

HIPERTENSÃO ASSOCIADA À GRAVIDEZ

Estudo Epidemiológico de 311 Casos Consecutivos

M^a HELENA MACHADO, NUNO CLODE, LUIS M. GRAÇA, CONCEIÇÃO G. CARDOSO

Serviço de Obstetria e Ginecologia, Unidade de Medicina Materno-Fetal.

Hospital de Santa Maria / Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

RESUMO

Os autores analisam, sob o ponto de vista epidemiológico, os 311 casos consecutivos de hipertensão arterial (HTA) associada à gestação que foram observados durante o quinquénio 1988-1992 no Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa. Dos 311 casos, 17 correspondiam a gestações multifetais bigemelares. Foi utilizada a classificação do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tendo-se identificado 64 casos de pré-eclâmpsia moderada (7 em gestações múltiplas), 50 de pré-eclâmpsia grave (5 em gestações gemelares), 81 de HTA crónica (1 em gravidez gemelar), 16 de pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica (só em gestações de feto único) e 84 de HTA transitória da gravidez (4 em gestações múltiplas); em 16 casos considerou-se a situação hipertensiva como não classificável. Não se observaram mortes maternas. As complicações maternas mais frequentes (eclâmpsia, síndrome HELLP, DPPNI e insuficiência renal aguda) verificaram-se nos grupos da pré-eclâmpsia moderada e grave; contrariamente ao esperado com base na literatura, nos 16 casos do grupo da HTA crónica com sobreposição de pré-eclâmpsia apenas se verificaram 2 complicações maternas significativas; nos restantes grupos a incidência de complicações maternas foi muito reduzida. As complicações fetais foram mais expressivas no conjunto de casos em que o parto ocorreu antes da 34^a semana: a mortalidade e a morbidade foram muito significativas nos grupos da pré-eclâmpsia grave e da HTA crónica com pré-eclâmpsia sobreposta, embora também se tenham registado casos de mortalidade perinatal na pré-eclâmpsia moderada e na HTA crónica não complicada. Após a 34^a semana, não se verificou mortalidade neonatal em nenhum dos grupos, sendo o atraso de crescimento intra-uterino e a hipóxia fetal ante-parto as complicações fetais mais frequentes, estando presentes em todos os grupos à excepção da HTA não classificável. Globalmente, as situações de HTA crónica não complicada por pré-eclâmpsia e a HTA transitória foram aquelas em que as complicações maternas e perinatais foram menos graves e menos frequentes.

SUMMARY

Hypertension Associated with Pregnancy: an Epidemiologic Evaluation of 311 Consecutive Cases

The epidemiologic aspects of 311 consecutive cases of hypertension associated with pregnancy seen in the Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital de Santa Maria/University of Lisbon Medical School between January 1st 1988 and December 31st 1992, are reviewed. Seventeen cases were multifetal pregnancies. Using the criteria proposed by the American College of Obstetricians and Gynecologists the cases were classified as follows: Mild preeclampsia, 64 cases (7 in twins); severe preeclampsia, 50 cases (5 in twins); chronic hypertensive disease, 81 (1 in twins); chronic hypertension with superimposed preeclampsia, 16 (all singleton pregnancies); transient hypertension of pregnancy, 84 (4 in twins); unclassified hypertension, 16 cases of singleton pregnancies. No maternal deaths occurred. The most frequent maternal complications (eclampsia, HELLP syndrome, abruptio placentae and acute renal failure) were seen in preeclampsia (mild and severe forms). Only

2 significant maternal complications were observed in the cases of superimposed preeclampsia on chronic hypertensive disease. In the other groups maternal complications were seldom seen. Excepting in transient hypertension, perinatal morbidity and mortality were frequent in all groups, specially in severe preeclampsia and superimposed preeclampsia, when the delivery occurred before 34 weeks; after that time of pregnancy there were no neonatal deaths in any of the groups and intrauterine growth retardation and fetal distress were the most common fetal complications in all groups. In the whole, uncomplicated chronic hypertension and transient hypertension of pregnancy were the clinical situations in which maternal and perinatal complications were milder and less frequent. No perinatal problems were found in the group of unclassified hypertension.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) é uma complicação *major* da gravidez, conferindo um risco aumentado quer para a mãe, quer para o feto/recém-nascido¹. Um factor que contribui para as maiores morbidade e mortalidade fetais é a potencial insuficiência vascular utero-placentária. Contudo, o grau de risco materno-fetal não é uniforme em todas as situações em que se observa um incremento dos valores tensionais na grávida, relacionando-se de forma mais ou menos directa com o tipo de HTA (crónica ou induzida pela gravidez), a presença ou ausência de proteinúria significativa e o momento da gestação em que é feito o diagnóstico.

O objectivo principal dos autores foi avaliar todos os casos de HTA associada à gravidez observados no Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital de Santa Maria (HSM)/ Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) durante o quinquénio 1988 – 1992, correlacionando a incidência de complicações materno-fetais com o tipo de HTA presente, classificada de acordo com os critérios definidos pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)².

MATERIAL E MÉTODOS

Foram revistos os processos clínicos referentes aos 311 casos consecutivos de gravidez complicada por HTA observados no Serviço de Obstetria e Ginecologia do HSM/FML entre 1 de Janeiro de 1988 e 31 de Dezembro de 1992. Por comportarem um risco fetal específico, o que poderia vir a dificultar a avaliação da morbidade e mortalidade fetais e neonatais relacionáveis directamente com a situação hipertensiva materna, os 17 casos de gravidez gemelar (5,47% da população estudada) foram tratados independentemente das 294 gestações de feto único. A incidência global das gestações complicadas por HTA identificadas num universo de 12817 partos ocorridos no HSM no período em estudo foi de 2,42 %; tendo apenas em conta as gestações de feto único a incidência de HTA foi de 2,29%.

De acordo com a classificação do ACOG para a HTA associada à gravidez, distribuíram-se as gestações de feto único em 6 grupos assim designados: Pré-eclâmpsia moderada (n=57 casos), Pré-eclâmpsia grave (n=45), HTA crónica (n=80), Pré-eclâmpsia moderada ou grave sobreposta a HTA crónica (n=16), HTA transitória da gravidez (n=80) e HTA não classificável (n=16). Considerámos situações de HTA não classificável aquelas em que não se dispôs de informação suficiente para a sua inclusão em qualquer dos grupos anteriores.

No que respeita às gestações múltiplas observaram-se 7 casos de pré-eclâmpsia moderada, 5 de pré-eclâmpsia grave, 1 de HTA crónica e 4 de HTA transitória da gravidez.

Os grupos foram analisados e comparados relativamente a parâmetros maternos e perinatais. Entre os primeiros, avaliaram-se os dados do quadro clínico materno (sintomas e sinais), a idade gestacional em que o diagnóstico foi estabelecido (no caso da HTA induzida pela gravidez) e as complicações maternas – eclâmpsia, trombocitopenia não atribuível a outras causas (<120000 plaquetas por mm³), síndrome HELLP (hemólise, trombocitopenia <100000/mm³, enzimas hepáticas aumentadas), descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI), edema pulmonar agudo, oligo-anúria (diurese <30 ml/hora) e angor pectoris.

Os parâmetros perinatais analisados foram os seguintes: sinais de hipóxia fetal (cardiotocografia com desacelerações tardias ou variáveis graves e/ou variabilidade reduzida; fluxometria umbilical com fluxo diastólico ausente ou invertido), atraso de crescimento intra-uterino (ACIU), depressão neonatal (Índice de Apgar < 7 ao 5º minuto), internamento na Unidade de Cuidados Especiais para Recém-Nascidos (UCERN) superior a 48 horas e mortalidade perinatal. Consideraram-se grandes prematuros os recém-nascidos com menos de 34 semanas.

Para além da HTA, algumas grávidas apresentavam outras situações clínicas associadas: diabetes gestacional em 14 casos, diabetes pré-existente à gravidez em 4, hipertiroidismo em 1, traço de drepanocitose em 1, lupus eritematoso disseminado em 1 e insuficiência renal crónica em 1 (os 2 últimos casos em situações de HTA pré-existente à gravidez).

RESULTADOS

Não se registou nenhum caso de morte materna.

a) Gestações de feto único:

O *Quadro 1* resume as características da população estudada de acordo com os diversos grupos estabelecidos.

Cefaleias, epigastralgias e edemas dos membros inferiores foram os sintomas e os dados do exame objectivo materno mais frequentemente assinalados, independentemente das classes de HTA estudadas. Os casos de pré-eclâmpsia acompanharam-se frequentemente de sintomas; pelo contrário, não se verificou sintomatologia significativa em mais de metade das situações de HTA crónica, HTA transitória e HTA não classificável. O *Quadro 2* resume os dados clínicos mais relevantes.

Quadro 1 – Distribuição das gestações de feto único de acordo com a situação hipertensiva

	n	%	Paridade		Idade materna (anos)	Diagnóstico (semanas)
			N	M		
PE moderada	57	19,4	38	19	28,8 (19-42)	35,7 (26-41)
PE grave	45	15,3	26	19	28,8 (19-42)	33,0 (21-40)
HTA crónica	80	27,2	30	50	32,3 (20-46)	–
HTA crónica c/ PE sobreposta	16	5,4	6	10	32,2 (21-44)	31,0 (23-41)
HTA transitória	80	27,2	50	30	28,5 (16-42)	37,7 (33-42)
HTA não classificável	16	5,4	8	8	29,6 (17-41)	34,0 (27-40)

PE - Pré-eclâmpsia; HTA - Hipertensão arterial; N - Nulíparas; M - Multiparas

Quadro 2 – HTA associada à gravidez (feto único) - Características clínicas

SINTOMAS E SINAIS	PE moderada n=57	PE grave n=45	HTA crónica n=80	HTA c/ PE sobreposta n=16	HTA transitória n=80	HTA não classificável n=16
Sem sintomas	23	7	66	8	66	9
Com sintomas (mais de um sintoma)	34 (9)	38 (11)	14 (1)	8 (4)	12 (4)	7 –
Cefaleias	17	23	7	7	7	4
Epigastralgia	7	7	1	2	2	–
Edemas	17	14	6	1	10	3
Alter. visuais	2	4	1	2	–	–
Oligo-anúria	1	2	–	–	–	–
Confusão	–	1	–	–	–	–
Dispneia	–	1	–	–	–	–
AIT	–	1	–	1	–	–

PE - Pré-eclâmpsia; HTA - Hipertensão arterial; AIT - Acidente isquémico transitório

O *Quadro 3* sumariza as complicações maternas observadas, as quais se verificaram em todos os grupos excepto no da HTA transitória; os casos de pré-eclâmpsia moderada e grave foram aqueles em que a incidência de complicações foi maior. A eclâmpsia (11 casos) e o síndrome HELLP (9 casos) constituíram as complicações mais frequentes; observaram-se ainda 3 casos de DPPNI, 4 de trombocitopenia isolada, 1 de edema pulmonar agudo e 1 de insuficiência renal aguda. Registaram-se duas ou mais complicações na mesma grávida em 9 casos.

Dos 294 partos ocorridos, 136 deram-se por cesariana (46,2%), sendo esta via mais utilizada nos grupos de HTA crónica com pré-eclâmpsia sobreposta (12 em 16 casos, 75,0%) e de pré-eclâmpsia grave (31 em 45, 68,9%); no primeiro grupo citado a indicação mais frequente para o parto abdominal foi a suspeita de sofrimento fetal (8 dos 12 casos, 66,6%) e no segundo grupo foram situações de HTA não controlável medicamente (10 dos 31 casos, 32,3%). Efectuaram-se 26 cesarianas

nos casos de pré-eclâmpsia moderada (45,6%) e 33 nos da HTA crónica (41,3%), sendo a suspeita de hipóxia fetal a indicação mais frequente em ambos os grupos. Nos grupos de HTA transitória e de HTA não classificável a incidência de cesariana foi de 38,8% no primeiro caso (31 em 80) e 18,8% no segundo (3 em 16); a indicação mais frequente nestes grupos foi a incompatibilidade feto-pélvica. Como se pode deduzir do *Quadro 4*, um elevado número de partos abdominais não foram imputáveis à situação hipertensiva subjacente.

A gestação foi interrompida antes da 34ª semana, por complicações materno-fetais, em 39 casos, dos quais 20 (51,3%) correspondiam a situações de pré-eclâmpsia grave e 11 (28,2%) a situações de HTA crónica com pré-eclâmpsia sobreposta. Foi neste grupo que se observou maior incidência de complicações perinatais, nomeadamente ACIU, depressão do recém-nascido e morbilidade neonatal requerendo permanência na UCERN por períodos superiores a 48 horas. O *Quadro 5* enumera as com-

Quadro 3 – HTA Associada à Gravidez - Complicações maternas nas gestações de feto único

COMPLIC. MATERNAS	PE moderada n=57	PE grave n=45	HTA crônica n=80	HTA c/ PE sobreposta n=16	HTA transitória n=80	HTA não classificável n=16
NÃO	50	30	79	14	80	15
SIM (%) (Mais de uma complicação)	7 (14,0)	15 (33,3)	1 (1,3)	2 (12,5)	0	1 (6,3)
Eclâmpsia	5	5	–	1	–	–
HELLP	1	7	1	–	–	–
DPPNI	1	2	–	–	–	–
Plaquetas ↓	1	2	–	–	–	1
EPA	–	–	–	1	–	–
IRA	–	1	–	–	–	–

PE - Pré-eclâmpsia; HTA - Hipertensão arterial; HELLP - Síndrome de hemólise, trombocitopenia e elevação das enzimas hepáticas; DPPNI - Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida; Plaquetas ↓ - < 120000 plaquetas/mm³; EPA - Edema pulmonar agudo; IRA - Insuficiência renal aguda

Quadro 4 – Indicações para cesariana nas gestações de feto único

	PE moderada (n=57)	PE grave (n=45)	HTA crônica (n=80)	HTA c/ PE sobreposta (n=16)	HTA transitória (n=80)	HTA não classificável (n=16)
Sofrimento fetal	7	8	8	8	9	–
ACIU	2	3	4	2	1	–
HTA não controlável	1	10	1	2*	–	–
Eclâmpsia/HELLP	3	3	–	–	–	–
IFP	2	1	6	–	13	2
Apresentações anômalas	2	–	2	–	2	1
Indução negativa	5	2	6	–	3	–
Outras indicações**	4	4	4	–	3	–
TOTAIS	26	31	33	12*	31	3

* Uma cesariana num caso de feto morto e HTA materna não controlável; ** Diabetes, Trombocitopenia, Descolamento prematuro da placenta, Alterações da função hepática, Amniotite, Cesariana iterativa

PE - Pré-eclâmpsia; HTA - Hipertensão arterial; HELLP - Síndrome de hemólise, trombocitopenia e elevação das enzimas hepáticas; ACIU - Atraso de crescimento intra-uterino; IFP - Incompatibilidade feto-pélvica

plicações perinatais relacionando-as com o tempo de gestação em que ocorreram.

Registaram-se 11 mortes fetais em gestações com idade inferior a 34 semanas, as quais se relacionaram, essencialmente, com situações de pré-eclâmpsia grave (6 casos) e HTA crônica com pré-eclâmpsia sobreposta (3 casos). Às 34 ou mais semanas de gestação verificaram-se 4 mortes *in utero*, 2 em casos de pré-eclâmpsia grave, 1 em uma situação de pré-eclâmpsia moderada que evoluiu para eclâmpsia e 1 em um caso de HTA transitória com morte fetal intra-parto às 40 semanas.

No conjunto das gestações de feto único observaram-se 47 situações de ACIU (16,0% dos casos), as quais se distribuíram por todos os grupos de HTA, à exceção da HTA não classificável. Nos 39 casos ocorridos antes das 34 semanas observaram-se 15 casos de ACIU (38,5%), dos quais 8 em situações de pré-eclâmpsia grave, 5 no grupo da HTA com pré-eclâmpsia sobreposta, 1 no da

pré-eclâmpsia moderada e 1 no da HTA crônica. Nos casos em que o parto ocorreu às 34 ou mais semanas de gestação observaram-se 32 situações de ACIU (12,5%) com a seguinte distribuição pelos diversos grupos: HTA crônica, 10 casos; Pré-eclâmpsia grave, 8 casos; Pré-eclâmpsia moderada, 7 casos; HTA transitória, 4 casos; HTA crônica com pré-eclâmpsia sobreposta, 3 casos.

Índices de Apgar inferiores a 7 ao 5º minuto foram verificados em 5 casos: 4 em recém-nascidos com menos de 34 semanas (2 no grupo da HTA crônica com pré-eclâmpsia sobreposta, 1 no da pré-eclâmpsia grave e 1 no da HTA crônica); o caso observado em recém-nascido com mais de 34 semanas de gestação ocorreu em um caso de HTA transitória.

A morbidade neonatal, exigindo permanência prolongada na UCERN, nos recém-nascidos com idade gestacional inferior a 34 semanas, ocorreu essencialmente nos filhos das gestantes com pré-eclâmpsia grave (15 dos 39

Quadro 5 – Morbilidade e mortalidade perinatais em gestações de feto único de acordo com a situação hipertensiva

	PE moderada	PE grave	HTA crónica	HTA c/ PE sobreposta	HTA transitória	HTA não classificável
Parto < 34 semanas (n=34)	n=2	n=20	n=6	n=11	n=0	n=0
Mortalidade fetal	1	6	1	3	–	–
ACIU	1	8	1	5	–	–
SF ante-parto*	1	4	–	3	–	–
I.Apgar < 7 ao 5º minuto	–	1	1	2	–	–
UCERN>48 h	1	15	4	8	–	–
Mortalidade neonatal	–	1	1	1	–	–
Parto > 34 semanas (n=255)	n=55	n=25	n=74	n=5	n=80	n=16
Mortalidade fetal	1	2	–	–	1	–
ACIU	7	8	10	3	4	–
SF ante-parto*	3	3	2	1	2	–
I.Apgar < 7 ao 5º minuto	–	–	–	–	1	–
UCERN>48 h	10	10	10	3	3	–
Mortalidade neonatal	–	–	–	–	–	–

* SF ante-parto - Baseado dos dados cardiocográficos e fluxométricos (fluxo diastólico invertido na artéria umbilical); PE - Pré-eclâmpsia; HTA - Hipertensão arterial; SF - Sofrimento fetal; ACIU - Atraso de crescimento intra-uterino; SDR - Síndrome de dificuldade respiratória

casos, 384%) e com HTA com pré-eclâmpsia sobreposta (8 casos, 205%); a situação mais frequentemente responsável pela necessidade de cuidados especiais foi o síndrome de dificuldade respiratória (SDR). Nos recém-nascidos com 34 ou mais semanas a morbilidade foi maior nos grupos da pré-eclâmpsia moderada, da pré-eclâmpsia grave e da HTA crónica (10 casos em cada grupo).

Ocorreram 3 mortes neonatais em recém-nascidos com menos de 34 semanas nos grupos da pré-eclâmpsia grave (recém-nascido de 29 semanas com fístula traqueo-brônquica), da HTA crónica (parto às 29 semanas, SDR) e da HTA crónica com pré-eclâmpsia sobreposta (31 semanas, enterocolite necrosante).

b) Gestações múltiplas

As situações hipertensivas observadas em 17 gestações múltiplas (todas bigemelares) tiveram a distribuição referida no Quadro 6. Não ocorreu nenhum caso de HTA crónica com pré-eclâmpsia sobreposta nem de HTA não

classificável. Apenas se verificou associação com outra situação patológica em um caso (pré-eclâmpsia moderada associada a diabetes gravídica).

Os sinais e sintomas mais frequentemente observados foram os edemas (7 casos) e as cefaleias (4 casos), salientando-se um caso de pré-eclâmpsia grave em que se verificou oligo-anúria e icterícia.

A eclâmpsia foi a única complicação materna observada: em 2 casos de pré-eclâmpsia moderada e em 1 de pré-eclâmpsia grave.

Sete dos partos gemelares deram-se por via vaginal (41,2%); as indicações para cesariana nos restantes 10 casos enumeram-se no Quadro 7.

Não se verificou mortalidade perinatal. Quanto à morbilidade perinatal, 6 dos recém-nascidos necessitaram de internamento na UCERN por mais de 48 horas: 3 no grupo da pré-eclâmpsia grave, 2 no da pré-eclâmpsia moderada e 1 no da HTA transitória, neste último tendo o parto ocorrido antes da 34ª semana. No grupo da

Quadro 6 – Distribuição das gestações gemelares de acordo com a situação hipertensiva

	n	%	Paridade		Idade materna (anos)	Diagnóstico (semanas)
			N	M		
PE moderada	7	41,2	7	0	26,0 (20-35)	35,0 (33-36)
PE grave	5	29,4	5	0	29,1 (19-36)	33,8 (31-35)
HTA crónica	1	5,9	1	0	27	–
HTA crónica c/ PE sobreposta	0	0	–	–	–	–
HTA transitória	4	23,5	2	2	32,1 (25-38)	33,0 (31-34)
HTA não classificável	0	0	–	–	–	–

PE - Pré-eclâmpsia; HTA - Hipertensão arterial; N - Nulíparas; M - Múltiplas

Quadro 7 – Indicações para cesariana nas gestações gemelares

	PE moderada	PE grave	HTA crónica	HTA transitória
Sofrimento fetal	–	–	–	1
HTA não controlável	–	3	–	–
Eclâmpsia/ /HELLP	1	1	–	–
Gravidez monoamniótica	–	–	1	1
1º feto não cefálico	1	–	–	–
Desconhecida	1	–	–	–
TOTAIS	3	4	1	2

PE - Pré-eclâmpsia; HTA - Hipertensão arterial; HELLP - Síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas, trombocitopenia

pré-eclâmpsia grave verificou-se uma situação de ACIU de ambos os fetos.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS

A literatura médica em geral e a obstétrica em particular contém múltiplas propostas de classificação da HTA associada à gestação o que, por vezes, torna muito difícil a comparação dos estudos epidemiológicos e clínicos desta entidade nosológica. A maior dificuldade classificativa, e que comporta importantes implicações terapêuticas e prognósticas, é a distinção, baseada unicamente em critérios clínicos, entre a pré-eclâmpsia, situação hipertensiva induzida pelo estado gravídico, e a HTA pré-existente à gestação, seja ela essencial, seja de causa renovascular ou outra. A classificação que usamos na Unidade de Medicina Materno-Fetal do Hospital de Santa Maria e que foi utilizada neste estudo epidemiológico, é a que foi proposta em 1972 pelo Comité de Terminologia do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)² por a considerarmos a mais concisa e de mais fácil aplicação na prática.

Apesar destas características e da relativamente grande latitude que oferecem os grupos da classificação do ACOG, foi necessário recorrer à utilização do grupo da HTA não classificável em 16 dos 311 casos por nós observados por não ter sido possível incluí-los, com base em critérios clínicos, em nenhum dos quatro grupos-padrão. Este foi o único grupo em que se não registaram complicações materno-fetais relevantes e em que a sintomatologia associada foi sempre benigna (cefaleias ligeiras e edemas dos membros inferiores pouco importantes), tendo-se dado todos os partos após as 34 semanas; apesar de os resultados obtidos neste grupo nos poderem fazer crer no bom prognóstico destes casos, deveremos ter presente que, em casuísticas mais extensas, outros

autores encontraram complicações de alguma gravidade; assim, a HTA não classificável deverá ser encarada como uma provável HTA crónica não diagnosticada previamente à gravidez e, portanto, vigiada de acordo com os protocolos aplicáveis a essa situação.

A HTA transitória ou tardia da gravidez caracteriza-se pelo aparecimento de HTA moderada não acompanhada de proteinúria, nas semanas finais da gestação ou no pós-parto imediato, em mulheres previamente normotensas, com o retorno a valores tensionais normais nos 10 dias seguintes ao parto³. É usualmente considerada uma situação benigna quer para a mãe, quer para o feto. Nos 84 casos de HTA transitória que observámos (4 em gestações gemelares), predominaram as nulíparas, não se tendo registado complicações maternas nem partos antes da 34ª semana. Efectuaram-se 10 cesarianas (9 em gestações de feto único) por se terem detectado sinais cardiotocográficos e/ou fluxométricos sugestivos de hipóxia fetal (2 casos no período anteparto). Ocorreram 4 casos de ACIU e uma morte intra-parto, num feto de termo, não imputável directamente à situação hipertensiva. Estes dados não permitem considerar a HTA transitória da gravidez como uma situação completamente isenta de riscos perinatais mas, contudo, confirmam que, no universo da HTA associada à gravidez, este é um grupo com características clínicas claramente benignas⁴.

As mulheres com HTA crónica, na maior parte dos casos essencial, têm um risco obstétrico aumentado quando comparadas com as grávidas normotensas mas, quando a situação hipertensiva de base não é muito grave, a idade da gestante é inferior a 30 anos ou se não sobrepe uma pré-eclâmpsia, a gestação é, em geral, bem tolerada^{1,5-10}. A análise da casuística que estudámos, composta essencialmente por situações de hipertensão essencial moderada, confirma esta asserção pois poucas complicações foram observadas nos 81 casos (1 em gestação gemelar): em 66 casos não houve sintomas maternos associados e apenas se registou uma complicação materna significativa (síndrome HELLP); não observámos nenhum caso de descolamento prematuro de placenta normalmente inserida ao contrário de outros autores, que reportam incidências entre 0,45 e 10,0%^{9,11}. Em 6 casos o parto ocorreu antes das 34 semanas, tendo-se registado uma morte fetal e uma morte neonatal. Nos 75 casos (uma gravidez gemelar) em que o parto se deu após as 34 semanas a mortalidade perinatal foi nula, verificando-se 10 casos de ACIU e 2 de suspeita de hipóxia fetal ante-parto; 10 recém-nascidos necessitaram de cuidados especiais durante mais de 48 horas. Apenas 13 das 34 cesarianas efectuadas podem ser directamente relacionadas com a situação hipertensiva (8 casos de sofrimento fetal, 4 de ACIU e 1 de HTA não controlável). Podemos assim concluir que a morbidade materna é reduzida nas situações de HTA crónica não complicada por sobreposição de pré-eclâmpsia e a morbidade e a mortalidade perinatais, apesar de significativamente maiores do que as geralmente aceites nas gestantes normotensas, são relativamente baixas.

No seu conjunto, observámos 130 casos de pré-eclâmpsia assim repartidos: pré-eclâmpsia moderada, 64 casos (7 em gestações gemelares), pré-eclâmpsia grave,

50 casos (5 em gestações gemelares) e 16 casos de pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica (todos em gestações de feto único).

A pré-eclâmpsia foi, durante muitos anos, classificada como moderada ou grave apenas com base nos níveis tensionais e no grau da proteinúria; presentemente, esta divisão afigura-se demasiado simplista para evidenciar o verdadeiro significado clínico da situação hipertensiva desencadeada pela gravidez. Independentemente da gravidade atribuída por estes critérios, a pré-eclâmpsia implica sempre um risco potencial para a mãe e para o feto, tal como a análise detalhada da nossa casuística comprova. Efectivamente, no respeitante a complicações maternas com gravidade, a pré-eclâmpsia dita moderada contribuiu com um número significativo de casos, nomeadamente 6 situações de eclâmpsia (1 em gestação gemelar), 1 caso de síndrome HELLP e 1 caso de DPPNI. Na pré-eclâmpsia grave registou-se um igual número de casos de eclâmpsia, mas a incidência de síndrome HELLP foi muito maior (7 casos); foi neste grupo que se observou o único caso de insuficiência renal aguda. Destes dados deveremos concluir, como outros fizeram anteriormente^{5,12,13}, que, independentemente dos valores tensionais e da intensidade da proteinúria, dever-se-á prestar grande atenção aos sintomas e sinais indicadores de alteração das funções hepática e renal e de perturbações da hemostase e do sistema nervoso central: a diminuição marcada do débito urinário (igual ou inferior a 400 ml nas 24 horas), as perturbações visuais, as cefaleias intensas, as epigastralgias, a trombocitopenia, o aumento das enzimas hepáticas (essencialmente das transaminases e da desidrogenase láctica), a cianose e o edema pulmonar são critérios de gravidade da pré-eclâmpsia e, em geral, indicam que a situação clínica está em franca deterioração, pelo que deve ser sempre ponderada a terminação da gravidez. As cefaleias foram o sintoma associado mais frequentemente observado, mas as epigastralgias, os edemas de tipo nefrótico e as alterações visuais também estiveram presentes em significativo número de casos quer de pré-eclâmpsia moderada, quer de pré-eclâmpsia grave; observaram-se 2 casos de oligo-anúria em situações de pré-eclâmpsia grave, tendo-se ainda verificado neste grupo um acidente isquémico transitório. Para além da trombocitopenia presente nos casos de síndrome HELLP, verificaram-se contagens de plaquetas inferiores a 120000/mm³ em 1 caso de pré-eclâmpsia moderada e em 2 de pré-eclâmpsia grave.

No respeitante à morbidade e à mortalidade perinatais, foram muito mais expressivas na pré-eclâmpsia grave, principalmente as relacionáveis com a prematuridade, em grande parte de causa iatrogénica: 20 das 45 gestações de feto único terminaram antes das 34 semanas, tendo-se verificado 5 mortes fetais e 1 no período neonatal e uma alta incidência de ACIU e de hipóxia fetal ante-parto; estes resultados estão concordantes com a experiência de Sibai et al¹⁴. Os 15 nados-vivos permaneceram na UCERN por mais de 48 horas. Contrastando com estes dados, nas situações de pré-eclâmpsia moderada só se verificaram 2 nascimentos antes da 34^a semana, um dos quais de um feto morto; esta muito baixa incidência de

grandes prematuros relacionar-se-á não só com a menor gravidade do quadro clínico, mas também com a atitude conservadora adoptada por nós na pré-eclâmpsia moderada. Nos nascimentos ocorridos após as 34 semanas as complicações perinatais foram percentualmente maiores nos 25 casos de pré-eclâmpsia grave (2 mortes fetais, 8 casos de ACIU, 3 de sofrimento fetal ante-parto) mas a pré-eclâmpsia moderada contribuiu para a morbidade perinatal global com um número significativo de casos de ACIU (7 casos em 55) e de estadia prolongada na UCERN (10 casos). Estudando globalmente a mortalidade perinatal nas duas classes de pré-eclâmpsia, encontramos o valor de 18,5% na pré-eclâmpsia grave e 1,8% na moderada, percentagens que só por si exprimem bem o diferente prognóstico fetal nas duas situações; num grupo muito mais vasto de casos de pré-eclâmpsia grave Sibai refere uma mortalidade perinatal de 14,5%¹⁴.

Habitualmente é atribuído ao grupo da pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica a maior incidência de complicações materno-fetais observadas nas diversas situações de HTA associada à gravidez^{3,5,12,14}; na casuística que estudámos apenas se registaram complicações maternas significativas em 2 casos (12,5%) – uma situação de eclâmpsia e outra de edema agudo do pulmão – comparativamente com 14,0% na pré-eclâmpsia moderada e 33,3% na pré-eclâmpsia grave. Pelo contrário, no que se refere ao feto e ao recém-nascido a sobreposição de pré-eclâmpsia a uma HTA pré-existente implicou uma significativa ameaça revelada pela elevada incidência de partos anteriores à 34^a semana (11 dos 16 casos) e pela ocorrência de 5 mortes fetais e de uma morte neonatal; nas gestações que atingiram ou ultrapassaram a 34^a semana não se verificaram mortes fetais ou neonatais, pelo que a mortalidade perinatal global foi de 375‰, valor que está de acordo com os números referidos por outros autores^{14,15}.

A morbidade perinatal na HTA crónica com pré-eclâmpsia sobreposta é sempre muito alta⁶, principalmente quando a pré-eclâmpsia surge em fases precoces da gravidez ou são adoptados critérios terapêuticos que envolvam o prolongamento da gestação¹⁴. O risco de deficiente crescimento intra-uterino e de hipóxia ou asfixia fetal é muito elevado. Na nossa casuística 50% dos fetos apresentavam atraso de crescimento e foram praticadas 8 cesarianas por haver sinais sugestivos de sofrimento fetal; 8 dos 11 nados-vivos permaneceram na UCERN por mais de 48 horas.

Epidemiologicamente, o conjunto de casos de gravidez complicada pela associação de HTA que apresentamos segue os vectores essenciais de outras séries^{1,6, 9-11,14-16}.

Não sendo possível considerar que existe alguma forma de HTA concomitante com a gravidez que seja completamente inócua para a gestante e para o feto, os nossos resultados permitem sugerir que a hipertensão transitória da gravidez é uma situação relativamente benigna mas que exige a necessária vigilância no sentido da detecção de sinais que possam vir a alterar o diagnóstico e, consequentemente, o prognóstico. A HTA crónica devidamente controlada é bem tolerada na maioria dos casos, mas implica uma muito cuidadosa monitorização com o objectivo de

detectar precocemente a sobreposição de pré-eclâmpsia. Todas as pacientes com pré-eclâmpsia, ainda que moderada, necessitam de internamento hospitalar, pois podem surgir complicações graves (eclâmpsia, síndrome HELLP, DPPNI, etc.) em todas as suas formas; a única diferença significativa assenta na atitude expectante associada ao repouso e à sedação na pré-eclâmpsia moderada em contraponto com a terapêutica activa e eventual terminação da gravidez indicadas na pré-eclâmpsia grave. A situação mais grave sob o ponto de vista perinatal é a associação HTA crónica/pré-eclâmpsia, principalmente quando surge antes das 34 semanas de gestação; tendo em conta que a taxa de mortalidade perinatal ronda os 100% quando o quadro se estabelece antes das 29 semanas Sibai, com o objectivo de prevenir complicações maternas graves, desaconselha, nestas circunstâncias, as atitudes clínicas conservadoras, bem como a cesariana por indicações fetais¹⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. CHESLEY LC: Hypertensive disorders in pregnancy. Appleton-Century-Crofts, Nova Iorque 1978
2. HUGHES EC: Obstetric Gynecologic Terminology. FA Davis, Filadélfia 1972
3. Consensus Report. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. National Heart, Lung, and Blood Institute, Bethesda, Maryland, 1988. Am J Obstet Gynecol, 1990; 163: 1689
4. CARDOSO MC, CLODE N, MACHADO MH, SANTANA I, VALENTIM AP, GRAÇA LM: Hypertension in pregnancy: Is there any safe condition? Proceedings of the 24th Congress on Pathophysiology of Pregnancy, Porto, 1993.
5. CUNNINGHAM FG, LINDHEIMER MD: Hypertension in pregnancy. N Engl J Med, 1992; 326: 927
6. SIBAI BM, ABDELLA TN, ANDERSON GD: Pregnancy outcome in 211 patients with mild chronic hypertension. Obstet Gynecol, 1983; 61: 571
7. Hypertensive disorders in pregnancy. In "Williams Obstetrics", 18^a ed., Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF (eds.). Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut, 1989
8. LINDHEIMER MD, KATZ AI: Renal physiology and disease in pregnancy. In "The kidney; physiology and pathophysiology", 2^a ed., Seldin DW, Giebish G (eds.). Raven Press, Nova Iorque, 1992
9. SIBAI BM, ANDERSON GD: Pregnancy outcome of intensive therapy in severe hypertension in the first trimester. Obstet Gynecol, 1986; 67: 517
10. SIBAI BM: Diagnosis and management of chronic hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol, 1991; 78: 451
11. SIBAI BM, MABIE WC, SHAMSA F, VILLAR MA, ANDERSON GD: A comparison of no medication versus methyldopa or labetalol in chronic hypertension during pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1990; 162: 960
12. BARRON WM: Hypertension. In "Medical disorders during pregnancy", 2^a ed., Barron WM, Lindheimer MD (eds.). Mosby, St. Louis, 1995
13. American College of Obstetricians and Gynecologists Technical Bulletin, n^o 91, 1986.
14. SIBAI MB, SPINNATO JA, WATSON DL, HILL GA, ANDERSON GD: Pregnancy outcome in 303 cases with severe preeclampsia. Obstet Gynecol, 1984; 64: 319
15. LIN CC, LINDHEIMER MD, RIVER P, MOAWAD AH: Fetal outcome in hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1982; 142: 255
16. SPELLACY WN, HANDLER A, FERRE CD: A case-control study of 1253 twin pregnancies from 1982-1987 perinatal data base. Obstet Gynecol, 1990; 75: 168