

## Placenta percreta com invasão de bexiga: um relato de caso

### *Percreta placenta with bladder invasion: a case report*

Sarah Larissa Reis Fernandes<sup>1</sup>, Isadora Carolina Calaça de Lima<sup>1</sup>, Déborah Aline Alves Moreira<sup>2</sup>, Mariana Silva Lobo<sup>2</sup>, Heloisa Silva Guerra<sup>1</sup>

#### RESUMO

O acretismo placentário consiste na aderência anormal da placenta na parede uterina. Ao aderir-se diretamente ao miométrio, denomina-se placenta acreta; ao estender-se mais profundamente, placenta increta, e ao invadir a serosa uterina ou órgãos adjacentes, percreta. O fator de risco mais frequente constitui cesarianas anteriores. Paciente 27 anos, G3P1CA1 (cesariana há 8 anos/ parto prematuro 25 sem há 4 anos), IG: 25sem3d; com alteração da vitalidade fetal e placenta prévia com sinais de acretismo (sugerindo placenta percreta). Foi indicada a interrupção da gestação com 27 semanas e 1 dia. No período intraoperatório foi evidenciada, por meio de ultrassom, presença de acretismo placentário com invasão miometrial e invasão de serosa vesical sendo posteriormente realizado a histerectomia subtotal e rafia das lacerações da mucosa vesical. A placenta percreta é mais frequente em grávidas com placenta prévia no local da cicatriz de cesariana e o órgão mais frequentemente acometido é a bexiga; estando associada a maior morbimortalidade materna. O diagnóstico definitivo é anatomopatológico, porém é presumível durante a cirurgia abdominal com a visualização da invasão placentária, devendo ser confirmado por Histopatologia.

**Palavras-chave:** Acretismo. bexiga urinária. complicações na gravidez. Histerectomia. doenças placentárias

<sup>1</sup> Universidade de Rio Verde  
- Faculdade de Medicina.  
Aparecida de Goiânia, Goiás.  
Brasil

<sup>2</sup> Hospital Materno-Infantil–  
Medicina Goiânia, Goiás. Brasil

#### Instituição:

Universidade de Rio Verde  
- Faculdade de Medicina.  
Endereço: Av das Palmeiras  
chácara 24 Jardim dos Buritis  
Aparecida de Goiânia, Rio  
Verde, Goiás. Brasil. CEP  
75901-970.

#### \* Autor Correspondente:

Heloisa Silva Guerra  
E-mail: heloisasguerra@gmail.com

Recebido em: 25/08/2020.

Aprovado em: 27/09/2020.

## ABSTRACT

Placental accretism consists of abnormal placental adherence to the uterine wall. When adhering directly to the myometrium it is called placenta accreta; when extending more deeply, placenta increta; and when invading the uterine serosa or adjacent organs, percreta. The most frequent risk factor is previous cesarean sections. The patient is 27 years old with altered fetal vitality and placenta previa with signs of accretion (suggesting percreta placenta). Pregnancy termination at 27 weeks and one day was indicated. In the intraoperative period, the presence of placental accretion with myometrial invasion and bladder serous invasion was evidenced by ultrasound, with subtotal hysterectomy and raffia of lacerations of the bladder afterwards. The percreta placenta is more frequent in pregnant women with placenta previa at the site of the scar of a cesarean section and the organ most frequently affected is the bladder; being associated with higher maternal morbidity and mortality. The definitive diagnosis is anatomopathological, but it is presumed during abdominal surgery with the visualization of the placental invasion and must be confirmed by Histopathology.

**Keywords:** Accretism. urinary bladder. pregnancy complications. Hysterectomy. placenta diseases.

## INTRODUÇÃO

A placenta prévia constitui uma das causas de sangramento no terceiro trimestre da gestação. Em condições fisiológicas, ocorre a invasão do trofoblasto no endométrio até a decídua basal. No entanto, caso ocorra a penetração, resulta em acretismo placentário, sendo mais frequente em grávidas com cesarianas anteriores.<sup>1,2,3</sup> Este caracteriza-se por uma invasão excessiva do trofoblasto no miométrio e a placenta pode aderir-se diretamente ao miométrio (placenta accreta); estender-se mais profundamente no miométrio (placenta increta) ou invadir a serosa uterina e mesmo órgãos adjacentes (placenta percreta). Embora rara, a placenta percreta (PP) que envolve a bexiga ou vasos pélvicos, é potencialmente uma doença que apresenta elevada mortalidade materna (9,5%) e perinatal (24%).<sup>4</sup>

A maioria dos casos se apresenta de forma assintomática, mas deve-se suspeitar sempre que fatores de risco estão presentes, pois não há relatos de uma síndrome clínica característica. O diagnóstico durante o pré-natal é um desafio para os profissionais uma vez que, durante a ultrassonografia, os sinais de acretismo são discretos e complexos de serem visualizados, adiando o diagnóstico que é feito durante o parto.<sup>5</sup>

As altas taxas de cesariana resultaram em um aumento na incidência de placenta aderida diagnosticada no período pré-natal ou no momento do parto, resultando em aumento da morbimortalidade materna e perinatal devido ao aumento do risco de hemorragia, lesão em órgãos viscerais, histerectomia e parto prematuro.<sup>6</sup> Quando existe uma suspeita pré-natal de acretismo placentário a gestante deverá ser informada das vantagens e desvantagens das várias abordagens terapêuticas, como a histerectomia periparto, a

resseção local com reconstrução uterina, e a laqueação do cordão umbilical deixando a placenta *in situ*.<sup>7</sup>

Neste relato objetivou-se descrever a evolução e desfechos de uma paciente admitida com acretismo placentário.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente D.M.L, 27 anos, G3P1CA1 (cesariana há 8 anos/ parto prematuro 25 sem há 4 anos), IG: 25sem3d (submetida a cerclagem uterina com 16sem), admitida em hospital de referência materno-infantil no município de Goiânia no dia 16/05/18 com queixa de perda de líquido amniótico (LA) claro no dia 11/05/18, sem outros sinais e sintomas associados (negava febre, alterações urinárias, leucorreia, sangramento) e ultrassom (US) obstétrico evidenciando placenta prévia marginal. Ao exame físico: bom estado geral, acianótica, anictérica, corada, hidratada e eupneica, Frequência Cardíaca (FC): 92bpm, Pressão Arterial (PA): 100x60 mmHg; Abdome: Altura de Fundo Uterino (AFU): 24cm, Batimento Cardiofetal (BCF): 150bpm, Movimentos Fetais (MF): não presenciado, Dinâmica Uterina (DU): ausente; Exame especular: visualizado líquido amniótico purulento em grande quantidade, sendo identificado fio de cerclagem; Toque: colo grosso, 50% apagado, pêrvio 1-2 cm, presença do fio de cerclagem.

A partir do exposto foi aventada hipótese diagnóstica de Rotura Prematura de Membranas Oculares (RPMO), corioamnionite e placenta prévia marginal. A conduta foi internação para maturação pulmonar, retirada de fio de cerclagem, antibioticoterapia, exames laboratoriais (para rastreamento infeccioso) e US obstétrico (para avaliação da vitalidade fetal e avaliação placentária).

A paciente evoluiu sem queixas sendo realizado novo exame especular que evidenciou secreção vaginal fisiológica, sem odor fétido e novo US obstétrico que demonstrou: feto cefálico, Peso Fetal Estimado (PFE): 785g, oligoâmnio, placenta anterior prévia centro-total com sinais de acretismo placentário e sinais de possível invasão vesical: vascularização aumentada na interface entre serosa uterina e bexiga; presença de múltiplas lacunas placentárias de aspecto irregular, além de obliteração do espaço entre útero e placenta. Biometria 26sem5d; e exames laboratoriais Hemograma (HMG): Hemoglobina (Hb):10,1, Hematócrito (Ht): 32,2%, Leucócitos: 12100, Mieloblastos 2%, Plaquetas: 199000, Proteína C Reativa (PCR) 48, Urocultura negativa. Diante do exposto, optou-se por suspensão da antibioticoterapia com conduta expectante e avaliação fetal e materna diários, além de solicitação de Ressonância Nuclear Magnética (RNM) para confirmação de acretismo placentário.

No terceiro dia após a admissão, paciente alegava perda contínua de LA, negava metrossístoles e afirma dificuldade para evacuar e diminuição de MF. Paciente foi reavaliada: BCF 144bpm, MF, Temperatura axilar (Tax): 37,3°C; exame especular: líquido amniótico claro com odor característico. Foram solicitados novos exames para rastreio infeccioso, curva de temperatura e US para avaliação da vitalidade fetal. Foi realizado US obstétrico que demonstrou: feto cefálico peso: 803g, anidramnia e sinais de placenta percreta com invasão vesical: bexiga de paredes irregulares à **ultrassonografia sugestivos** de invasão trofoblástica de parede vesical. Solicitado doppler obstétrico e transferência da paciente para o Hospital das Clínicas (HC), aguardando RNM para confirmação da hipótese diagnóstica. Paciente realizou doppler obstétrico que evidenciou: centralização fetal com ducto venoso com onda "A" positiva. Conduta: doppler obstétrico diário.

Paciente evoluiu sem outras queixas sendo mantida conduta expectante com controle de RPMO a partir do rastreio infeccioso a cada 3 dias e avaliação da vitalidade fetal diária (doppler obstétrico). No 12º dia, IG: 27sem1d, foram solicitados exames de rotina para RPMO e novo doppler fetal onde foi evidenciado centralização fetal com onda "A" zero. Tendo em vista a alteração da vitalidade fetal acrescido da placenta prévia com sinais de acretismo (sugerindo placenta percreta) foi indicado a interrupção da gestação com 27 semanas e 1 dia. Durante o período intra operatório foi evidenciada presença de acretismo placentário com invasão miometrial, invasão da serosa uterina e invasão de serosa vesical, sendo realizado incisão uterina corporal com extração de recém-nato (RN) e posterior histerorrafia sem realização de dequitação placentária, sendo então, subsequentemente, realizada a histerectomia subtotal e rafia das lacerações da mucosa vesical. Foi observada invasão placentária até camada serosa vesical e realizada cistectomia parcial com exérese de parte da vesical e acompanhamento de um urologista (Figura 1 e 2).

Ainda no período intra operatório ocorreu sangramento volumoso com transfusão de quatro bolsas de concentrados de hemácias associados a instabilidade hemodinâmica, sendo realizada intubação orotraqueal. Evolução no pós-operatório imediato, a paciente foi encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) onde apresentou nas primeiras horas sangramento vaginal aumentado, sem repercussão hemodinâmica. Apresentou evolução nas 48 horas na UTI sem intercorrências, sendo posteriormente encaminhada para

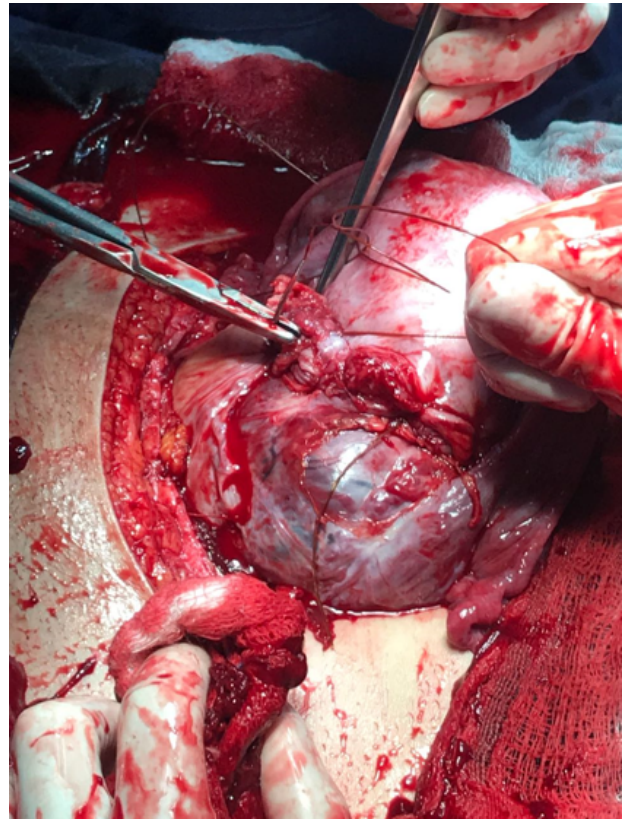


Figura 1. placenta invadindo serosa uterina.



Figura 2. Visualiza-se parede vesical aberta, provavelmente, por invasão da placenta

enfermaria e alta hospitalar com seguimento ambulatorial. Foi realizado US pós-cesárea, sendo visualizada massa heterogênea próximo ao colo uterino com fluxo ao Doppler sugestivo de material ovular. A paciente foi transferida para a unidade do Hospital das Clínicas para fazer methotrexate.

## DISCUSSÃO

O conceito mais antigo da fisiopatologia do acretismo placentário é baseado em uma teoria de um defeito primário dos trofoblastos levando a invasão excessiva do miométrio. A hipótese atual é que um defeito secundário endométrio-miometrial leva a um fracasso na área de uma cicatriz uterina, permitindo ancoragem placentária anormalmente profunda com infiltração de vilosidades e trofoblastos.<sup>2</sup>

O acretismo é uma ocorrência frequente e acomete 19,2% das pacientes com placenta prévia, o que equivale a quase um em cada cinco casos.<sup>5</sup> Um fator de risco que explica essa prevalência elevada é o alto índice de cesarianas, que constitui um fator predisponente para a excessiva invasão trofoblástica, representando um risco três vezes maior para as pacientes com duas ou mais cesáreas.<sup>8</sup> A relação com a cesárea decorre de alguma irregularidade presente na cicatriz da cesariana, desde uma degeneração miometrial até uma redução na reepitelização.<sup>3</sup>

As mulheres com maior risco de placenta acreta têm dano miometrial de uma cesárea e uma gravidez subsequente com placenta prévia, bem como implantação da placenta sobre a cicatriz uterina anterior. O risco de placenta acreta em um paciente com placenta prévia e cesárea anterior aumenta com o número de cesáreas anteriores. Fatores de risco adicionais incluem cirurgia uterina, como miomectomia, ablação endometrial e dilatação e curetagem.<sup>8</sup>

A placenta percreta (PP) invade todo o miométrio até a serosa uterina e pode ainda envolver órgãos adjacentes. Pode existir uma suspeita forte de PP na ecografia obstétrica, com ou sem apoio da ressonância magnética nuclear (RNM), mas o diagnóstico definitivo só será estabelecido por meio do estudo anatomopatológico; porém o diagnóstico presuntivo pode ser realizado durante a cirurgia abdominal ou após o parto, com a visualização intra operatória de uma invasão placentária atingindo a serosa e/ou estruturas adjacentes ao útero.<sup>1</sup>

Dentre os exames do segundo trimestre está a realização de ultrassonografia (US) para definição da localização placentária sendo feita entre 18 e 23 semanas. A US transvaginal possui uma sensibilidade de 87,5% e especificidade de 98,8% constituindo-se como padrão ouro para diagnóstico de placenta prévia.<sup>9</sup> Achados ultrassonográficos sugestivos de acretismo são os seguintes: presença de múltiplas lacunas placentárias; interrupção da interface **útero-parede** posterior da bexiga; obliteração do espaço livre entre o útero e a placenta; hipervascularização da parede da bexiga adjacente; espessura miometrial menor <1 mm.<sup>8,10</sup>

A avaliação através de Doppler permite determinar a invasão e, se observadas lacunas vascularizadas, pode se tratar de PP. A base do diagnóstico pré-natal para placentação anormal é Doppler com ressonância nuclear magnética (RNM). O ultrassom ou diagnóstico por ressonância magnética da placenta acreta predizem a necessidade de histerectomia com uma sensibilidade de 78%, 67% e uma especificidade 67%, 50%, respectivamente. A RNM deve ser usada apenas em casos ambíguos e o contraste de gadolínio deve ser evitado.<sup>8</sup>

A suspeição melhora significativamente o prognóstico materno, ao permitir a programação do parto, encaminhamento para um centro terciário de atendimento e a presença de uma equipe multidisciplinar para reagir rapidamente perante as frequentes complicações intra-operatórias.<sup>1,8</sup> O hospital onde ocorrerá a internação da paciente deve possuir estrutura de banco de sangue que suporte transfusão maciça, se necessário no momento da admissão. A perda de sangue é entre 3.000 a 5.000 ml, com 90% dos pacientes necessitando de transfusão de sangue.<sup>11</sup> Realizar suplementação rotineira com ferro e ácido fólico pode auxiliar na prevenção da anemia no pré-operatório.

A abordagem terapêutica dependerá da vontade da grávida manter a fertilidade, a estabilidade hemodinâmica e as condições cirúrgicas. A opção preferencial nas grávidas que não pretendem manter a fertilidade é a histerectomia periparto, sendo responsável por 35-38% das cirurgias realizadas e ser a melhor solução em mulheres que não desejem ter mais filhos, pois está associada a menos complicações pós-operatórias do que o tratamento conservador.<sup>12</sup>

Em casos de placenta prévia com acretismo placentário, para determinação da cesárea eletiva recomenda-se a administração de corticoides e que seja realizada a partir de 34 semanas visando um melhor prognóstico materno-fetal.<sup>13</sup>

A placenta percreta exige uma conduta imediata no momento do parto que inclui requisitos para possíveis intervenções endovasculares, como oclusão por balão e/ou embolização dos vasos que suprem a placenta e o útero. Além disso, existem atitudes diferentes em relação à estratégia cirúrgica, como ressecção local, histerectomia ou deixar a placenta *in situ* para ser reabsorvida, como nas gestações abdominais.<sup>14</sup> O cateterismo pré-operatório com oclusão intra operatória por balão ou embolização das artérias hipogástricas é um dos métodos atuais empregados para controlar o sangramento intra operatório, podendo ser realizado em vasos mais distais, como a artéria uterina ou, nas invasões do triângulo vesical, a pudenda interna, vaginais e vesicais.<sup>15</sup>

Deste modo, a cesariana associada à histerectomia periparto é uma operação cirúrgica ginecológica padrão para casos de placenta percreta. As complicações mais observadas são: a lesão da bexiga, lesão uretral, hemorragia pós-operatória, fistulas urológicas e pseudo-aneurisma femoral ou trombo distal. Ainda que haja riscos associados, a histerectomia periparto pode ser a melhor solução para mulheres que não desejam ter mais filhos, já que esta cirurgia está associada a menos complicações pós-operatórias quando comparadas ao tratamento conservador. Outra abordagem discutida é o manejo com metotrexato, que é considerado uma alternativa segura e satisfatória em casos de manutenção da fertilidade em pacientes hemodinamicamente estáveis, sem sangramento ativo. Diante disso, a conduta terapêutica deve englobar aspectos determinantes, como: a vontade da grávida manter em fertilidade, a estabilidade hemodinâmica e as condições cirúrgicas.<sup>1,16</sup>

O manejo conservador em que a placenta é deixada *in situ* parece estar associado a complicações graves a longo prazo. Das mulheres que deixaram a placenta *in situ*, 61% sofreram pelo menos uma complicação pós-operatória tardia, em comparação com 12% das mulheres com ressecção local ou tratamento inicial por histerectomia. As complicações associadas à saída da placenta *in situ* foram principalmente hemorragia e infecções.<sup>14</sup>

As técnicas (desvascularização pélvica) que foram desenvolvidas para conter a perda sanguínea intraoperatória se concentraram na redução da circulação pélvica, principalmente das artérias ilíacas internas. No ponto da ligação, a visualização dos vasos pode ser difícil devido à hemorragia, e a ligação também pode ser tecnicamente difícil devido à anatomia distorcida. Uma das causas da complicação da placenta percreta é a falha na identificação do segmento uterino inferior, que é mascarado pela bexiga urinária e seu peritônio e, portanto, falha no reparo da incisão uterina.<sup>15</sup>

O manejo pós-operatório torna imprescindível a monitorização constante e, em certos casos, a complexidade pode exigir cuidados intensivos. É preciso estar atento para a possibilidade de sangramento, complicação ureteral, insuficiência renal aguda, lesões vesicais e/ou retais e infecções, entre outros.<sup>11</sup>

Neste caso relatado, por ser um caso grave de placenta percreta, a conduta oportuna foi a interrupção da gravidez, reposição dos eletrólitos, terapia transfusional devido à hemorragia e histerectomia subtotal.

## REFERÊNCIAS

- Freitas R, Campos AD. Placenta percreta: que orientação clínica? *Acta Obstet Ginecol Port Coimbra*. 2015; 9(3): 250-255.
- Jauniaux E, Collins SL, Burton GJ. The placenta accreta spectrum: Pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *J Obstet Gynecol*. 2017;218: doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.067. [Epub ahead of print].
- Hubinont C, Mhallem M, Baldin P, Debieve F, Bernard P, Jauniaux E. A clinico-pathologic study of placenta percreta. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2017; 140:365-369. Doi: 10.1002/ijgo.12412
- Santana DSN, Maia Filho NL, Mathias L. Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia acreta com invasão de bexiga: revisão sistemática da literatura. *Femina*. 2010; 38(3).
- Torloni MR, Moron AF, Camano L. Placenta Prévia: Fatores de Risco para o Acretismo *Rev Bras de Ginecologia e Obstetrícia*, 2001; 23(7): 417-422.
- Pather S, Strockyj S, Richards A, Campbell N, Vries B, Ogle R. Maternal outcome after conservative management of placenta percreta at caesarean section: A report of three cases and a review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014;54: 84-87.
- Sousa LP, Gonçalves MJ, Valle F, Geber S. Histerectomia total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade? *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*. 2013; 28(3): 117-121.
- Wortman AC, Alexander JM. Placenta Accreta, Increta, and Percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013 Mar; 40(1):137-54.
- Darcia SA, Moya TA, Soriano JA. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Rev CI EMed UCR San José*. 2016; 6(3):11-20.
- Briceño C, Alaña F, Briceño L, Briceño J, Briceño C. Placenta percreta. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002; 62(4):273-277.
- Duly Torres C, Colmenares V María, Delgado D Oneida, Villasmil Eduardo Reyna. Placenta percreta con invasión a vejiga y a ureteres. Reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecolo Venez*. 2007 Jun;67(2):127-30.
- Freitas RV. Placenta Percreta – que orientação clínica? Dissertação [Mestrado Integrado em Medicina] – Universidade do Porto; 2015.
- Pereira MIBA, Campos DA. Placenta prévia: classificação e orientação terapêutica. *Acta Obstet Ginecol Port Coimbra*. 2013; 7(2):125-130.
- Clausen C, Loon L, Langhof-Roos J. Management of placenta percreta: a review of published cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014; 93: 138.143.
- Shabana A, Fawzy M, Refaie W. Conservative management of placenta percreta: a stepwise approach. *Arch Gynecol Obstet*. 2014.
- Matsuzaki S, Yoshino K, Endo M, Kakigano A, Takiuchi T, Kimura T. Conservative management of placenta percreta. *Conservative management of placenta percreta. Int J Gynaecol Obstet*. 2018;140(3):299-306.