

# Descolamento prematuro de placenta: relato de caso

## *Abruptio placentae: a case report*

Kelly Martins Vitória<sup>1</sup>, Laísa de Oliveira Ennes<sup>1</sup>, Raquel Fonseca Tavares<sup>1</sup>, Isabella Couto de Oliveira Araújo<sup>1</sup>, Breno Ferreira Zwetkoff<sup>1</sup>, Ângelo Souza Reis<sup>1</sup>, Geisa Oliveira<sup>1</sup>, Andrezza Vilaça Belo Lopes<sup>2</sup>

### RESUMO

O descolamento prematuro de placenta (DPP) constitui-se em emergência médica cujo espectro clínico varia desde pouco sintomático, com reduzido sangramento vaginal e pouca ou nenhuma consequência materno-fetal, até descolamento completo, óbito fetal e graves repercussões maternas. Requer diagnóstico correto e conduta rápida e eficaz. Neste artigo é relatado o DPP associado à gestação gemelar de 26 semanas e seis dias sem outros fatores de risco e sem causa traumática aparente. A paciente relatava dor lombar com irradiação para o abdome, muito intensa, com cãimbra e dispneia, sem metrorragia ou perda de líquidos por via vaginal. Apresentava hipertonia uterina e bradicardia de um e ausência de batimentos cardíacos do outro feto. Foi submetida a parto cesariana de urgência e ambos os recém-nascidos extraídos em menos de 15 minutos. Os neonatos e a mãe necessitaram de terapia intensiva. Não houve sequelas materno-fetais aparentes.

**Palavras-chave:** Descolamento Prematuro de Placenta; Complicações Perinatais; Mortalidade Materno; Mortalidade Fetal.

### ABSTRACT

*The abruptio placenta (AP) constitutes a medical emergency whose clinical spectrum ranges from few symptoms, with a small vaginal bleeding and little or no consequence maternal-fetal, until complete detachment, fetal death and severe maternal repercussions. Requires correct diagnosis and management quickly and effectively. Herein, this article show the AP associated with twin pregnancy of 26 weeks and 6 days without other risk factors and no apparent traumatic cause. The patient reported back pain with radiation to the abdomen, very intense, with cramp and dyspnea, without metrorrhagia or loss of vaginal fluids. She had bradycardia and uterine hypertonia and an absence of heartbeats from the other fetus. She underwent emergency cesarean delivery and newborn both extracted in less than 15 minutes. Neonates and the mother required intensive care. There was no apparent maternal-fetal sequelae.*

**Key words:** *Abruptio Placentae; Perinatal Complications; Morbidity and Mortality maternal; Mortality fetal.*

## INTRODUÇÃO

O descolamento prematuro de placenta (DPP) constitui-se na separação da placenta eutópica do seu sítio de implantação em gestações com mais de 20 semanas e antes do parto. Ocorre em 0,5 a 1% das gestações e possui diversos fatores de risco, como história prévia de DPP, uso de cocaína, hipertensão arterial sistêmica crônica e gestação múltipla. É uma condição médica cujo espectro clínico varia desde casos

<sup>1</sup> Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

*Instituição:*  
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG.  
Belo Horizonte, MG – Brasil.

*Endereço para correspondência:*  
Isabella Couto de Oliveira Araújo  
Avenida Fleming, 1000  
Bairro: Ouro Preto  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
Email: isabellacoa@yahoo.com.br

oligossintomáticos, com reduzido sangramento e pouca ou nenhuma consequência materno-fetal, até casos com óbito fetal e graves repercussões maternas.<sup>1</sup>

Este relato objetiva descrever a abordagem de paciente com DPP em gravidez gemelar com potencial evolutivo de gravidade, com o intuito de estabelecer alerta para esse diagnóstico e de seus riscos materno-fetais.

## RELATO DO CASO

ITJ, 18 anos, alfabetizada, casada, secundigesta, com parto vaginal há três anos, filho vivo e saudável. A segunda gestação era gemelar, dicoriônica e diamniótica, com idade gestacional calculada pela ultrassonografia (US) compatível com 26 semanas e seis dias na data do atendimento. O pré-natal constou de duas consultas sem intercorrências e os seguintes exames: hemoglobina (Hb): 11,2 mg/dL; hematócrito (Ht): 33,7%; glicemia de jejum: 72 mg/dL; VDRL: não reator; anti-HIV: negativo, tipagem sanguínea: grupo O; fator Rh negativo e sorologia susceptível a toxoplasmose (IgG e IgM negativos).

Admitida no Hospital Julia Kubitschek (Fundação Hospitalar de Minas Gerais) em fevereiro de 2011 com dores na região lombar irradiadas para a região anterior do abdome, muito intensas, que se iniciaram há menos de uma hora do atendimento. Relatou também cãimbra e dispneia. Negava sangramentos ou perda de líquidos por via vaginal, bem como comorbidades. Antecedentes familiares de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e gemelaridade.

Apresentava-se com mucosas visíveis coradas, hidratadas, acianóticas, anictérias. Sem edemas. Os dados vitais eram: pressão arterial sistêmica (PA): 110/60 mmHg, frequência cardíaca (FC): 88 bpm e afebril ao toque. O útero media 31 cm. Observou-se hipertonia uterina com curtos períodos de redução relativa do tônus. O batimento cardíaco fetal (BCF) de um dos fetos foi encontrado pelo sonar, variando de 140 a 60 bpm. O toque ginecológico evidenciou colo uterino em posição anterior, grosso, com 2 cm de dilatação.

O DPP foi considerado a principal possibilidade diagnóstica. A US obstétrica de urgência mostrou: feto 1: com bradicardia intercalada com FC normal; feto 2: com bradicardia permanente e ausência de sinais sugestivos de descolamento de placenta.

Submetida a parto cesariano de urgência duas horas após sua admissão, sob anestesia geral. O pri-

meiro feto (RN1) foi extraído 10 minutos após início da cirurgia, vivo, masculino, com 890 g, Apgar 2/7; e três minutos depois, o segundo (RN2), vivo, masculino, Apgar 5/8, com peso de 940 g. Foi encontrado hemoâmnio na cavidade amniótica do RN2. Os RNs foram intubados e mantidos em terapia intensiva. Realizada a dequitação placentária manual do RN1 e, em seguida, do RN2. Observou-se área de descolamento superior a 30% na placenta do RN2. Realizada curetagem uterina. Durante fechamento da parede abdominal por planos ocorreu intenso sangramento, tendo sido deixado dreno de *PenRose* por esta razão.

Evoluiu no pós-operatório imediato com sangramento persistente pela incisão cirúrgica e pelo dreno de *PenRose*, com FC de 120 bpm, PA de 80x40 mmHg e saturimetria de 99% em ar ambiente. Os exames laboratoriais apresentaram: Hb: 4,6 g%; hemácias (Hm): 1.580.000/mm<sup>3</sup>; Ht: 14,4%; tempo de protrombina: 38,6 segundos; RNI: 5,10; tempo parcial de ativação de protrombina: 23 segundos. Recebeu 900 mL de concentrado de hemácias e 400 mL de plasma fresco congelado e foi transferida à terapia intensiva. A mãe e os recém-nascidos receberam alta aparentemente sem sequelas.

## DISCUSSÃO

A incidência de DPP é mais alta nas gestações múltiplas do que nas simples<sup>2</sup> e constitui-se em significativa causa de morbimortalidade materno-fetal. As complicações maternas devem-se principalmente à instabilidade hemodinâmica associada à resposta orgânica ao trauma cirúrgico. Apresenta-se como choque hemorrágico, coagulopatia como a coagulação intravascular disseminada, ruptura uterina e insuficiência renal. As complicações neonatais incluem graus variáveis de lesão neurológica e morte, decorrentes da prematuridade e do sofrimento fetal agudo.<sup>1-4</sup>

O diagnóstico de DPP é fundamentalmente clínico, caracterizado em 80% dos casos por dor abdominal repentina e intensa, hipertonia uterina e sangramento vaginal. A lesão primária do DPP é vascular, acometendo as arteríolas espiraladas da decídua. O sangue extravasado pode se exteriorizar na forma de hemorragia, ficar retido atrás da placenta ou romper as membranas e penetrar na câmara amniótica (hemoâmnio). Nessas duas últimas eventualidades, a hemorragia é dita oculta ou interna, o que pode dificultar o diagnóstico. Em casos de dúvida, pode-se

recorrer à US, que poderá evidenciar imagem heterogênea retroplacentária, irregular e com áreas líquidas. No caso relatado o sangramento foi oculto e a US não evidenciou alterações sugestivas de DPP, mas foi importante para detectar a bradicardia fetal.

No DPP, quando há feto vivo viável, principalmente acima de 26 semanas de gestação, impõe-se a resolução imediata do caso. A indicação precisa de interrupção emergencial da gestação coloca em teste, nesses casos, a capacidade das maternidades de agir prontamente, minimizando as complicações materno-fetais.<sup>3</sup>

Há evidências de que, apesar do DPP com bradicardia ser relacionado a pior prognóstico fetal, a rapidez da conduta é um dos principais determinantes do desfecho fetal. Há aumento de 44% na incidência de prognósticos reservados (morte ou déficit neurológico) após um ano de vida em fetos cujo parto ocorreu 30 minutos após o diagnóstico, quando comparados aos que se verificaram em até 20 minutos.<sup>3</sup>

A amniotomia pode ser diagnóstica e terapêutica ao revelar hemorragia oculta e aliviar a pressão intrauterina, o que melhora a oxigenação fetal até que se proceda à cesariana. Neste caso, a amniotomia poderia não ser resolutiva, pois a bolsa amniótica do gemelar insinuado (RN1) não continha hemoâmnio. Traria, entretanto, outros benefícios, como reduzir a compressão da veia cava inferior; dificultar a ampliação da área do descolamento; melhorar a hipertonia uterina; coordenar as contrações; e diminuir a hemorragia e a inci-

dência de coagulopatias. Esses efeitos são importantes para a prevenção da apoplexia uteroplacentária (útero de Couvelaire) e melhora das condições maternas.<sup>4</sup>

A rápida abordagem com medidas curativas ou de alívio é essencial para o bom desfecho.

## CONCLUSÃO

O DPP é emergência obstétrica em que o prognóstico materno-fetal perpassa por diagnóstico clínico, pronta tomada de condutas e adequado acompanhamento da mãe e do RN. É fundamental que a emergência seja capacitada com recursos humanos e infraestrutura para promover bem-estar materno e fetal eficientes.

## REFERÊNCIAS

1. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption: clinical expert series. *Obstet Gynecol.* 2006 Oct; 108(4):1005-16.
2. Salihu HM, Bekan B, Aliyu MH, Rouse DJ, Kirby RS, Alexander GR. Perinatal mortality associated with abruptio placenta in singletons and multiples. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193:198-203.
3. Kayani SIK, Walkinshaw SA, Preston C. Pregnancy outcome in severe placental abruption. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol.* 2003 July; 110:679-83.
4. Souza E, Camano L. Descolamento prematuro da placenta. *Rev Assoc Med Bras.* 2006 maio/jun; 52(3):133-5.