



Abordagem terapêutica da síndrome HELLP

Therapeutic approach to HELLP syndrome

Abordaje terapéutico del síndrome HELLP

Rafaela Almeida Cassaniga¹, Bruna Lima de Almeida Teixeira¹, Carla Resende Vaz Oliveira¹, Bruno Cezario Costa Reis¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as diferentes condutas terapêuticas, relacionadas principalmente ao uso de corticosteroides, a serem tomadas diante de um paciente com síndrome HELLP. **Métodos:** Esta revisão bibliográfica integrativa utilizou o PubMed, o Cochrane e o Science Direct como plataformas eletrônicas de pesquisa, elegendo artigos publicados entre os anos de 2002 e 2021. Os descritores utilizados foram “HELLP syndrome”, “therapy” e “management”. Os critérios de inclusão foram artigos de ensaios clínicos, randomizados ou não randomizados, estudos de caso-controle, estudo de coorte, livre acesso, publicados em inglês, português, espanhol. **Resultados:** Foram selecionados 16 artigos, de um total de 1.340 artigos, inicialmente, identificados. Dos artigos analisados foram descritos o uso de quatro corticosteroides distintos no manejo da síndrome HELLP, sendo os dois mais utilizados a dexametasona e a betametasona e os outros dois, menos utilizados, a prednisolona e a metilprednisolona. **Considerações finais:** Dentre os quatro fármacos disponíveis, sugere-se a dexametasona como a principal droga de escolha para a administração no período pós-parto, uma vez que resulta em maiores benefícios para a recuperação da gestante.

Palavras-chave: Síndrome HELLP, Terapia, Gravidez.

ABSTRACT

Objective: Analyze the different therapeutic approaches, mainly related to the use of corticosteroids, to be taken in the face of a patient with HELLP syndrome. **Methods:** This integrative literature review used PubMed, Cochrane and Science Direct as electronic research platforms, choosing articles published between 2002 and 2021. The descriptors used were “HELLP syndrome”, “therapy” and “management”. Inclusion criteria were articles from clinical trials, randomized or non-randomized, case-control studies, cohort studies, free access, published in English, Portuguese, Spanish. **Results:** 16 articles were selected, out of a total of 1,340 articles initially identified. Of the analyzed articles, the use of four different corticosteroids in the management of HELLP syndrome were described, the two most used being dexamethasone and betamethasone and the other two, less used, prednisolone and methylprednisolone. **Final considerations:** Among the four drugs available, dexamethasone is suggested as the main drug of choice for administration in the postpartum period, since it results in greater benefits for the recovery of the pregnant woman.

Keywords: HELLP Syndrome, Therapy, Pregnancy.

¹ Universidade de Vassouras, Vassouras - RJ.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los diferentes abordajes terapéuticos, principalmente relacionados con el uso de corticoides, a realizar ante un paciente con síndrome HELLP. **Métodos:** esta revisión integrativa de la literatura utilizó PubMed, Cochrane y Science Direct como plataformas electrónicas de investigación, eligiendo artículos publicados entre 2002 y 2021. Los descriptores utilizados fueron "síndrome HELLP", "terapia" y "manejo". Los criterios de inclusión fueron artículos de ensayos clínicos, aleatorizados o no aleatorizados, estudios de casos y controles, estudios de cohortes, acceso libre, publicados en inglés, portugués y español. **Resultados:** Se seleccionaron 16 artículos, de un total de 1.340 artículos inicialmente identificados. De los artículos analizados, se describió el uso de cuatro corticoides diferentes en el manejo del síndrome HELLP, siendo los dos más utilizados dexametasona y betametasona y los otros dos, menos utilizados, prednisolona y metilprednisolona. **Consideraciones finales:** Entre los cuatro fármacos disponibles, la dexametasona se sugiere como el principal fármaco de elección para su administración en el puerperio, ya que redundará en mayores beneficios para la recuperación de la gestante.

Palabras clave: Síndrome HELLP, Terapia, Embarazo.

INTRODUÇÃO

Durante a gestação, as síndromes hipertensivas constituem um dos principais grupos responsáveis pela morbimortalidade materna, representando cerca de um quarto dos casos de morte na América Latina. A hipertensão na gravidez pode apresentar-se de diferentes formas, sendo a A síndrome de Hemólise, Enzimas Hepáticas Elevadas e Plaquetas Baixas (SÍNDROME HELLP), sua variante mais grave. Tal condição foi descrita pela primeira vez em 1982 por Weinstein et al, que deu origem ao acrônimo HELLP, estabelecendo a presença dos seguintes critérios: hemólise (haemolysis), elevação das enzimas hepáticas (elevated liver enzymes) e plaquetopenia (low platelets) (CLARKE DS e NELSON-PIERCY C, 2008; ALMEIDA WS, et al., 2022).

Atualmente a síndrome HELLP é considerada uma manifestação da pré-eclâmpsia severa. A síndrome HELLP possui uma frequência equivalente de 0,5% a 0,9% de todas as gestações, ocorrendo em cerca de 10% a 20% dos casos de pré-eclâmpsia. A etiopatogenia da síndrome HELLP caracteriza-se pela presença de três fatores principais, decorrentes da intensa lesão endotelial promovida pela pré-eclâmpsia: (1) A destruição eritrocitária causada pela lesão endotelial, desenvolvendo uma anemia hemolítica microangiopática. (2) Elevação das enzimas hepáticas, a qual resulta majoritariamente da injúria causada ao fígado, por congestão e depósito de fibrina nos hepatócitos. (3) Trombocitopenia que pode ocorrer devido ao consumo plaquetário exacerbado, gerado pela maior demanda frente à lesão endotelial (WEINSTEIN L, 1982; MARTIN JN e MORRIS RF, 2019).

Embora possa se manifestar de diferentes maneiras, a síndrome HELLP costuma ter seu quadro instalado rapidamente. A sintomatologia da paciente deve ser avaliada de forma criteriosa, sendo as queixas mais prevalentes a dor epigástrica e/ou no quadrante superior direito do abdome, náuseas e vômitos. Mal-estar, cefaleia e sintomas visuais, como escotomas cintilantes, também podem estar presentes (FITZPATRICK KE, et al., 2014; COELHO LMC e SIQUEIRA ECD, 2022).

O diagnóstico da síndrome HELLP se dá pela presença da tríade laboratorial anteriormente descrita. A hemólise é identificada pela presença de hemácias anômalas (esquizócitos/equinócitos) no esfregaço sanguíneo periférico, níveis séricos de desidrogenase láctica (DHL) maior ou igual a 600 U/L ou bilirrubinas totais maiores que 1,2 mg/dL; a elevação das enzimas hepáticas pelo aumento de transaminases (ALT/AST) maior ou igual a 70 UI/L; e a plaquetopenia por níveis plaquetários menores ou iguais a 150.000 plaquetas/mm³. Os níveis plaquetários podem ainda, determinar a gravidade da síndrome HELLP, classificando-a em três classes distintas: classe 1 (\leq 50.000 plaquetas/mm³), classe 2 (\leq 100.000 plaquetas/mm³) ou classe 3 (\leq 150.000 plaquetas/mm³) (HARAM K, et al., 2009; MAGED AM, et al., 2018).

A síndrome HELLP está associada ao comprometimento de órgãos-alvo específicos, sendo a ruptura hepática uma das complicações mais temidas, podendo afetar até 1% das gestantes. Além disso, as principais complicações maternas descritas são: coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda, edema pulmonar, hemorragia cerebral e óbito. Complicações perinatais também podem ocorrer, como parto prematuro, trombocitopenia neonatal, restrição do crescimento intrauterino e morte. Uma vez que síndrome HELLP pode evoluir muito rapidamente, podendo resultar tanto no óbito materno quanto fetal, se faz necessário a realização de um diagnóstico precoce, seguido de uma abordagem terapêutica apropriada (MARIA L, et al., 2015; STONE JH, 1998; IOST ARJ, et al., 2022).

Dentre os distúrbios hipertensivos durante a gestação, a síndrome HELLP determina o que possui os maiores índices de mortalidade e morbidade materna e perinatal. A presença de hipertensão arterial e desordens hipertensivas durante a gestação destacam-se como fatores de risco significativos para o desenvolvimento de síndrome HELLP. Além disso, são considerados fatores que favorecem o seu desenvolvimento, idade materna maior que 35 anos, mulheres de etnia negra, nulíparas e a presença de disfunção renal de base (BARNHART L, 2015; OZER A e SERDAR MK, 2009).

A abordagem terapêutica diante de uma gestante com síndrome HELLP ainda gera muitas dúvidas no meio médico. Em geral, todas as pacientes são submetidas a profilaxia da pré-eclâmpsia com uso de sulfato de magnésio e a terapia anti-hipertensiva para o controle da pressão arterial (PA). O principal questionamento sobre o manejo dessa doença gira em torno da administração de corticosteroides para o controle materno e os benefícios gerados durante a gestação (SOUZA R, et al., 2009; YILDIRIM G, et al., 2012).

De tal maneira, o objetivo desse estudo foi analisar as diferentes condutas terapêuticas, relacionadas principalmente ao uso de corticosteroides, a serem tomadas diante de um paciente com síndrome HELLP.

MÉTODOS

O presente artigo foi elaborado com base nas especificações do modelo de Revisão Integrativa, sendo realizadas pesquisas a partir das seguintes plataformas eletrônicas *National Library of Medicine* (PubMed), Cochrane Library e Science Direct (SD).

As palavras-chave utilizadas foram “HELLP syndrome”, “therapy” e “management” além do operador booleano “and”. Os autores citados utilizaram apenas o idioma inglês e foram encontrados nos Descritores de Ciências Médicas (DeCS).

Foram pesquisados artigos originais, utilizando como base de pesquisa a associação dos três descritores. Considerou-se o filtro de Ensaio Clínico Randomizado, Estudos Clínicos, Ensaio Clínico fase I, II e III e Artigos de Revista. Limitaram-se artigos presentes entre o período de 2002 a 2021.

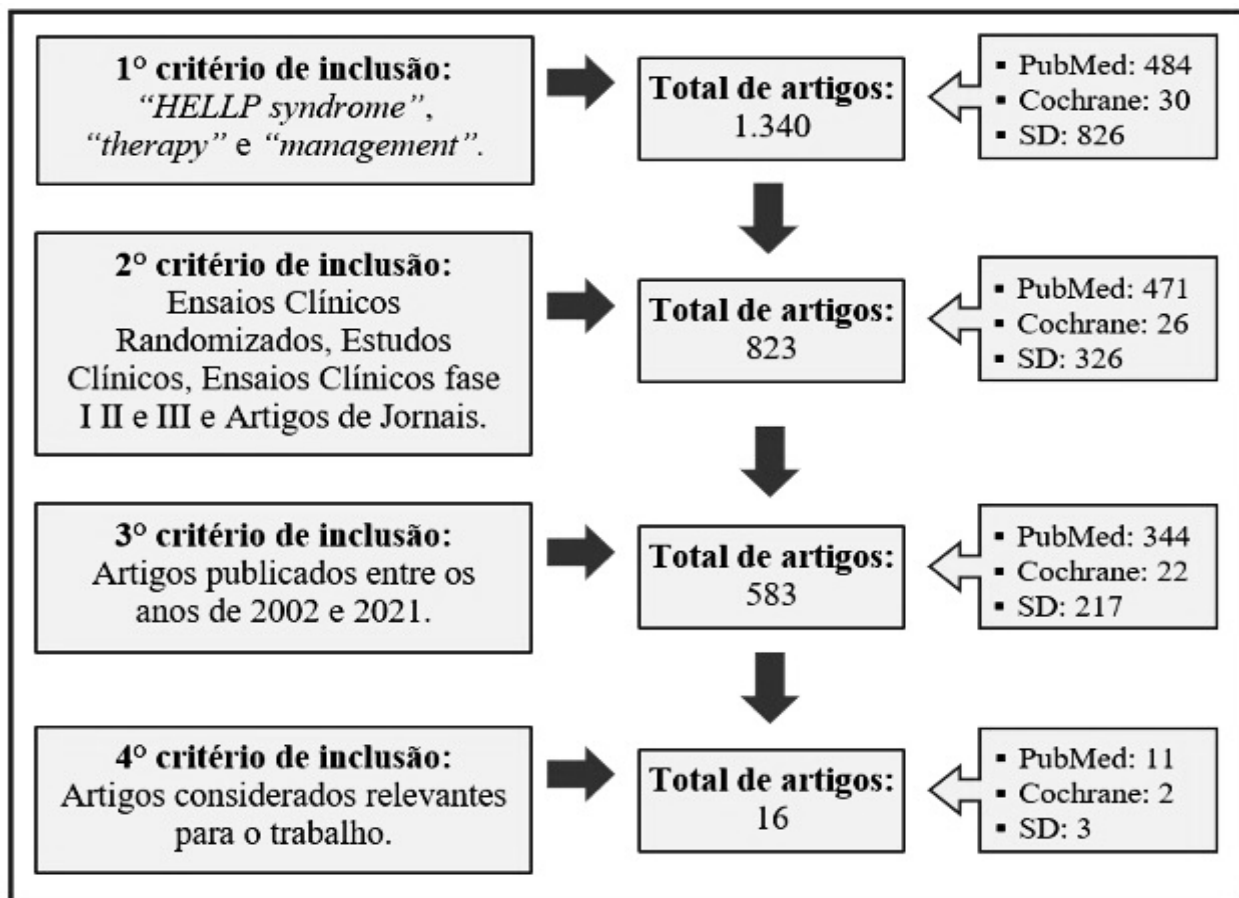
Selecionou-se dentre eles os artigos a serem analisados. Os critérios de exclusão incluem revisões de literatura, resumos e metanálises. Todos os artigos que foram duplicados após serem selecionados com base nos critérios de inclusão foram removidos. Os demais artigos não foram incluídos por não se enquadrarem no contexto do tema.

RESULTADOS

Foram encontrados um total de 1.340 artigos originais utilizando como base de pesquisa a associação dos três descritores. Por fim, encontrou-se um total de 583 artigos a serem analisados. Após a seleção 16 artigos foram selecionados para compor esta revisão integrativa. Conforme apresentado na **Figura 1**.

Dos artigos selecionados foram descritos o uso de quatro corticosteroides distintos na abordagem da síndrome HELLP, sendo os dois mais prevalentes a dexametasona e a betametasona e os outros dois a prednisolona e a metilprednisolona. Conforme apresentado no **Quadro 1**.

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos selecionados nas bases de dados PubMed, Cochrane Library e Science Direct.



Fonte: Cassaniga RA, et al., 2023.

Sete artigos relacionam à administração de dexametasona durante a síndrome HELLP e demonstraram aumento significativo da contagem plaquetária e redução da hemólise.

Quando administrada em altas doses, as gestantes apresentaram recuperação significativamente mais rápida dos valores laboratoriais, evoluindo com aumento dos níveis plaquetários e redução das concentrações de transaminases e LDH.

Ainda sobre o uso da dexametasona, cinco artigos abordam sua administração durante o período pós-natal que evidenciaram uma recuperação significativamente mais rápida dos níveis plaquetários durante o 2º e 3º dias, assim como uma redução na necessidade da administração de hemoderivados.

Em relação à betametasona, quatro artigos mostraram que promove redução significativa da pressão arterial diastólica e do número de complicações hematológicas, assim como da necessidade de hemotransfusão.

Adentrando nos corticosteroides menos abordados, tanto a prednisolona quanto a metilprednisolonas já foram utilizadas, como demonstram dois artigos. O primeiro evidenciou que o uso de prednisolona resultou em exacerbações menores e menos complicações da síndrome HELLP, assim como melhora significativamente mais rápida da contagem plaquetária.

Entretanto não alterou a necessidade da realização de tratamentos anti-hipertensivos e/ou hemotransfusão, nem valores laboratoriais de transaminases e LDH. O segundo demonstrou a efetividade da administração de metilprednisolona, que resultou apenas em aumento significativo no tempo de uso de plasma. O uso de Metilprednisolona não alterou os níveis de gravidade da doença.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos conforme ano de publicação e os resultados dos respectivos estudos.

Autor	Resultados
Ozer A e Serdar MK (2009)	O uso de betametasona não alterou a contagem de plaquetas, transaminases e LDH. Os pacientes apresentaram redução significativa da PAD, diminuição do número de complicações hematológicas e reduziu a necessidade de hemotransfusão.
Runnard PJV, et al. (2006)	Pacientes que fizeram o uso de prednisolona apresentaram menos complicações da síndrome HELLP, apresentaram exacerbações menores no período pré-parto, e o uso não alterou a necessidade da realização de tratamentos anti-hipertensivos e/ou hemotransfusão. Além disso, promoveu melhora significativamente mais rápida da contagem plaquetária e não alterou os valores de transaminases e LDH.
Nunes F, et al., (2004)	As pacientes que foram submetidas à altas doses de dexametasona apresentaram melhora significativa do sintoma de epigastralgia, e as gestantes submetidas à altas doses apresentaram recuperação significativamente mais rápida dos valores laboratoriais, evoluindo com aumento dos níveis plaquetário e redução das concentrações de transaminases e LDH, além disso, a utilização de anestesia locorregional foi superior nas gestantes submetidas à altas doses de dexametasona.
Osmanagaoglu MA, et al. (2006)	AVEH foi a complicação mais frequente e todas as pacientes realizaram hemotransfusão para a correção dos parâmetros hematimétricos, da volemia e da coagulopatia.
Shahzad N, et al. (2017)	O uso de dexametasona promoveu redução da PAM superior à da betametasona, e os pacientes que usaram a dexametasona necessitaram de menos tratamentos anti-hipertensivos, do que aquelas submetidas ao uso de betametasona. O uso de dexametasona reduziu a necessidade de readmissão na sala obstétrica.
Takahashi A, et al. (2018)	O uso de dexametasona promoveu uma recuperação significativamente mais rápida dos níveis plaquetários durante o 2° e 3° dias pós-parto, não alterou as concentrações de LDH e de bilirrubinas e não alterou os níveis de complicações pós-parto.
Fonseca JE, et al. (2019)	O uso de dexametasona não evidenciou diferenças significativas relacionada a mortalidade materna, reduziu os níveis de morbidade materna associada à cesariana, reduziu significativamente mais precoce dos valores de LDH e reduziu a administração de hemoderivados.
Maged AM, et al. (2018)	Pacientes que receberam dexametasona durante 72h pós-parto, apresentaram após esse período um acréscimo significativamente maior na contagem plaquetária (88.408 plaquetas/mm ³), e as que não receberam apresentaram, no terceiro dia pós-parto, 27.448 plaquetas/mm ³ .
Maged AM, et al. (2018)	Gestantes com quadro de eclâmpsia associado a síndrome HELLP apresentaram maior necessidade de transfusão do que aquelas somente com HELLP (84,3% e 42,5%, respectivamente). Além disso, as gestantes com síndrome HELLP apresentaram os maiores índices de edema pulmonar e de complicações múltiplas. As gestantes com eclâmpsia apresentaram as maiores taxas de cesariana e as gestantes com síndrome HELLP apresentaram as maiores taxas de parto vaginal. Foi evidenciado que pacientes com síndrome HELLP apresentam risco de morbimortalidade mais elevado, independente da presença de eclâmpsia associada ou não.

Autor	Resultados
Cavaignac-Vitalis M, et al. (2017)	Gestantes submetidas à terapia conservadora obtiveram taxas inferiores de hemorragia, ascite e derrames pleurais, já as submetidas à terapia conservadora ficaram internadas 3,3 dias a menos do que aquelas submetidas à conduta obstétrica ativa. Neonatos submetidos a terapia conservadora desenvolveram menos enterocolite necrotizante, sepse e síndrome do desconforto respiratório com redução significativa da necessidade de suportes ventilatórios nos RN submetidos à terapia conservadora.
Fitzpatrick KE, et al. (2014)	A idade > 35 anos, mulheres negras e nulíparas possuem chances significativamente maiores de desenvolverem síndrome HELLP. Outros fatores como HAS e desordens hipertensivas gestacionais foram fatores de risco significativos e a presença de disfunção renal de base apresentou relação significativa com o desenvolvimento de síndrome HELLP.
Katz L, et al. (2013)	O uso de dexametasona reduziu os índices de mortalidade materna, promoveu aumento na contagem plaquetária e nos níveis de hemoglobina, e redução de transaminases, bilirrubinas e LDH. O uso diminuiu não só o número mas também a frequência de complicações maternas e o tempo de internação hospitalar no período pós-natal.
Kang S, et al. (2018)	As pacientes submetidas a metilprednisolona apresentaram aumento significativo no tempo de uso de plasma, e o uso não alterou os níveis de gravidade da doença, não alterou os níveis séricos de LDH, plaquetas e transaminases, assim como o tempo de recuperação.
Wallace K, et al. (2013)	O uso de dexametasona evidenciou redução significativa da hemólise, aumento significativo da contagem plaquetária, nos exames realizados 12 e 24 horas após o início da sua administração. Após a administração observou-se redução significativa da concentração de hematócrito e transaminases. 24 horas após o uso houve elevação na concentração de ácido úrico e desencadeou um decréscimo significativo do Fator anti-angiogênico e citocinas inflamatórias, como IL-6 e TNF-alfa.
Astudillo R, et al. (2013)	A implementação de conduta expectante não alterou o tempo de gestação e o período de internação das gestantes, independente de apresentarem ou não comorbidades associadas. A conduta expectante não teve influência sobre os resultados perinatais apresentados. A implementação da conduta expectante promoveu redução dos índices de fetos apresentando Doppler anormal da artéria cerebral média.
O'Brien JM, et al. (2002)	Um terço das pacientes submetidas à corticoterapia apresentaram aumento na contagem plaquetária, variando de 9.000 a 149.000 / mm ³ após a terapia (p = 0,019). Mulheres que apresentaram contagem plaquetária > 90.000 plaquetas/mm ³ no momento da admissão hospitalar, evidenciaram índices significativamente maiores de anestesia locorregional (p = 0,05). 70% das mulheres que apresentaram contagem plaquetária < 90.000 plaquetas/mm ³ foram submetidas à corticoterapia, das quais 40% realizaram anestesia locorregional, diferentemente das mulheres que não foram tratadas, das quais nenhuma realizou anestesia locorregional (p = 0,015). 100% apresentaram contagem plaquetária < 90.000 plaquetas/mm ³ e que não foram tratadas com corticoides necessitaram ser submetidas à anestesia geral durante a cesariana, enquanto apenas 46% dessas mulheres que foram submetidas à corticoterapia necessitaram de anestesia geral (p = 0,019).

Fonte: Cassaniga RA, et al., 2023.

DISCUSSÃO

O quadro clínico da síndrome inclui náuseas, mal-estar e dor epigástrica no quadrante superior direito. As formas leves, porém, poderiam passar despercebidas. Por isso, aconselha-se que gestantes com pré-eclâmpsia realizem exames laboratoriais para triagem da síndrome HELLP a fim de diminuir a morbidade materna e fetal. Desta forma, o curso do tratamento inclui a estabilização da maternidade e o parto quando apropriado (COELHO LMC e SIQUEIRA ECD, 2022). Devido aos riscos potenciais que podem prejudicar tanto a mãe quanto o recém-nascido, esta situação se qualifica como uma emergência que requer atenção médica imediata. Isso é verdade mesmo que haja apenas uma possibilidade remota de que exista. Embora existam métodos confiáveis para o diagnóstico desta síndrome, ainda não existe um regime farmacoterapêutico específico que possa dar conta do seu tratamento. Existem, no entanto, várias formas de abordagem, desde uma abordagem conservadora a cirúrgica, dependendo da avaliação do médico sobre o estado clínico da mãe e do feto. Isso porque, teoricamente, a forma final de tratamento é o parto com retirada da placenta, colocando um fim com a patogênese da doença (MACEDO MBB, et al., 2022).

Em primeiro lugar, é fundamental levar em consideração ações terapêuticas como administrar fluidos e eletrólitos, prevenir convulsões com sulfato de magnésio e controlar as pressões (a pressão arterial precisa ser reduzida para evitar complicações para gestantes, bem como riscos potenciais de descolamento da placenta ou alterações de perfusão). Uma opção de medicamento para uso no tratamento da síndrome é o ácido tranexâmico. Um fator de risco importante para o desenvolvimento de hemorragias perinatais em pacientes com qualquer tipo de coagulopatia, que por si só se correlaciona com níveis elevados de fibrina hepática, é que essas hemorragias estão ligadas a aumentos de até 300% nos níveis de hemoglobina (ALMEIDA WS, et al., 2021).

Como a maioria dos parâmetros laboratoriais relacionados a essa síndrome tende a melhorar após o uso, a atividade antifibrinolítica dessa medicação é superior à de outras medicações similares em termos de redução da perda sanguínea, e seu uso pode ajudar a evolução dessa doença de forma menos desfavoravelmente (WALLACE K, et al., 2013). O tratamento inicial da síndrome HELLP se assemelha muito ao da forma grave da pré-eclâmpsia, sendo mandatória a estabilização da PA, realizada preferencialmente através de fármacos que possuam ação imediata, como a hidralazina e/ou a nifedipina, a profilaxia de convulsões com sulfato de magnésio EV e a avaliação da vitalidade fetal (RUNNARD PJV, et al., 2006; SHAHZAD N, et al., 2017).

O parto é o único tratamento eficaz para a síndrome HELLP. O uso de corticoide antenatal é feito para garantir que haja maturação pulmonar fetal e, conseqüentemente, manter a gravidez por até 34 semanas, ou até que a mãe ou o bebê indiquem que é hora do nascimento, se houver estabilidade materno-feta, para prolongar os dias gestacionais e melhorar o prognóstico neonatal, pois o peso ao nascer do bebê é maior quanto maior a idade gestacional (ASTUDILLO R, et al., 2013). Após a realização da conduta supracitada, a abordagem terapêutica a ser assumida diante de uma gestante com síndrome HELLP se baseia de acordo com a idade gestacional apresentada pela paciente, podendo ser dividida em três momentos distintos. (1) Antes de 24 semanas de gestação. (2) Entre 24 e 34 semanas de gestação. (3) Após 34 semanas de gestação (NUNES F, et al., 2004; TAKAHASHI A, et al., 2018).

O parto é o único tratamento eficaz para a síndrome HELLP. O uso de corticoide antenatal é feito para garantir que haja maturação pulmonar fetal e, conseqüentemente, manter a gravidez por até 34 semanas, ou até que a mãe ou o bebê indiquem que é hora do nascimento, se houver estabilidade materno-fetal, para prolongar os dias gestacionais e melhorar o prognóstico neonatal, pois o peso ao nascer do bebê é maior quanto maior a idade gestacional (COELHO LMC e SIQUEIRA EC, 2022). Antes de 24 semanas de gestação a taxa de mortalidade chega a níveis muito elevados, sendo o tratamento mais recomendado a interrupção da gestação, devido a inviabilidade fetal (OSMANAGAOGLU MA, et al., 2006; FONSECA JE, et al., 2019). Entre 24 e 34 semanas de gestação, se a paciente se apresentar estável é recomendada a administração de corticosteróides por um período de dois a três dias antes da realização do parto, a fim de promover uma maturação pulmonar fetal mais acelerada e uma melhor recuperação materna durante o período puerperal. Os corticosteróides que podem ser utilizados como terapia conservadora nesse período são a dexametasona,

a betametasona, a prednisolona e a metilprednisolona (MAGED AM, et al., 2018). O uso de betametasona promove redução significativa da PAD e do número de complicações hematológicas, assim como a necessidade de hemotransfusão (CAVAIGNAC-VITALIS M, et al., 2017; KATZ L, et al., 2013; KANG S, et al., 2018). A administração de prednisolona (50mg IV) nas gestantes com menos de 30 semanas, reduziu o número de complicações e promoveu menores exacerbações no período pré-parto da síndrome HELLP. Além disso seu uso condicionou a uma melhora significativamente mais rápida da contagem plaquetária (IOST ARJ, et al., 2022). Um estudo realizado na Bolívia demonstrou um acréscimo de 40.000 plaquetas/mm³ após o uso de dexametasona IV (8mg de 8/8h por 72h) durante 3 dias no período pós-parto. Resultado significativamente maior do que nas pacientes que não receberam corticoide (CAVAIGNAC-VITALIS M, et al., 2017). Em mulheres com síndrome HELLP classe 1, a administração de altas doses de dexametasona (IV) no período pós-parto evidenciou apenas uma recuperação significativamente mais rápida dos níveis plaquetários durante o 2° e 3° dias (KANG S, et al., 2018).

O uso de Dexametasona é discutível. Um estudo mostrou que, apesar da capacidade desse medicamento de melhorar quase todos os resultados dos exames laboratoriais examinados (como aumentar o volume da placa e reduzir as transaminases), o que ajudou a retardar a progressão e a gravidade da síndrome HELLP, ele não alterou as complicações e déficits associados à morbidade materna, que foram semelhantes tanto nas pacientes que receberam dexametasona quanto nas que não receberam. Da mesma forma, foi demonstrado que o uso de altas dosagens de dexametasona endovenosa antes do parto não alterou as complicações ou os tecidos inviabilizados, cabendo ao médico responsável a decisão de utilizá-la ou não no tratamento (SHAHZAD N, et al., 2017).

Os benefícios da terapia conservadora também se manifestou nos neonatos, que desenvolveram enterocolite necrotizante, sepse e síndrome do desconforto respiratório em números reduzidos, além de apresentar redução significativa da necessidade de suportes ventilatórios nos RN (MARTIN JN e MORRIS RF, 2019; O'BRIEN JM, et al., 2002). Após 28 semanas de gestação a abordagem terapêutica indicada na síndrome HELLP é a realização do parto, visto que o feto apresenta um grau aceitável de maturidade (FONSECA JE, et al., 2019). O uso de corticosteróides também pode ser realizado no manejo da síndrome HELLP durante o período pós-parto. Nesse momento, a dexametasona deve ser o corticoide de escolha a ser utilizado, uma vez que promove resultados superiores aos gerados pelo uso de betametasona, como: redução significativa dos índices de PAM, levando a uma menor necessidade de realizar tratamentos anti-hipertensivos, além de diminuir a necessidade de readmissão na sala obstétrica (ALMEIDA WS, et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome HELLP é uma doença hipertensiva que se desenvolve durante o período gestacional. O tratamento definitivo desta síndrome se dá a partir de conduta obstétrica. Entretanto caso a paciente se apresente estável, abordagem expectante pode ser realizada através da administração de corticosteroides. Dentre os quatro fármacos disponíveis, sugere-se a dexametasona como a principal droga de escolha para a administração no período pós-parto, uma vez que resulta em maiores benefícios para a recuperação da gestante. Apesar de apresentarem benefícios já descritos, o uso de tais medicamentos ainda se faz controverso, devendo ser realizado de forma individualizada de acordo com a idade gestacional da paciente e viabilidade fetal.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA WS, et al. Avaliação dos resultados neonatais e fatores associados em gestantes com pré-eclâmpsia grave: uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(2): e5799.
2. ASTUDILLO R, et al. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health Expectant management in pregnant women with early and severe preeclampsia and concomitant risk factors. *Pregnancy Hypertens An Int J Women's Cardiovasc Heal*, 2013; 3(4): 235–41.
3. BARNHART L. HELLP Syndrome and the Effects on the Neonate. *Neo Network*, 2015; 34(5): 269–73.
4. CAVAIGNAC-VITALIS M, et al. Conservative versus active management in HELLP syndrome: results from a cohort study. *ST AC*, 2017; 7058.

5. CLARKE DS e NELSON-PIERCY C. Pre-eclampsia and HELLP syndrome. *Anaesth Intensive Care Med*, 2008; 9(3): 110–4.
6. COELHO LMC e SIQUEIRA EC. Distúrbios hipertensivos na gravidez: pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(8): e10681.
7. FITZPATRICK KE, et al. Risk Factors, Management, and Outcomes of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets Syndrome and Elevated Liver Enzymes, Low Platelets Syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, 2014; 123(3): 618–27.
8. FONSECA JE, et al. Dexamethasone for the treatment of class I HELLP syndrome: A double-blind, placebo-controlled, multicenter, randomized clinical trial. *Pregnancy Hypertens*, 2019; 17: 158–64.
9. HARAM K, et al. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2009; 9(8): 1–15.
10. IOST ARJ, et al. Biomarcadores e pré-eclâmpsia: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 2022; 11: e10389.
11. KANG S, et al. Effectiveness of high-dose glucocorticoids on hemolysis, elevating liver enzymes, and reducing platelets syndrome. *Journal of International Medical Research*, 2018; 0(0): 1-10.
12. KATZ L, et al. COHELLP: collaborative randomized controlled trial on corticosteroids in HELLP syndrome. *Reproductive Health Journal*, 2013; 10(28): 1–6.
13. MACEDO MBB, et al. Síndrome de HELLP: parâmetros diagnósticos e tratamento oportuno. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 2022; 19: e11122.
14. MAGED AM, et al. Maternal, fetal and neonatal outcome among different types of hypertensive disorders associating pregnancy needing intensive care management. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2018; 7058.
15. MAGED AM, et al. Maternal, fetal and neonatal outcome among different types of hypertensive disorders associating pregnancy needing intensive care management. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2018; 7058.
16. MARIA L, et al. Revisiting HELLP syndrome. *Clin Chim Acta*, 2015; 451: 117–20.
17. MARTIN JN e MORRIS RF. Preeclampsia-Spectrum Hypertensive Disorders of Pregnancy: Gestational Hypertension, Preeclampsia, Eclampsia, Chronic Hypertension, and HELLP Syndrome. In: *Sex Differences in Cardiovascular Physiology and Pathophysiology*. Elsevier Inc, 2019; 121–36.
18. NUNES F, et al. CORTICOTERAPIA NA SÍNDROME DE HELLP (Hemólise, Enzimas Hepáticos Elevados e Trombocitopenia). *Acta Med Port*, 2004; 177–82.
19. O'BRIEN JM, et al. Maternal benefit of corticosteroid therapy in patients with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) syndrome: impact on the rate of regional anesthesia. *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 186(3): 475-479.
20. OSMANAGAOLU MA, et al. Maternal outcome in HELLP syndrome requiring intensive care management in a Turkish hospital. *Sao Paulo Med J*, 2006; 124(2): 85–9.
21. OZER A e SERDAR MK. The effects of betamethasone treatment on clinical and laboratory features of pregnant women with HELLP syndrome. *Arch Gynecol Obstet.*, 2009; 65–70.
22. RUNNARD PJV, et al. A randomised placebo-controlled trial of prolonged prednisolone administration to patients with HELLP syndrome remote from term. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2006; 128: 187–93.
23. SHAHZAD N, et al. Comparison of dexamethasone versus betamethasone for the management of females with HELLP syndrome. *Pakistan J Med Heal Sci*, 2017; 11(2): 593–7.
24. SOUZA R, et al. Diagnóstico e conduta na Síndrome HELLP. *Rev Med Minas Gerais*, 2009; 19: 30–3.
25. STONE JH. Hospital HELLP Syndrome: Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets. *JAMA*, 1998; 280(6): 559–62.
26. TAKAHASHI A, et al. Effects of high-dose dexamethasone in postpartum women with class 1 haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (HELLP) syndrome. *J Obstet Gynae (Lahore)*, 2018; 0(0): 1–5.
27. WALLACE K, et al. Seeking the mechanism (s) of action for corticosteroids in HELLP syndrome: SMASH study. *YMOB*, 2013; 208(5): 380.e1-380.e8.
28. WEINSTEIN L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1982; 142(2): 159–67.
29. YILDIRIM G, et al. HELLP Syndrome: 8 Years of Experience from a Tertiary Referral Center in Western Turkey. *Hypertens Pregnancy*, 2012; 31(3): 316–26.