

## Pré-Eclâmpsia

A pré-eclâmpsia (PE), que afeta cerca de 2 a 8% de gravidezes, é uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal e materna.

Os primeiros sintomas clínicos desta patologia, como o aparecimento de novo de hipertensão e proteinúria, são observados ao fim de 20 semanas de gestação.

Clinicamente, a PE pode variar desde uma forma moderada a formas graves, exigindo que o parto ocorra antes das 34 semanas de gestação. Pode ser subdividida em precoce (antes das 34s), intermédia (34s-37s) e tardia (depois das 37s). A forma grave de PE, a síndrome de HELLP (Hemólise, enzimas do fígado elevadas, plaquetas baixas), ocorre em cerca de 20 % das mulheres afetadas por esta patologia.<sup>1,2</sup>

Embora a causa de PE continue a ser pouco clara, a síndrome pode iniciar-se por um desequilíbrio de fatores placentários que induzem a disfunção endotelial. O fator antiangiogénico sFlt-1 (tirosina quinase semelhante a fms solúvel) atua como potente antagonista de fatores proangiogénicos, como o Factor de Crescimento Placentar (PlGF), aderindo aos domínios de ligação a recetores, impedindo a interação com recetores endoteliais e, desse modo, induzindo a disfunção endotelial.<sup>3</sup>

Durante a gravidez, os níveis de PlGF aumentam progressivamente no primeiro e segundo trimestre e diminuem até ao fim. Nas mulheres com PE clínica, os níveis de sFlt-1 aumentam significativamente, enquanto as concentrações de PlGF livre em circulação diminuem significativamente. Níveis significativamente reduzidos de PlGF livre foram detetados em mulheres grávidas que desenvolveram posteriormente PE.<sup>4,5</sup>

A estratégia de rastreio no primeiro trimestre para identificar a mulher grávida em risco de desenvolver PE inclui a avaliação materna (antecedentes familiares e história

prévia de PE, etnicidade, paridade, diabetes, hipertensão crónica, entre outros), marcadores biofísicos (índice massa corporal (IMC) e pressão arterial média (MAP)), marcadores ecográficos (índice de pulsatilidade da artéria uterina), assim como medição dos biomarcadores no sangue materno (PlGF e/ou PAPP-A).<sup>6</sup> Para uma taxa de falsos positivos de 5 a 10 %, este rastreio identifica cerca de 90 % de gestações com risco de desenvolver PE precoce (antes das 34 semanas), cerca de 75% entre as 34 e as 37 semanas e cerca de 40% depois das 37 semanas. A identificação precoce destas grávidas permite melhorar o desfecho da gravidez. A monitorização materna e fetal intensiva contribui para um diagnóstico mais precoce dos sinais clínicos da doença e da restrição do crescimento fetal associada. O rastreio de 1.<sup>o</sup>T torna-se ainda mais importante uma vez que o desenvolvimento de PE pode ser diminuído por intervenções terapêuticas, como, por exemplo, a utilização profilática de aspirina em baixas doses.<sup>7,8</sup>

A medição dos níveis de sFlt-1 em conjunto com os níveis de PlGF no soro materno (razão sFlt-1/PlGF), a iniciar a meio da gravidez, pode melhorar o estudo do diagnóstico em curso de pacientes com suspeita de PE, que inclui sintomas clínicos, proteinúria e índice de pulsatilidade da artéria uterina. A razão sFlt-1/PlGF é uma ferramenta para o diagnóstico de PE ao distinguir entre gravidezes pré-eclâmplicas e outras formas de distúrbios hipertensivos relacionados com a gravidez.<sup>9,10,11</sup>

### Bibliografia:

1. Ghulmiyyah L, et al (2012), *Semin Perinatol*; 36:56-59
2. Powe C et al (2011), *Circulation*;123:2856-69
3. Levine et al (2004), *N Engl J Med*; 350:672-83.
4. Lam et al (2005), *Hypertension*;46:1077-85
5. De Vivo et al (2008), *Acta Obstet et Gynecol*;87:837-42
6. [www.fetalmedicinefoundation.com](http://www.fetalmedicinefoundation.com)
7. Bujold et al (2010), *Obstet Gynecol*;116:402-14
8. Rolnik et al (2017), *N Engl J Med*; 377:613-22
9. Thadhani et al (2004), *J Clin Endo*; 89 (2):770-5
10. Verlohren et al (2012), *Am J Obstet Gynecol*; 206 (1):58
11. Rana et al (2012), *Circulation*; 125 (7):911-9