomiting, systemic blood pressure at the arrival of 160/ 110 mmHg and fetal heart rate of 152 beats per minute. After physical examination and laboratory tests, a liver rupture was suspected due to severe pre-eclampsia complicated by HELLP syndrome. The patient was taken to the operating room for cesarean section and exploratory laparotomy. The dead fetus was removed, hysterorrhamy and the rupture of the right hepatic lobe was evidenced.

**Key-words:** Liver rupture. Pregnancy. HELLP syndrome. Eclampsia. Preeclampsia.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2 RELATO DO CASO .....</b>	<b>3</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>10</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A rotura hepática é uma complicação potencialmente letal em pacientes com pré-eclâmpsia, decorrente da síndrome HELLP, sendo uma importante causa de morte materna e evolução rápida a qual necessita de um diagnóstico preciso. A apresentação clínica típica é um hematoma localizado em face diafragmática do lobo direito, e com menos frequência, observa-se hematomas intra-hepáticos (POLO et al., 2017). Quanto aos sintomas, é comum apresentar epigastralgia, dor em quadrante superior direito do abdome ou dor em região escapular ipsilateral, distensão abdominal, além de náusea e vômitos (KARATEKE et al., 2014). Exames de imagem são de extrema importância diagnóstica já que muitas vezes as complicações da síndrome HELLP são inespecíficas. A ultrassonografia abdominal pode ser útil quando há suspeita de rompimento hepático e a ultrassonografia com doppler auxilia para confirmar ou excluir o diagnóstico. Opta-se por um tratamento conservador quando a paciente encontra-se estável. Porém, na maioria das vezes, o manejo é cirúrgico, com a necessidade de uma laparotomia de urgência.

A rotura hepática na gestação é bastante rara, por isso torna-se um desafio diagnóstico. É comum estar associada à pré-eclâmpsia grave e à síndrome HELLP. Possui altas taxas de morbidade e mortalidade materno-fetal, de modo a necessitar de uma intervenção precoce, rápida e em centro obstétrico especializado. O relato deste caso configura-se como uma forma de conhecimento acessível para suprir potenciais demandas da comunidade científica.

## 2. RELATO DO CASO

Paciente D.S.B., 34 anos, sexo feminino, primigesta, branca, não tabagista, grupo sanguíneo A, fator Rh+, previamente hígida, acompanhada em consultório obstétrico. Com 24 semanas de gestação, foi encaminhada ao hospital devido à dor epigástrica intensa, com distensão abdominal, náuseas e vômitos. Pressão arterial sistêmica (PA) na chegada de 160/110mmHg e BCF de 152 batimentos por minuto. Foi então medicada com nifedipina e sulfato de magnésio e solicitado exames de imagem e laboratoriais. Após 4 horas de evolução, paciente relatou permanência do quadro de dor seguido de mal estar, dispneia e sudorese. Ao exame físico, apresentava PA de 80/40mmHg, FC de 140bpm, Tax 35,7°C, saturação de 85%, descorada, abdômen distendido, doloroso à palpação, sem dor à descompressão, não sendo possível auscultar batimentos cardíofetais. Os exames solicitados evidenciaram oligodramnia absoluta e restrição de crescimento fetal assimétrico, hemoglobina de 9,3g/dL, hematócrito de

28%, plaquetas de 31.000, TGO de 1305 U/L, TGP de 1172 U/L e desidrogenase láctica de 3735 U/L, suspeitando-se, então, de rotura hepática devido à pré-eclâmpsia grave complicada por síndrome HELLP. A paciente foi conduzida ao bloco cirúrgico para realização de cesariana e laparotomia exploradora, com transfusão de plaquetas e plasma fresco congelado. No início da cirurgia, observou-se grande quantidade de sangue em cavidade peritoneal, e após a retirada de feto morto (296g) e histerorrafia, ampliou-se a incisão, sendo evidenciada ruptura de lobo hepático direito com lesão de ramo portal, sendo então realizado rafia vascular e empacotamento hepático. Foi encaminhada para a CTI e, após dois dias, foi reintervida para retirada das compressas, sem evidência de hemorragia. Foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen total, sete dias depois, que evidenciou hematoma subcapsular hepático envolvendo praticamente toda a circunferência do lobo direito com espessura máxima de 1,5cm além de pequenos hematomas intraparenquimatosos, não havendo sinais de líquido livre na cavidade abdominal. Depois de cinco dias realizou-se nova TC comparativa em que se verificou redução na espessura do hematoma subcapsular e nas dimensões dos hematomas intraparenquimatosos. Recebeu alta hospitalar após 19 dias de internação com melhora do quadro clínico.

### 3. DISCUSSÃO

As doenças hepáticas, em geral, acometem cerca de 3% das gestações (POLLO-FLORES P, et al). Destas, a rotura hepática é uma das mais sérias complicações que podem ocorrer. A maioria está associada à eclâmpsia e à pré-eclâmpsia, sendo a incidência de aproximadamente 1 a 2% dos casos, com taxas de letalidade que chegam a até 90% (BRILHANTE AVM, et al., 2010). Está associada a mortalidade perinatal de 25-50% e mortalidade materna de 40-75% (ZRIHEN et al., 2017). Aproximadamente em 2% dos casos de Síndrome HELLP ocorre a rotura hepática, elevando-se a taxa de mortalidade materna para cerca de 50 a 75% e a mortalidade fetal para 60 a 80%.

A apresentação clínica típica é a epigastralgia, a qual pode estar acompanhada de dor no hipocôndrio direito, podendo irradiar para o membro superior direito, além de ocorrer sangramento vaginal, náuseas, vômitos, distensão abdominal e até mesmo choque hipovolêmico, em casos de intensa hemorragia (RINEHART BK, et al).

As principais causas de rotura hepática na gestação são o hemangioma hepático e as crises hipertensivas. Destas se têm a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia, a hipertensão arterial crônica e a síndrome HELLP.

A pré-eclâmpsia (PE), também chamada de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) ou, ainda, toxemia gravídica, é definida como uma síndrome causada por

hipertensão que surge após a 20ª semana de gestação, acompanhada de pelo menos um sinal clínico, laboratorial ou hemodinâmico de hiperatividade endotelial vascular. Essas manifestações podem ser a proteinúria significativa (relação P/C  $\geq 0,3$ ;  $\geq 1$  g/L em fita reagente), perda de função renal (creatinina  $\geq 1,02$  mg/dL), disfunção hepática (aumento de transaminases  $> 2$  x o limite superior normal e epigastralgia), complicações neurológicas (estado mental alterado, cegueira, hiperreflexia com clônus, escotomas, turvamento visual, diplopia), complicações hematológicas (plaquetopenia, CID e hemólise), estado de antiangiogênese e disfunções uteroplacentárias (restrição de crescimento fetal – RCF – assimétrico).

Quando a PE ocorre em gestante com HAS crônica, considera-se como tendo PE sobreposta. Já a pré-eclâmpsia grave é definida como a PE associada a complicações materno-fetais que causem comprometimento a estes. É dita PE grave quando a PAS é igual ou superior a 160 mmHg, ou a PAD igual ou superior a 110 mmHg ou há a presença de algum dos critérios na tabela abaixo.

Tabela 1 – Complicações graves da pré-eclâmpsia

TABELA 34.1 Complicações graves da pré-eclâmpsia		
Sistema orgânico afetado	Condições adversas	Complicações graves que indicam o término da gestação
SNC	Cefaleia; sintomas visuais	Eclâmpsia; PRES, cegueira cortical; descolamento da retina; escala de Glasgow $< 13$ ; AIT; AVE; DNR
Cardiorrespiratório	Dor torácica; dispneia; saturação O <sub>2</sub> $< 97\%$	HAS grave não controlada (por um período de 12 horas de doses máximas de hipotensores); SatO <sub>2</sub> $< 90\%$ com necessidade de O <sub>2</sub> $\geq 50\%$ de intubação e/ou de suporte com fármacos vasoativos; edema pulmonar; isquemia miocárdica ou infarto
Hematológico	Leucocitos e Plaquetopenia INR TTPa elevados	Plaquetas $< 50.000/dL$ ; *necessidade de transfusão de qualquer hemoderivado
Renal	Creatinina e ácido úrico elevados	IRA (creatinina $> 1,5$ mg/dL sem doença renal prévia); necessidade de diálise (sem IRC prévia)
Hepático	Náuseas; vômitos; epigastralgia; dor no QSDA; TGO, TGP, DHL, bilirrubinas elevados; albumina plasmática baixa	Disfunção hepática (INR $> 2$ na ausência de CID ou uso de varfarina); hematoma hepático com ou sem ruptura
Feto-placentário	CTG não reativa; oligoidrâmnio; RCF; US Doppler de artéria umbilical com fluxo diastólico ausente ou reverso	DPP; onda A reversa no ducto venoso; morte fetal
<p>*No HCPA, plaquetas <math>&lt; 100.000</math> são consideradas como indicação de interrupção da gestação.            AIT, acidente isquêmico transitório; AVE, acidente vascular encefálico; CID, coagulação intravascular disseminada; CTG, cardiocografia; DHL, desidrogenase láctica; DNR, déficit neurológico reversível <math>&lt; 48</math> horas; DPP, descolamento prematuro da placenta; HAS, hipertensão arterial sistêmica; INR, índice normalizado internacional; IRA, insuficiência renal aguda; IRC, insuficiência renal crônica; PRES, síndrome de encefalopatia posterior reversível; QSDA, quadrante superior direito do abdome; RCF, restrição de crescimento fetal; SNC, sistema nervoso central; TGO, transaminase glutâmica-oxalacética; TGP, transaminase glutâmico-pirúvica; US, ultrassonografia.            Fonte: Adaptada de Magee e colaboradores.<sup>9</sup></p>		

Fonte: MARTINS-COSTA, Sérgio. Rotinas em Obstetrícia, 2017.

Em 2013, a Comissão de Terminologia do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), divulgou suas recomendações: a pré-eclâmpsia passou a ser diagnosticada quando a PAS  $>$  ou igual a 140 ou a PAD  $>$  ou igual a 90 mmHg e a proteinúria

maior ou igual a 300mg em urina de 24 horas. Se ausência de proteinúria, considerar o surgimento de hipertensão associada a um dos seguintes itens: plaquetopenia, insuficiência renal, lesão hepática, edema pulmonar e sintomas neurológicos ou visuais.

Deve-se considerar pré-eclâmpsia grave quando um ou mais desses sintomas estiverem presentes: 1) pressão arterial igual ou acima de 160/110 mmHg, confirmada em pelo menos duas tomadas, com intervalo de seis horas; 2) proteinúria de 5g ou mais em urina de 24 horas (3 ou 4+ em teste de tira); 3) oligúria ou diurese menor do que 400 ml por dia; 4) sintomatologia de iminência de eclâmpsia, ou seja, cefaleia, dor epigástrica e transtornos visuais; 5) cianose e edema pulmonar; a estes foram acrescentados outros, que também sugerem gravidade da doença tais como: 6) dor no hipocôndrio direito; 7) trombocitopenia ou plaquetas abaixo de 100.000/mm<sup>3</sup>; 8) anemia hemolítica microangiopática decorrente da hemólise; 9) icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas e 10) restrição do crescimento fetal. Do sexto critério em diante já não são definidores, pois os primeiros sinais já terão aparecido.

Dessa forma, a PE não possui causa única definida, mas sim um conjunto de problemas que afetam o suprimento placentário e as demandas fetais, levando a inflamações sistêmicas maternas e fetais. A doença materna envolve vasoespasmos na circulação periférica, vasodilatação no sistema nervoso central, ativação endotelial e do sistema de coagulação com alterações no sistema de controle da PA e do volume intravascular. Por isso, atualmente, sugere-se que há duas hipóteses para a PE: a má adaptação imunológica (com baixa angiogênese) e a incompatibilidade genética.

Entre os fatores de risco para PE, os que têm forte evidência, são: primigestação; DM; gestação gemelar; irmã com PE; irmã, mãe ou avó com eclâmpsia; HAS crônica; PE em gestação prévia; hidropisia fetal (não imune); gestação molar; nova paternidade; SAAF. Vale-se ainda ressaltar, porém com menor evidência: IMC  $\geq$  25,8; idade materna  $>$  40 anos; uso de método anticoncepcional de barreira; maior duração da atividade sexual; aborto prévio  $<$  10 semanas com mesmo pai; ganho excessivo de peso; inseminação artificial; “homem de risco” (parceira anterior teve PE); gestante que nasceu com baixo peso e sangramento no 1º trimestre.

Quanto a síndrome HELLP, vale ressaltar que HELLP é um acrônimo que vem do inglês *hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count* que significa hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia.

Acontece em, aproximadamente, uma a duas mulheres a cada 1.000 gestações, em 4 a 12% das gestantes com pré-eclâmpsia grave e em até 11% das gestantes com eclâmpsia. A maioria dos casos acomete mulheres com gestação entre a 28ª a 36ª semanas. Cerca de um terço dos diagnósticos de síndrome HELLP é realizado no período pós-parto. Nas pacientes com diagnóstico anteparto, 10% dos diagnósticos foram realizados antes da 27ª semana, 20%, após a 37ª semana e 70%, entre a 27ª e 37ª semanas. Além disso, as pacientes com síndrome



HELLP geralmente são brancas e com mau passado obstétrico (SURESH MS et al).

A sintomatologia geralmente é pobre, os sintomas desenvolvem-se, frequentemente, no terceiro trimestre, porém é possível a ocorrência no segundo trimestre e no pós-parto. Quanto mais precoces forem os quadros, geralmente são de maior gravidade e estão associados a piores prognósticos perinatais, pela sua prematuridade e maternos pelas dificuldades na interrupção dessas gestações. Em geral, observa-se mal-estar, epigastralgia, náuseas e cefaleia. O grau de suspeita clínica dos casos de síndrome HELLP é muito importante.

A confirmação diagnóstica de HELLP é laboratorial, sendo a trombocitopenia a principal e mais precoce modificação laboratorial encontrada. Também confirma-se diagnóstico com a presença de anemia hemolítica microangiopática com esquizócitos característicos em esfregaço sanguíneo e outros sinais sugestivos de hemólise, incluindo aumento do nível de LDH ou bilirrubina indireta e concentração sérica diminuída de haptoglobina (= 25mg/dL); contagem plaquetária igual ou abaixo de 100.000 mm<sup>3</sup>; concentração sérica de LDH igual ou maior que 600 UI/l ou bilirrubina total igual ou acima de 1,2 mg/dL; e concentração sérica de AST igual ou acima de 70 UI/l.

Tabela 2 – Diagnóstico da síndrome HELLP

TABELA 35.3 Diagnóstico da síndrome HELLP		
	Exame	Parâmetro
Hemólise	Bilirrubinas	> 1,2 mg/dL
Esfregaço de sangue periférico (esquistocitose, anisocitose, equinocitose, pecilocitose)	LDH	> 600 UI/L
Alteração da função hepática	TGO	> 70 UI
Plaquetopenia	Plaquetas	< 100.000/mm <sup>3</sup>

LDH, desidrogenase láctica; síndrome HELLP, síndrome caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (do inglês *h emolysis, e levated liver enzymes, low p latelet count*); TGO, transaminase glutâmico-oxalacética.  
 Fonte: Adaptada de Sibai e colaboradores.<sup>18</sup>

Fonte: MARTINS-COSTA, Sérgio. Rotinas em Obstetrícia, 2017.

A síndrome HELLP tem entre os principais diagnósticos diferenciais a hepatite aguda, a colecistite, a pancreatite, o lúpus, o fígado gorduroso agudo da gestação, a púrpura trombocitopênica, a síndrome hemolítico-urêmica e o choque séptico ou hemorrágico, entre outras. O perfil laboratorial e uma boa anamnese evolutiva poderão auxiliar em um diagnóstico precoce e correto.

Já a rotura hepática associada à pré-eclâmpsia grave e à síndrome HELLP é uma condição rara e potencialmente fatal, sendo, muitas vezes, diagnosticada apenas após laparotomia de urgência, possui altas taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal, todos os envolvidos na atenção à gestante devem buscar um rápido diagnóstico e um tratamento adequado da rotura hepática (YANG SB, et al).

Pacientes multíparas, com idade entre 20 e 30 anos, no terceiro trimestre de gestação, com início agudo de epigastralgia, náuseas e vômitos, segundo alguns autores, são o quadro típico de rotura hepática espontânea associada à síndrome HELLP (HENNY CP, et al, 1983).

Mas manifestações clínicas são inespecíficas, porém a suspeita clínica torna-se fundamental para o diagnóstico e manejo corretos. O quadro clínico habitualmente se comporta de modo evolutivo, iniciando-se com náuseas, vômitos, dispneia e fadiga, dor e sensibilidade exacerbada no epigástrio, dor em quadrante superior direito do abdome ou retroesternal, podendo ter irradiação para a escápula (KELLY L, et al, 2009). Após a rotura do hematoma, o quadro clínico de dor intensifica-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 (EL YOUSSEFI S, et al, 2007).

A prematuridade representa, atualmente, uma das principais causas da morbimortalidade neonatal em casos de síndrome HELLP e reflete, dessa forma, tanto a gravidade do processo, como a conduta médica de interrupção da gravidez. Assim, tendo em vista que a única forma para resolução do processo pré-eclâmpsia/eclâmpsia é o parto, a prematuridade torna-se inevitável.

O principal exame de imagem a ser utilizado para diagnóstico imediato e para diagnósticos diferenciais é o ultrassom. Outros exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear, também podem auxiliar no diagnóstico.

O tratamento, geralmente, é cirúrgico. A abordagem da rotura hepática pode ser clínica (conservadora) em poucos casos, quando a paciente apresentar-se hemodinamicamente estável, e com sangramento autolimitado. Caracteriza-se a terapêutica, apenas nesses casos, por transfusões sanguíneas, suporte intensivo, e exames de imagens de repetição (ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética), até a resolução do caso (CARLSON, et al, 2004).

Pacientes com idade gestacional superior a 34 semanas, a resolução da gestação é imediata, por cesariana. Em pacientes com idade gestacional inferior a 34 semanas, geralmente, resolve-se em 48 horas, após estabilização das condições clínicas maternas e melhora da maturação pulmonar fetal com corticoterapia. A corticoterapia com dexametasona em altas doses tem se mostrado eficaz na regressão da trombocitopenia nesses casos (EL YOUSSEFI S, et al, 2007). Entretanto, gestantes hemodinamicamente instáveis e que necessitem de abordagem cirúrgica urgente, a recuperação faz-se por este meio. Deve-se administrar a paciente sulfato de magnésio IV imediatamente e mantê-lo por até 24 horas após o parto, sendo feitos controles da diurese, de reflexos tendinosos e da frequência respiratória. A hipertensão grave deve ser controlada por meio do uso de drogas como Labetalol, Hidralazina e Nifedipina, reservando o

Nitroprussiato de Sódio para os casos menos responsivos às primeiras medicações.

Imediatamente à cesariana, ocorre a laparotomia exploratória cujo principal objetivo terapêutico é o tamponamento do sangramento hepático.

No entanto, na ausência de complicações, espera-se um retorno aos valores normais entre o quarto e o sexto dia pós-parto. As mulheres que apresentaram a síndrome têm risco aumentado de complicações obstétricas em gestações futuras, como pré-eclâmpsia, parto pré-termo e restrição de crescimento fetal.

De acordo com MARTIN JN JR, et al, 1993, quanto mais grave e mais precoce for o quadro de pré-eclâmpsia, maior será a chance de sua recorrência, assim, se a síndrome HELLP tiver ocorrido antes da 32ª semana de gestação, poderá ocorrer um quadro subsequente com esses sinais e sintomas e parto pré-termo em torno de 61%.

Já o prognóstico fetal está relacionado diretamente com as complicações maternas e com a idade gestacional de quanto aconteceu a síndrome HELLP associada à rotura hepática. As complicações fetais podem incluir prematuridade, crescimento intrauterino restrito e trombocitopenia neonatal, sendo esta, por sua vez, relacionada a hemorragia intraventricular e complicações neurológicas a longo prazo. (HARAM K, et al, 2009).

#### 4. CONCLUSÃO

A rotura hepática na gestação é um evento catastrófico em pacientes com pré-eclâmpsia, que geralmente advém da síndrome HELLP, a qual necessita de um diagnóstico rápido e precoce. O desfecho é decorrente da interrupção da gestação e do tamponamento da hemorragia hepática, por meio de cesariana de emergência seguida de laparotomia exploratória.

Os sinais e sintomas apesar de inespecíficos, em alguns casos, não devem ser negligenciados, visto que o exame laboratorial pode confirmar diagnóstico, seguido de exames complementares de imagem que devem ser solicitados com cautela.

A síndrome HELLP associada à pré-eclâmpsia tem-se tornado cada vez menos rara e com correto diagnóstico pode-se diminuir as altas taxas de morbimortalidade materno-fetais, bem como oferecer um bom prognóstico a paciente.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Ana C.P.F. **Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome.** American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 195, Issue 1, July 2006,

Pages 129-133.

BARROS, Barbara Costa, **Hellp síndrome ocasionando ruptura hepática: Relato de Caso.** Revista Ciências em Saúde, ISSN:2236-3785, maio-2019.

BRILHANTE, AVM. **Ruptura de hematoma subcapsular hepático como complicação da síndrome HELLP – revisão de literatura.** FEMINA. Julho 2010. volume 38. nº 7.

COELHO, Bernardo Cardoso Pinto. **Síndrome HELLP: uma breve revisão.** Rev Med Minas Gerais 2009 19(2 Supl 3): S107-S111

DUBEY, Sunita. **“Hepatic rupture in preeclampsia and HELLP syndrome: A catastrophic presentation”.** Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 59, Issue 5, September 2020, Pages 643-65.

FAGUNDES, RBC. **ROTURA HEPÁTICA ESPONTÂNEA PELA SÍNDROME HELLP: ABORDAGEM HEMATOLÓGICA, CIRÚRGICA E INTERVENCIONISTA.** Hematology, transfusion and cell therapy. Vol. 42. Issue S2. pages 75-76 (November 2020).  
GRACIA, Paulino Vigil-De. **Síndrome Hellp.** Ginecol Obstet Mex 2015;83:48-57. Volume 83, Núm. 1, 2015.

FREITAS DE, Alexandre Coutinho Teixeira. **Rotura hepática espontânea na síndrome HELLP.** ABCD, Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva 22 (3). Set 2009.

GONÇALVEZ, Ana Paula Alexandre Augusto. **SÍNDROME DE HELLP: ENTENDENDO E INTERVINDO.** Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018.

KAHHALE, Soubhi. **Pré-eclâmpsia.** Rev Med (São Paulo). 2018 mar.-abr.;97(2):226-34.

KATZ, Leila. **Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica.** Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia. 2008; 30(2):80-6.

MACHADO, Leonardo Greco. **Rotura hepática como complicação de pré-eclâmpsia grave: relato de caso.** Rev Med Minas Gerais 2010; 20(4 Supl 2): S84-S86

MAEJI, Isabella Lima. **ROTURA HEPÁTICA ESPONTÂNEA E SÍNDROME HELLP: RELATO DE CASO.** International Journal of Health Management – Edição nº 2 – Ano: 2019.

MARTINS-COSTA, Sérgio. **Rotinas em Obstetrícia.** 7 ed. Artmed, 2017 e alterações.

MARTIN JN, Blake PG, Perry KG, McCaul JF, et al. **The natural history of HELLP syndrome: patterns of disease progression and regression.** Am J Obstet Gynecol 1991;164:1500-1513

MARTIN JN Jr, Magann EF, Blake PG, Martin RM, Perry KG Jr, Roberts WE. **Analysis of 454 pregnancies with severe preeclampsia/eclampsia HELLP syndrome using the 3 class system of classification.** Am J Obstet Gynecol. 1993;168(1 Pt 2):386

PERAÇOLI, José C. **Síndrome HELLP recorrente: relato de dois casos.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 20 (3). Abr 1998

POGGIALI, Pedro Vasconcelos Barros. **Rotura hepática espontânea na gestação.** Rev Med Minas Gerais 2010; 20 (4 Supl 2): S7-S10.

RAMOS, José Geraldo Lopes. **Preeclampsia.** Rev Bras Ginecol Obstet Vol. 39 No. 9/2017.

RIBEIRO, Veronica Tavares. **Tratamento conservador para rotura hepática em Síndrome HELLP: um relato de caso.** Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health. ISSN 2178. 2019

SIBAI B. **Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count.** Obstet Gynecol. 2004;103(5 Pt 1):981-91.

SINGH, Y. **Hepatic Rupture Complicating HELLP Syndrome in Pregnancy.** Medical Journal Armed Forces India Volume 65, Issue 1, January 2009, Pages 89-90.

SOBRINHO, Fernando Mangieri. **Rotura hepática na gravidez: Relato de caso.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 24 (2). Mar 2002.

SOUZA, Ronald De. **Diagnóstico e conduta na Síndrome Hellp**. Rev Med Minas Gerais 2009; 19(4 Supl 3): S30-S33.

Vigil-De Gracia P, Ortega Paz L. **Preeclampsia/eclampsia and hepatic rupture**. Int J Gynecol Obstet 2012;118:186-189

