

# Descolamento prematuro da placenta: relato de caso

## *Placental abruption: a case report*

Aparecida Andrade Ribeiro Franciscani<sup>1</sup>, Bruno Resende<sup>1</sup>, Carolina Ribeiro Costa<sup>1</sup>, Felipe Branquinho Coutinho de Souza<sup>1</sup>, Francis Lúcio de Rezende Ferreira<sup>1</sup>, Manuel Fellipe Prado Cardoso<sup>1</sup>, Rafael Grossi Rocha<sup>1</sup>, Renan Detoffol Bragança<sup>1</sup>, Henrique Vitor Leite<sup>2</sup>

### RESUMO

O descolamento prematuro da placenta (DPP) caracteriza-se pelo desprendimento espontâneo da placenta a partir da vigésima semana de gravidez ou durante o parto. Este artigo relata o DPP oculto que culminou em óbito do concepto, apesar da abordagem adequada e imediata. Alerta para a possibilidade de diagnóstico de DPP em urgência obstétrica, com repercussões graves e potencialmente fatais para a mãe e o concepto se não identificado e abordado convenientemente.

**Palavras-chave:** Descolamento Prematuro da Placenta; Complicações na Gravidez; Hemorragia Uterina.

### ABSTRACT

*Placental abruption (PA) is characterized by spontaneous detachment of the placenta from the twentieth week of gestation or during delivery. Here we report a case of concealed PA that culminated in death of the fetus in spite of appropriate and immediate approach of physicians. The case alerts us to the possibility of diagnosis of PA in an obstetric emergency. If not identified and addressed appropriately, PA could cause serious and potentially fatal implications for the mother and fetus.*

*Key words:* Placental Abruption; Pregnancy Complications; Uterine Hemorrhage.

## INTRODUÇÃO

O Descolamento prematuro da placenta (DPP) caracteriza-se pelo descolamento espontâneo, parcial ou total da placenta, a partir da vigésima semana de gravidez, ou durante o primeiro ou o segundo período do parto<sup>1</sup>. Sua incidência é de aproximadamente um para cada 100 nascimentos.<sup>2,3</sup> O máximo de sua incidência ocorre entre a vigésima quarta e a vigésima sexta semanas de gestação.<sup>2</sup> O diagnóstico é eminentemente clínico e caracteriza-se por dor abdominal repentina e intensa, perda sanguínea variável, taquissístolia e hipertonia uterina.<sup>1,4</sup> Descreve-se, neste relato, o DPP oculto, responsável por 10% a 20% dos casos de DPP, que pode promover complicações mais graves, como choque hipovolêmico, coagulopatia de consumo e óbito materno-fetal.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do décimo período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;  
<sup>2</sup> Chefe do Serviço de Ginecologia-Obstetria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

*Instituição:*  
Hospital das Clínicas da UFMG

*Endereço para correspondência:*  
Av. Alfredo Balena, 110, 4º andar, Santa Efigênia,  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.  
Cep: 30130-100  
E-mail: carolzinha@gmail.com

## RELATO DO CASO

Foi atendida, pelo Serviço de Urgência da Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, paciente de 38 anos de idade, tabagista 10 anos-maço, baixa condição socioeconômica, grávida na vigésima sétima semana. Relatava dor abdominal intensa, iniciada há três horas, sem sangramento vaginal e, desde então, sem perceber movimentação fetal. Comparecera a uma consulta de pré-natal. Não realizara nenhum dos exames laboratoriais básicos solicitados. Relato de G4Pn2c1A0, parto pré-termo na segunda e terceira gestações, a última realizada por cesárea devido a DPP na 28ª semana de gestação. Apresentava pressão arterial sistêmica de 90/60 mmHg, hipertonia uterina, batimento cardíaco fetal inaudível, ausência de sangramento vaginal, colo uterino com dois centímetros de dilatação, grosso e posterior.

A hipótese diagnóstica foi de DPP, sendo realizada cesariana de urgência. Foi retirado natimorto masculino, pesando 1490 g. Realizada dequitação manual da placenta, e constatada área de descolamento em 40%, próximo à inserção do cordão. Visualizou-se útero de Couvelaire. O hemograma revelou hemoglobina de 5,8 g/dL, e hematócrito de 17,8%. Realizada transfusão de 600 mL de concentrado de hemácias. Evoluiu com melhora dos índices hematimétricos e puerpério sem intercorrências.

## DISCUSSÃO

O DPP constitui grave entidade hemorrágica da segunda metade da gravidez, com índices elevados de mortalidade perinatal, e materna.<sup>4</sup> O diagnóstico é clínico. A ultrassonografia, apesar de apresentar sensibilidade e valor preditivo negativo baixos, pode ser de utilidade em seu diagnóstico. As condições materno-fetais, entretanto, devem ser favoráveis para a realização do exame.<sup>5</sup> O prognóstico dos conceitos sobreviventes torna-se ominoso, principalmente pela prematuridade e anoxia, com frequentes lesões sequelares; e o materno pode associar-se, principalmente, com o comprometimento de múltiplos órgãos, decorrente do choque hipovolêmico e pela instalação de distúrbios da coagulação.<sup>1,4,5</sup>

A separação da placenta da parede uterina pode resultar de força mecânica (trauma abdominal, descompressão rápida do útero), ou de anormalidades

dos vasos útero-placentários (trombose, vasculopatia decidual, inflamação). A hemorragia decidual e a formação de coágulo retroplacentário causam eventos progressivos que resultam em redução da oxigenação materno-fetal e da troca de nutrientes, ruptura de membranas e aumento da contratilidade miometrial. Os fatores de risco para o DPP incluem: trauma abdominal, uso de drogas (principalmente cocaína), polidramnia, hipertensão arterial sistêmica crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia prévia ou vigente, rotura prematura de membranas, corioamnionite, trombofilia, DPP anterior, idade materna avançada, multiparidade, tabagismo durante a gestação, baixa condição socioeconômica e cesárea prévia.<sup>1,4-10</sup> A paciente apresentava vários fatores de risco, como: DPP anterior, idade materna avançada, multiparidade, tabagismo durante a gestação, baixa condição socioeconômica, e cesárea prévia. O DPP, neste caso, comportou-se como oculto, não exteriorizado em hemorragia. O sangramento para o miométrio resultou em apoplexia útero-placentária ou útero de Couvelaire.

No tratamento do DPP, é fundamental a manutenção do estado volêmico, frequentemente por meio de transfusões de concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e crioprecipitado.<sup>11</sup> O tratamento obstétrico é estabelecido de acordo com a vitabilidade e a viabilidade do conceito. No caso de feto vivo e viável, impõe-se imediata rotura das membranas e parto vaginal, ou cesárea, se a via baixa for inviabilizada. Deve-se executar, de imediato, a amniotomia e aguardar o parto vaginal por cerca de duas a quatro horas diante de conceito morto ou inviável e condições cervicais favoráveis. Ministram-se derivados da mepredina e empregam-se ocitócicos, quando a hipertonia não é acentuada. A cesárea, diante de feto morto, deve ser realizada, basicamente, diante de parada na evolução da parturição (por cerca de uma hora), hemorragia pronunciada e na vigência de instalação de coagulopatia.<sup>1,4</sup>

## CONCLUSÃO

O DPP constitui-se em grave entidade hemorrágica da segunda metade da gravidez que requer abordagem imediata. Este caso evoluiu favoravelmente para a mãe devido à intervenção pronta; entretanto, seu conceito foi a óbito.

## REFERÊNCIAS

1. Ajeje R, Wagner A, Viotti AAG. Descolamento prematuro da placenta. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Júnior MDC, editores. *Noções práticas de Obstetrícia*. Belo Horizonte: Medsi; 2004. p. 274-6.
2. Ananth CV, Getahun D, Peltier MR, Smulian JC. Placental abruption in term and preterm gestations: evidence for heterogeneity in clinical pathways. *Obstet Gynecol*. 2006 Apr; 107(4):785-92.
3. Williams MA, Lieberman E, Mittendorf R, Monson RR, Schoenbaum SC. Risk factors for abruptio placentae. *Am J Epidemiol*. 1991; 134:965-7.
4. Souza E, Camano L. Descolamento prematuro da placenta. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(3):256-60.
5. Online archive of UptoDate [Internet]. Waltham, MA. 2009 – [Cited 2009 Mar. 17] Available from: [http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=preg\\_comp/7939&selectedTitle=1%7E95&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=preg_comp/7939&selectedTitle=1%7E95&source=search_result).
6. Clark SL. Placenta previa and abruptio placentae. In: Creasy RK, Resnik R, editors. *Maternal Fetal Medicine*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2004. p. 715.
7. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obstet Gynecol*. 1999; 93:622-8.
8. Rasmussen S, Irgens LM, Dalaker K. Outcome of pregnancies subsequent to placental abruption: a risk assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000; 79:496-501.
9. Rasmussen S, Irgens LM, Albrechtsen S, Dalaker K. Women with a history of placental abruption: when in a subsequent pregnancy should special surveillance for a recurrent placental abruption be initiated? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80:708-12.
10. Cabar FR, Nomura RMY, Costa LCV, Alves EA, Zugaib M. Cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro da placenta. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26(9):709-14.
11. Online archive of UptoDate [Internet]. Waltham, MA. 2009 – [Cited 2009 March 17] Available from: [http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pregcomp/31354&selectedTitle=1%7E95&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pregcomp/31354&selectedTitle=1%7E95&source=search_result).