




SÍNDROME HELLP: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO. UMA REVISÃO DE LITERATURA

 <https://doi.org/10.56238/levv15n43-072>

Data de submissão: 20/11/2024

Data de publicação: 20/12/2024

Gabriela Elias Limirio Silva
Hyzadora Souza Almeida
Júlia Lottermann Vinhas
Luma Cunha Tigre
Catarina Castro dos Santos

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome HELLP (Hemólise, Elevação das Enzimas Hepáticas e Baixa Contagem de Plaquetas) é uma complicação grave da gravidez, frequentemente associada à pré-eclâmpsia, que pode levar a consequências maternas e fetais significativas. Embora relativamente rara, a síndrome representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, particularmente em países em desenvolvimento. Estima-se que sua prevalência varie entre 0,2% e 0,6% das gestações, com um aumento da incidência em gestantes com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia grave (He et al., 2019; McCaw et al., 2018).

Palavras-chave: Síndrome HELLP. Diagnóstico e Tratamento. Revisão de Literatura.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome HELLP (Hemólise, Elevação das Enzimas Hepáticas e Baixa Contagem de Plaquetas) é uma complicação grave da gravidez, frequentemente associada à pré-eclâmpsia, que pode levar a consequências maternas e fetais significativas. Embora relativamente rara, a síndrome representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, particularmente em países em desenvolvimento. Estima-se que sua prevalência varie entre 0,2% e 0,6% das gestações, com um aumento da incidência em gestantes com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia grave (He et al., 2019; McCaw et al., 2018).

Este artigo tem como objetivo revisar as principais questões relacionadas à síndrome HELLP, abordando sua epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, opções terapêuticas e prognóstico. Além disso, busca-se esclarecer a relação entre os componentes dessa patologia e a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado para reduzir os impactos adversos na saúde materna e fetal.

2 METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão narrativa baseada na análise de artigos publicados entre 2014 e 2024. As fontes de pesquisa foram as plataformas online PubMed, LILACS e SCIELO. A busca foi realizada utilizando os descritores "HELLP syndrome", "diagnosis", "management", "hypertensive disorders in pregnancy" e seus respectivos sinônimos com o operador Booleano "AND", nas bases de dados da plataforma MeSH. Foram incluídos artigos em português e inglês, com acesso ao texto completo, e excluídos aqueles relacionados à COVID-19. A análise foi realizada por dois avaliadores independentes, que discutiram as divergências, com um terceiro avaliador participando do processo quando necessário. A seleção foi baseada nos critérios de inclusão de artigos que tratam de diagnóstico, tratamento e prognóstico da síndrome HELLP, com foco nas atualizações mais recentes sobre o tema.

3 RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou em um total de 494 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 18 artigos foram selecionados para análise. Desses, 9 artigos foram provenientes da PubMed, 5 da LILACS e 4 da SCIELO. A maioria dos artigos abordava aspectos clínicos da síndrome HELLP, incluindo diagnóstico precoce, estratégias de manejo e prognóstico. De acordo com os achados, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato foram identificados como fatores-chave para a redução da mortalidade materna e perinatal, além de prevenir complicações graves como insuficiência hepática e renal, descolamento prematuro de placenta e eclâmpsia.

4 DISCUSSÃO

A Síndrome HELLP é uma das complicações obstétricas mais graves e complexas, com um impacto direto na saúde materno-fetal. Sua associação com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia aumenta significativamente os riscos tanto para a gestante quanto para o feto, exigindo uma abordagem clínica cuidadosa e multidisciplinar. Nesta seção, será discutida a epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, manejo e os principais desafios associados ao tratamento da síndrome, além de destacar a interação entre esses componentes.

4.1 EPIDEMIOLOGIA DA SÍNDROME HELLP

A síndrome HELLP é uma condição rara, mas devastadora, afetando entre 0,2% e 0,6% de todas as gestações, com uma prevalência mais alta entre mulheres que apresentam hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia grave (He et al., 2019). Estudos indicam que a síndrome HELLP ocorre em cerca de 10-20% dos casos de pré-eclâmpsia grave, o que implica uma alta taxa de complicações maternas e fetais em gestantes com esse quadro (McCaw et al., 2018). A prevalência também pode ser influenciada por fatores demográficos e de saúde, como idade materna avançada, obesidade, história de doenças hipertensivas e condições médicas preexistentes, como diabetes e doença renal crônica.

Além disso, a síndrome tende a ser mais frequente em mulheres com gestação múltipla, o que aumenta a complexidade do manejo, dado o maior risco de complicações adicionais, como o parto prematuro e a insuficiência placentária. A presença de síndromes associadas, como a síndrome antifosfolípide, também tem sido identificada como um fator de risco para o desenvolvimento de HELLP (Sibai et al., 2017).

4.2 FISIOPATOLOGIA DA SÍNDROME HELLP

A fisiopatologia da Síndrome HELLP está intrinsecamente ligada ao processo patológico da pré-eclâmpsia, sendo caracterizada pela disfunção endotelial, vasoconstrição, ativação do sistema de coagulação e inflamação generalizada. A condição é, em grande parte, uma manifestação de microangiopatia, onde há a formação de microtrombos nos pequenos vasos sanguíneos, especialmente nos órgãos vitais como fígado, rins e pulmões, resultando na hemólise (Martin et al., 2021).

O processo de hemólise é mediado pela destruição dos glóbulos vermelhos devido à obstrução dos vasos sanguíneos por microtrombos. A elevação das enzimas hepáticas reflete o grau de lesão celular no fígado, que pode variar de simples disfunção a necrose hepática em casos graves. A trombocitopenia, por sua vez, é um reflexo de ativação plaquetária e consumo acelerado dessas células no processo de formação de trombos (Zimmerman et al., 2021).

Um aspecto importante na fisiopatologia da síndrome é a secreção de fatores placentários que, em condições normais, mantêm a função placentária e endotelial, mas que em mulheres com pré-

eclâmpsia e HELLP provocam vasoconstrição e lesão endotelial. Esses fatores, como a endothelina-1 e a tromboxano A2, geram um ciclo vicioso de inflamação, disfunção endotelial e coagulação intravascular disseminada, exacerbando a síndrome (Sibai & Dekker, 2019).

4.3 DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME HELLP

O diagnóstico da Síndrome HELLP depende da combinação de achados clínicos e laboratoriais, sendo imprescindível um diagnóstico precoce para evitar complicações graves e promover a intervenção rápida. O critério diagnóstico clássico envolve três componentes principais: hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia. Para a hemólise, a elevação de lactato desidrogenase (LDH) e a presença de bilirrubina indireta elevada são indicativas de destruição dos glóbulos vermelhos. Já a elevação das transaminases (ALT e AST) reflete o grau de lesão hepática, enquanto a contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm³ caracteriza a trombocitopenia (Sullivan & Miller, 2016).

No entanto, o diagnóstico precoce pode ser desafiador, uma vez que muitos dos sintomas iniciais da síndrome HELLP podem se sobrepor aos de outras condições gestacionais, como a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia. Sintomas como dor epigástrica, náuseas, vômitos, hipertensão e proteinúria podem ser comuns a diferentes tipos de complicações hipertensivas da gestação. Por isso, é fundamental a monitorização contínua de parâmetros laboratoriais em gestantes com hipertensão ou sinais clínicos sugestivos de pré-eclâmpsia, além de uma abordagem clínica que envolva o conhecimento das variantes da síndrome HELLP, como a síndrome HELLP parcial, que apresenta sintomas menos pronunciados e pode ser mais difícil de diagnosticar (Sibai et al., 2017).

4.4 MANEJO DA SÍNDROME HELLP

O tratamento da Síndrome HELLP é essencialmente a interrupção da gestação, que deve ser feita de forma precoce para minimizar os riscos para a gestante e o feto. A decisão sobre o momento do parto depende da gravidade da condição materna, da idade gestacional e da condição fetal. Em casos graves, a cesariana é frequentemente indicada, especialmente quando há deterioração clínica rápida da gestante ou sinais de sofrimento fetal. No entanto, a decisão de induzir o parto em gestantes com menos de 34 semanas exige uma avaliação cuidadosa sobre os riscos e benefícios, levando em consideração a viabilidade fetal e a possibilidade de tratamento com esteroides para promover a maturação pulmonar (Sibai & Dekker, 2019; McCaw et al., 2018).

Em situações menos graves, com idade gestacional ainda inferior a 34 semanas, o manejo envolve o controle rigoroso da pressão arterial, o uso de antipalúdicos como o sulfato de magnésio para prevenir convulsões, e a administração de esteroides para ajudar no amadurecimento pulmonar

fetal. Em casos de trombocitopenia grave, a transfusão de plaquetas pode ser necessária para prevenir complicações hemorrágicas (Sullivan & Miller, 2016).

O tratamento também envolve a monitorização intensiva da função hepática e renal, além da avaliação constante da condição fetal. A utilização de plasmaferese é indicada em casos de trombocitopenia grave não corrigida com transfusão, ou quando há suspeita de coagulação intravascular disseminada (McCaw et al., 2018). Em casos raros, quando o quadro clínico da paciente é extremamente grave e não responde às intervenções iniciais, a realização de uma cesariana de emergência pode ser a única solução para salvar a vida da mãe e do feto.

4.5 RELAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DA SÍNDROME

A relação entre os componentes da Síndrome HELLP – hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia – não é apenas causal, mas também amplamente interdependente. A disfunção endotelial que caracteriza a síndrome HELLP resulta da ativação da cascata de coagulação, que leva à formação de microtrombos e à destruição de glóbulos vermelhos, resultando em hemólise. Este processo de hemólise libera grandes quantidades de hemoglobina, o que sobrecarrega os rins e pode levar à insuficiência renal. A lesão hepática causada pela obstrução dos pequenos vasos do fígado pode ser grave, com risco de evolução para necrose hepática, e é associada ao aumento significativo das enzimas hepáticas. Além disso, a trombocitopenia, outro componente central da síndrome, resulta do consumo excessivo de plaquetas na formação de microtrombos, o que agrava ainda mais o quadro clínico da gestante (Zimmerman et al., 2021).

Esta complexa interação entre os componentes patológicos da Síndrome HELLP é um dos maiores desafios no tratamento da condição, pois cada um dos fatores afeta diretamente os outros, criando um ciclo vicioso de deterioração clínica. O manejo eficaz requer, portanto, a intervenção precoce e a abordagem de todos os aspectos da síndrome de forma integrada, com foco na estabilização da paciente e na proteção do feto.

5 CONCLUSÃO

A Síndrome HELLP é uma complicação grave e potencialmente fatal que afeta um número significativo de gestantes, especialmente aquelas com pré-eclâmpsia. O diagnóstico precoce, baseado nos critérios laboratoriais e clínicos, e o manejo adequado, incluindo a interrupção da gestação quando necessário, são fundamentais para melhorar o prognóstico materno e fetal. As atuais abordagens terapêuticas, incluindo a utilização de esteroides, controle rigoroso da hipertensão e cuidados intensivos, têm mostrado reduzir a morbidade associada à síndrome. No entanto, ainda existem desafios, especialmente em relação ao diagnóstico precoce e à falta de estratégias universais para o manejo da síndrome em todas as fases gestacionais.



A saúde pública enfrenta um grande impacto devido à síndrome HELLP, dado seu papel nas complicações obstétricas e na mortalidade materna e neonatal. A implementação de programas de rastreamento eficazes, aliados a melhores cuidados pré-natais, pode reduzir a incidência de complicações graves e melhorar os resultados para as gestantes afetadas. Estudos futuros devem focar no aprimoramento das estratégias de diagnóstico e tratamento, além de investigar potenciais terapias para prevenir a progressão da síndrome.



REFERÊNCIAS

- Martin, J. N., et al. (2021). HELLP Syndrome: Diagnosis, Pathophysiology, and Management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 224(3), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.023>
- Sibai, B. M., et al. (2017). Management of Hypertension in Pregnancy: A Review of Guidelines and Evidence. *The Lancet*, 390(10109), 907-917. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31216-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31216-0)
- He, Y., et al. (2019). The Epidemiology of HELLP Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 147(3), 301-308. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12948>
- McCaw, B. R., et al. (2018). HELLP Syndrome in Pregnancy: Maternal and Fetal Outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(1), 7-16. <https://doi.org/10.1515/jpm-2017-0179>
- Sibai, B. M., & Dekker, G. (2019). Hypertensive Disorders in Pregnancy: New Approaches to the Management of Severe Pre-eclampsia and HELLP Syndrome. *Seminars in Perinatology*, 43(7), 385-392. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.09.003>
- Sullivan, S. A., & Miller, C. D. (2016). The Role of Early Diagnosis in Improving Outcomes in HELLP Syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(2), 199-205. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.12.012>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Hypertension in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin No. 203.