

## **SINDROME DE HELLP**

**Julyana Lima de Oliveira, Vagne Costa de Albuquerque, Vanessa Campos Reis**

**RESUMO:** O presente artigo foi desenvolvido a partir de intensa revisão bibliográfica acerca de um tema muito discutido e temido no cotidiano obstétrico. Após imergirmos na pesquisa em acervos científicos digitais e renomadas publicações científicas como (i) Pubmed (ii) MEDLINE (iii) Scielo (iv) google scholar e (v) Febrago no período de 2007 a 2021, tendo sido utilizadas as palavras “Síndrome de HELLP”, “HELLP syndromn”, “Obstetrics complications” e “mortalidade”. Foram encontrados 715 resultados, dos quais foram selecionados 9 artigos para construção do texto, objetivando investigar a temática para demonstrar e compreender a importância do diagnóstico precoce e correto da doença com o intuito de promover o aumento das chances de sobrevivência da mãe e do feto. Com isso, ao decorrer da pesquisa foi-se delineando as principais causas e possíveis complicações atreladas ao conjunto de sintomas aqui em foco, o que revelou a importância do rastreamento pré-natal e da qualidade do serviço que é oferecido para as mulheres gestantes em território nacional, levantando uma reflexão acerca dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos em tão elevados índices de mortalidade materno-fetais.

**Palavras-chave:** SÍNDROME DE HELLP. MORBIDADE. MORTALIDADE. ECLÂMPSIA. PRÉ-ECLÂMPSIA.

## **Introdução**

Os achados laboratoriais de hemólise (H), elevação das enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP) definem a síndrome de HELLP que é uma complicação obstétrica grave de difícil diagnóstico, sendo uma das principais consequências das pacientes com pré-eclâmpsia (FEBRASGO, 2017). Apesar de autoexplicativa, essa síndrome assim como sua doença de base, a hipertensão - que segundo Mills et al (2020) é definida por uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e diastólica maior ou igual a 90mmHg , tendo considerado o 5º ruído de Korotkoff e com posterior confirmação com aferição após 4 horas - tem evolução silenciosa e necessita de um olhar atento e acompanhamento eficaz durante o período gestacional para que seja abordada de forma precoce evitando complicações que podem custar duas vidas.

Os sintomas clínicos típicos, são dor no quadrante superior direito do abdômen ou dor epigástrica, náuseas e vômitos, a proteinúria pode até estar ausente (Kongwattanakul et al., 2018); Como explicado por Onoh et al (2020), os estados hipertensivos que surgem antes e durante o período gestacional, principalmente quando evoluem para quadro de pré-eclâmpsia e eclampsia, configuram um grande desafio obstétrico. A pré-eclâmpsia é definida com o desenvolvimento de hipertensão gestacional e proteinúria após a 20ª semana em uma mulher que antes não apresentava esses sinais. Apesar dessa definição, a proteinúria pode estar ausente e mesmo assim ser diagnosticada a a pré-eclâmpsia se evidenciados algum desses achados clínicos e laboratoriais em estágio avançado:

- 1) Alterações das enzimas hepáticas;
- 2) Dor epigástrica;
- 3) Insuficiência renal;
- 4) Trombocitopenia;
- 5) Edema pulmonar;
- 6) Cefaleia (de início recente e refratária a administração de cetoaminofeno).

Já a eclâmpsia é caracterizada pela instalação de convulsões tônico-clônicas generalizadas em pacientes com diagnóstico ou sinais prévios de pré-eclâmpsia.

Por isso demonstrar e compreender os sinais e sintomas para viabilizar o diagnóstico precoce e correto da doença é aumentar as chances de sobrevivência da mãe e do filho, pois para Lisonkova et al. (2020) a síndrome de HELLP está associada a inúmeras complicações que levam não apenas a alta mortalidade materna mas também aumento de morbidade como a coagulação vascular disseminada, necessidade de

transfusão sanguínea, descolamento de placenta, sepse, AVC, insuficiência renal aguda e insuficiência hepática.

## **Metodologia**

O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método de pesquisa que analisa o conhecimento publicado acerca do determinado tema, possibilitando a sua sintetização e ampliando a compreensão sobre o objeto de estudo de interesse, referente a síndrome de HELLP

Nesse estudo utilizou-se os critérios de inclusão: I) artigos publicados na base de dados da SciELO, MEDLINE, LILACS e PubMed; II) artigos ou periódicos disponibilizados na íntegra; III) artigos ou periódicos publicados em língua portuguesa. Como critérios de exclusão foram considerados: I) teses, dissertações, monografias e artigos de revisão ou com texto completo indisponível; II) artigos ou periódicos não publicados na língua portuguesa ou inglesa; III) artigos ou periódicos repetidos; IV) Foram excluídas publicações que não problematizavam sobre a Síndrome de HELLP

Após a análise dos artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 9 artigos, retirados de artigos da Pubmed, MEDLINE, Scielo, google scholar e Febrasgo, tendo sido utilizadas as palavras "Síndrome de HELLP", "HELLP syndromn", "Obstetrics complications" e "mortalidade".

## **Resultados**

É visto que cerca de 8% das pacientes grávidas com pré-eclâmpsia apresentam a Síndrome de HELLP, sendo 70% desses casos desenvolvidos antes do parto, entre a 27<sup>o</sup> e 37<sup>o</sup> semana de gravidez, enquanto a demasia se desenvolve nas 48 horas antes do parto (SIBAI, 2009). É importante observar que o quadro clínico da colecistite, da pancreatite e os sintomas graves da pré-eclâmpsia grave podem ser confundidos com o quadro clínico dessa síndrome, por isso é necessário a análise minuciosa dos exames laboratoriais para o diagnóstico.

A morbidade e mortalidade materna são derivadas da gravidade da doença, como demonstrado pelo estudo de Katz (2008) onde 59% das pacientes apresentaram no mínimo uma complicação, dentre as hemorrágicas ocorreram em 34,3% e 33,3% evoluíram com necessidade de hemotransfusão; 20% desenvolveram insuficiência renal aguda; 6,7% edema agudo de pulmão e 3,8% evoluíram para óbito.

De acordo com a Febrasgo (2017) visando a diminuição da morbimortalidade materno-fetal, essa condição deve ser tratada com seriedade e abordada como uma emergência, tendo como base a prevenção das complicações hemorrágicas, controle da pressão arterial da gestante e a resolução do parto. Para esse último uma conduta muito utilizada é o tratamento da síndrome HELLP com corticosteroides, com o intuito da maturação pulmonar do feto.

Além do exposto, O'Brien et al apud Febrasgo (2017) propôs uma sequência de ações a serem tomadas para o atendimento de uma gestante diagnosticada com a síndrome de HELLP:

“Ter alta suspeita diagnóstica nas gestantes com PE; Realizar exames laboratoriais e diagnósticos diferenciais; Avaliar as condições materna e fetais; Controlar a pressão arterial; Estabilizar o quadro: acesso venoso; administrar sulfato de magnésio e anti-hipertensivos; Considerar uso de corticoide para maturidade fetal; Hemoterapia se necessário; Verificar se há necessidade de exame de imagem hepática (epigastria); Avaliar com anestesista a técnica a ser adotada, se indicada cesariana; Manejar ativamente o trabalho de parto ou planejar a cesariana com técnica própria; Planejar do atendimento em UTI materna e neonatal se necessário; Fazer avaliação laboratorial a cada 6-24 horas, dependendo da gravidade do quadro, até a estabilização desse; Manter o uso de anti-hipertensivos e sulfato de magnésio no puerpério; Fazer aconselhamento para gestações futuras.” Febrasgo (2017).

## **Conclusão**

As informações contidas nesse estudo foram desenvolvidas para o melhor auxílio do entendimento das causas, fisiopatologia, possíveis complicações materno-fetais e conduta das pacientes com suspeita da síndrome de HELLP. Sendo inegável que essa síndrome é uma intercorrência grave, geralmente de início súbito e de mau prognóstico, com chances de repetições em gestações posteriores, é necessário que as pacientes sejam orientadas quanto a gravidade da doença, a sua recorrência e a necessidade de iniciar o pré-natal precocemente e da continuidade do mesmo, para minimizar e evitar complicações para a genitora e o bebê. Desse modo, devido à alta morbidade e mortalidade dessa doença é de suma importância a necessidade no aumento das pesquisas visando uma boa conduta e um bom manejo multidisciplinar em todos os casos, para que

haja uma diminuição nas complicações ocasionadas devido à síndrome de HELLP durante a gestação e o parto.

## **Referências**

ZUGAIB, M. (2012). *Obstetrícia*. Manole.

TANWAR, R. S., Agarwal, D., Gupta, R. K., Rathore, V., Beniwal, P., Joshi, P., & Malhotra, V. (2018). Characteristics and outcome of postpartum acute kidney injury requiring dialysis: A single-center experience from North India. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 29(4), 837.

TIMOKHINA E., Kuzmina, T., Strizhakov, A., Pitskhelauri, E., Ignatko, I., & Belousova, V. (2019). Maternal cardiac function after normal delivery, preeclampsia, and eclampsia: a prospective study. *Journal of pregnancy*, 2019

SIBAI, B. M., Ramadan, M. K., Usta, I., Salama, M., Mercer, B. M., & Friedman, S. A. (1993). Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *American journal of obstetrics and gynecology*, 169(4), 1000-1006.

SIBAI, B. M., Taslimi, M. M., El-Nazer, A., Amon, E., Mabie, B. C., & Ryan, G. M. (1986). Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 155(3), 501-507.

FEBRASGO. *Série, Orientações e recomendações: Pré-Eclâmpsia*. 2017.

MEHMET A. Osmanagaoglu, Selen Osmanagaoglu, Hülya Ulusoy, Hasan Bozkaya. (2006). Maternal outcome in HELLP syndrome requiring intensive care management in a Turkish hospital

KJELL HARAM et al. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review

LUCI M.D. et al. Clin Chim Acta. 2015. Revisiting HELLP syndrome

WOUDSTRA D.M. et al. Cochrane Database Syst Rev. 2010. Corticosteroids for HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) syndrome in pregnancy