

SÍNDROME HELLP: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E IMPLICAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO OBSTÉTRICO

KUHN; Kerolyn Ramos¹; SILVA, Dayane Santos²; BALBINO; Indira Barros³;

¹ UNINASSAU - Centro Universitário Maurício de Nassau

Kerolynkuhn3@gmail.com

INTRODUÇÃO: A síndrome de HELLP é uma das formas mais graves das doenças hipertensivas da gestação, associada a elevada morbimortalidade materna e perinatal. Caracteriza-se por hemólise microangiopática, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia, podendo ocorrer isoladamente ou associada à pré-eclâmpsia. Sua incidência varia entre 0,2% e 0,9% das gestações, predominando no terceiro trimestre, embora possa ocorrer em fases mais precoces ou no puerpério. A fisiopatologia é multifatorial, envolvendo disfunção endotelial, ativação da coagulação, formação de microtrombos e participação de mediadores inflamatórios, além de desequilíbrio angiogênico. A ausência de modelo unificado limita terapias específicas, sendo o manejo baseado em suporte clínico e interrupção da gestação. **OBJETIVO:** Realizar revisão bibliográfica sobre a síndrome de HELLP, abordando critérios diagnósticos, fisiopatologia, manifestações clínicas, manejo e desfechos materno-fetais. **MÉTODOS:** Revisão qualitativa com busca sistemática nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, SciELO e LILACS, complementada pelo Google Scholar. Incluíram-se revisões, diretrizes, estudos observacionais, ensaios clínicos e relatos de caso relevantes. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A síndrome apresenta manifestações inespecíficas, como dor epigástrica, náuseas e vômitos, podendo evoluir com sinais hemorrágicos e, em casos graves, convulsões e icterícia. O diagnóstico é laboratorial, baseado na tríade clássica. A hemólise associa-se a aumento de LDH e bilirrubina indireta, esquizócitos e redução de haptoglobina; as alterações hepáticas decorrem de necrose hepatocelular; e a trombocitopenia resulta do consumo plaquetário. Complicações incluem eventos neurológicos e hemorrágicos, com destaque para AVC hemorrágico, além de elevada morbimortalidade. Parâmetros como hemoglobina, LDH e creatinina são marcadores de gravidade. O manejo baseia-se na estabilização materna e decisão do parto. Em gestações ≥ 34 semanas, recomenda-

se interrupção em até 24 horas. Em <34 semanas, pode-se adotar conduta expectante com corticoterapia, quando há estabilidade materno-fetal. **CONCLUSÃO:** A síndrome de HELLP exige diagnóstico precoce e manejo adequado para reduzir riscos. O diagnóstico é desafiador e depende de critérios laboratoriais. O tratamento baseia-se na estabilização materna e interrupção oportuna da gestação. Persistem lacunas quanto a biomarcadores e terapias específicas, reforçando a necessidade de pesquisas e assistência pré-natal qualificada.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia; gravidez de alto risco; trombocitopenia; sulfato de magnésio.