

Placenta acreta

Placenta accreta

Lorena Quintão Linhares¹; Lorena Rúbian Gonçalves Machado¹; Lucília Coelho Guimarães¹; Luísa Mendes Miranda de Azevedo¹; Marcela Alvarenga Brant Costa¹; Marianna Amaral Pedrosa¹; Renato Tartaglia¹; Stefânia Rosse¹

RESUMO

A implantação anormal da placenta na parede uterina configura a placenta acreta e é causa importante de morbimortalidade materna, devido ao grande risco de hemorragias. O diagnóstico pré-natal, sobretudo com ultrassonografia, é ideal porque permite planejar individualmente a conduta. Na maioria das vezes, entretanto, é feito no parto, dificultando sua abordagem adequada. O tratamento pode ser conservador com o uso do metotrexato ou embolização das artérias uterinas, sendo realizado, em geral, pela remoção cirúrgica da placenta ou histerectomia.

Palavras-chave: Placenta Acreta/diagnóstico; Placenta Acreta/terapia; Placenta Acreta/ultrassonografia.

¹ Acadêmicos do 10º período da Faculdade de Medicina da UFMG.

ABSTRACT

Placenta accreta is a severe complication involving an abnormally deep attachment of the, through the and into the, and it is a important cause of maternal morbimortality, due the great risk of. The prenatal diagnosis, mainly through US, is the ideal, because a individual conduct can be done. But it is rarely recognised before birth, what difficults the treatment of this complication. The treatment can be conservative with methotrexato use or uterine artery embolization but, commonly requires, with the placenta resection or hysterectomy.

Key words: *Placenta Accreta/diagnosis; Placenta Accreta/therapy; Placenta Accreta/ultrasonography.*

INTRODUÇÃO

A placenta acreta é definida como a implantação anormal da placenta na parede uterina, ultrapassando o endométrio, invadindo o miométrio, podendo chegar a serosa ou invadir outros órgãos, como a bexiga.

É causa de importante morbidade materna, com necessidade de remoção manual da placenta, curetagem uterina, transfusão sanguínea (em até 70% dos casos) e histerectomia periparto. Outras complicações frequentes e graves são: perfuração ou inversão uterina e ruptura da bexiga. A complicação mais comum associada a essa condição é o sangramento pós-parto, que é potencialmente fatal. É das principais indicações de histerectomia de emergência periparto (49% a 64% dos casos)¹.

Instituição:
Faculdade de Medicina –
Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
Av. Prof. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte – Minas Gerais
Cep: 30130-100

Sua incidência é de uma em 2.500 gestações.¹ Os principais fatores de risco são: placenta prévia (incidência de 9,3% em gestantes com placenta prévia e 0,004% em gestações sem placenta prévia), idade materna avançada (2% em mulheres abaixo de 35 anos sem cesarianas prévias a 39% em mulheres com duas ou mais cesarianas)², multiparidade e cirurgia uterina prévia (incluindo cesarianas).

Pode ser classificada segundo o grau de profundidade da implantação em: 1. Placenta Acreta Simples: invade miométrio somente até um terço de sua parede, com ausência da decídua basal; 2. Placenta Increta: penetra profundamente no miométrio; 3. Placenta Percreta: atinge a serosa ou até outros órgão adjacentes.

A deficiência da decidualização associada à superinvasão do trofoblasto parece fazer parte da fisiopatologia da placenta acreta.¹

O diagnóstico precoce é importante para diminuir a morbidade materna, podendo agendar a histerectomia, se precaver quanto às complicações, como o sangramento, ou mesmo planejar o tratamento conservador adequado.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico pré-natal de placenta acreta permite abordagem planejada com possibilidade de tratamento sob melhores condições, podendo reduzir a morbidade materna.² Deveria ser feito, idealmente, por exames de imagem como Ultrassonografia(US) e Ressonância Nuclear Magnética(RNM).³

A US é método seguro para detecção de placenta acreta. Seu uso, entretanto, deve restringir-se à população de alto risco (pacientes com história de cesarianas e placenta prévia), pois não trará benefícios se realizado como rotina em populações de baixo risco. A sensibilidade da US, em pacientes de alto risco pode chegar a 80%, enquanto a especificidade a 95%.⁴

A US positiva para placenta acreta baseia-se na presença de mais de um dos seguintes critérios relevantes: obliteração de espaço livre entre a placenta e o miométrio; visualização de lacunas placentárias e interrupção da interface bexiga-útero, com sensibilidades de 57%, 78,6% e 21,4% respectivamente.^{5,6}

O uso da RNM é controverso, alguns estudos mostram baixa sensibilidade para seu diagnóstico, enquanto outros apresentam forte correlação entre as informações da RNM e achados cirúrgicos. A

restrição da RNM a pacientes de alto risco para implantação placentária anormal poderia aumentar a sensibilidade e a especificidade do método.⁴ O uso atual da RNM é para confirmação em casos equivocados de US.

São usados, além de exames de imagem, marcadores biológicos no sangue materno para detecção de implantação placentária anormal, como: DNA fetal, RNA mensageiro placentário, e a técnica de DNA *chip*. Esses marcadores podem servir para monitorizar as pacientes quando o tratamento de escolha é o conservador.⁴

A presença de DNA fetal no sangue materno parece ser um marcador promissor de implantação anormal de placenta. Origina-se da apoptose das vilosidades trofoblásticas. Seu aumento no sangue materno ocorre consecutivamente à invasão trofoblástica da musculatura uterina. O fenômeno é atribuído à resposta imune materna à invasão que leva à destruição trofoblástica. A concentração de DNA fetal em sangue materno também é usada para a monitoração pós-parto em casos de retenção placentária. Ocorre rápido desaparecimento do DNA fetal após partos não complicados.

O uso de RNA mensageiro placentário tem sido proposto para monitoração do estado placentário após o uso de metotrexato no tratamento conservador da placenta acreta. É isso mesmo? RNA mensageiro?

TRATAMENTO

O tratamento deve ser individualizado, podendo ser realizado de três formas⁵: 1. Cesariana associada à histerectomia periparto; 2. Cesariana, juntamente com conduta conservadora em que a placenta é deixada *in situ*, com abordagem expectante. Nesse caso, deve-se ter segurança quanto à hemostasia bem realizada, podendo ser associada à embolização de artéria uterina ou a uso de drogas como o metotrexato, para auxiliar na reabsorção placentária. As complicações mais comuns são febre, endometrite e coagulação intravascular disseminada, formação de fístulas e fracasso da reabsorção placentária.

O tratamento conservador é indicado quando a perda de sangue é mínima, há desejo de preservar a fertilidade, há técnicas de suporte adequados e serviço de vigilância rigoroso à puérpera. A cesariana associada ao tratamento cirúrgico conservador é realizada pela remoção da placenta e pode associar-se

com a oclusão de ramos das artérias ilíacas comuns por catéter-balão e pela embolização de artérias uterinas. A taxa de sucesso é, em geral, inferior a 50%.⁶

CONCLUSÃO

A placenta acreta é causa de importante morbidade materna, ocasionando sérias complicações como hemorragia pós-parto, coagulopatias, perfuração uterina, choque, infecção, perda da fertilidade a até morte. Diante disso, torna-se necessária a investigação pré-natal em pacientes de alto risco para placenta acreta, objetivando o diagnóstico precoce e o planejamento individualizado da melhor abordagem. No Brasil, a maioria dos diagnósticos é feita no momento do parto.⁷

O tratamento da placenta acreta com metotrexato representa alternativa segura e razoável de manutenção da fertilidade em pacientes hemodinamicamente estáveis, sem sangramento ativo.

REFERÊNCIAS

1. Khong Y. The pathology of placenta accreta, a worldwide epidemic. *J Clin Pathol.* 2008; 61:1243-6.
2. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005; 26:89-96.
3. Angstrom T, Gard G, Harrington T, Ward E, Thomson A, Giles W. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202:38.e1.
4. Ophir E, Singer-Jordan J, Odeh M, Hirsch Y, Maksimovsky O, Shaidler O, Yvry S, Solt I, Bornstein J. Abnormal Placental Invasion-a Novel Approach to Treatment Case Report and Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2009; 64:811-22.
5. Mazouni C, Gorincour G, Juhan V, Bretelle F. Placenta accreta: A review of current advances in prenatal diagnosis. *Placenta.* 2007; 28:599-603.
6. Baughman WC, Corteville JE, Shah RR. Placenta accreta: spectrum of US and MR imaging findings. *Radiographics.* 2008; 28:1905-16.
7. Torloni MR, Moron AF, Camano L. Placenta Prévia: Fatores de Risco para o Acretismo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001; 27:417-42.