

Placenta prévia como causa de hemorragia anteparto

Placenta praevia as cause of ante-partum haemorrhage

Ana Paula Azevedo Dias¹, Cynthia Alves de Sousa da Silva¹, Gabriel Gouveia de Aguiar¹, Guilherme Sidnei de Oliveira¹, Letícia Sauma Ferreira¹, Lucas Alves Dias¹, Marco Túlio Caria Guimarães Pereira¹, Mariana de Caux Bueno¹

RESUMO

¹ Acadêmicos do 10º período de medicina da UFMG

A hemorragia anteparto é importante causa de morbi-mortalidade materno-fetal. A placenta prévia é a principal causa de sangramento vaginal no segundo e terceiro trimestre da gestação e de hemorragia anteparto, podendo também levar à hemorragia no pós-parto. A mortalidade fetal perinatal devido à placenta prévia é elevada, entre 10% a 20%. Este relato descreve a gestação interrompida de paciente de 15 anos de idade, sem comorbidades, devido à placenta prévia total.

Palavras-chave: Gravidez; Hemorragia Uterina; Placenta Prévia.

ABSTRACT

The antepartum hemorrhage is a major cause of maternal and fetal morbidity and mortality. Placenta previa is the major cause of vaginal bleeding in second and third trimester of pregnancy and of antepartum hemorrhage, capable to create a postpartum hemorrhage. The prebirth fetal mortality rates due to placenta previa are high, between 10%-20%. This report is about a 15 years old subject, without comorbidities, who had her pregnancy interrupted by total placenta previa.

Key words: Pregnancy; Uterine Hemorrhage; Placenta Previa.

INTRODUÇÃO

A hemorragia anteparto constitui-se em causa importante de mortalidade materno-fetal. É definida como sangramento vaginal que ocorre a partir da vigésima semana de gestação até o parto.

A placenta prévia (PP) é responsável por um terço das causas desse tipo de hemorragia e associa-se com riscos maternos devido a sangramento durante a gestação, anemia, hemorragia intra e pós-parto, necessidade de histerectomia e transfusão sanguínea, e sepse. Além disso, aumenta a mortalidade fetal para 4 a 8%, e associa-se com aumento de 50% em partos pré-termo, recém nascidos pequenos para idade gestacional e malformações congênitas. É definida como implantação da placenta no segmento inferior do útero, apresentando-se à frente do pólo cefálico do feto.¹ Ocorre em 2,8/1000 e 3,9/1000 das gestações não-gemelares gemelares, respectivamente.¹

A etiologia da PP não está bem estabelecida. Constituem fatores de risco: cesareanas prévias, interrupção de gravidez ou cirurgias uterinas, tabagismo, idade avançada, multiparidade, uso de cocaína e gravidez múltipla.²

Instituição:

Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:

Ana Paula Azevedo Dias,
Rua Tabelião Ferreira de Carvalho nº 973, aptº 302 Cidade
Nova, Belo Horizonte, MG, Brasil
Email: napinha3@hotmail.com

A classificação tradicional baseia-se na relação da implantação da placenta com o orifício interno (OI) do colo uterino:³

- Completa – placenta cobre completamente o OI;
- Parcial – placenta cobre parcialmente o OI;
- Marginal – placenta alcança o OI mas não o cobre.

A apresentação clínica usual caracteriza-se por sangramento indolor no final do segundo trimestre ou início do terceiro. Todavia, pode-se apresentar como sangramento doloroso, devido a contrações uterinas ou até ausência de sangramento durante toda a gravidez.^{2,3}

A presença de PP pode associar-se à placenta acreta, que constitui uma de suas complicações mais graves.³

O diagnóstico da PP é feito, usualmente, em pacientes assintomáticas no segundo trimestre da gravidez, por meio da US transabdominal. A US transvaginal, entretanto, possui mais eficiência diagnóstica em relação à US transabdominal, reduzindo o número de falsos positivos. O US transvaginal permite a visualização da placenta e seu local de implantação.²

A maioria das placentas com implantação baixa, diagnosticadas no segundo trimestre de gestação, não estarão nessa região no momento do parto. A placenta cresce preferencialmente para lugares com maior oferta sanguínea, enquanto a parte que cobre o colo do útero se atrofia. Quanto mais tardio é realizado o US, maiores as chances de diagnosticar uma placenta que persiste na região ao final da gestação.²

Deve-se realizar a avaliação pelo US para a localização da placenta, antes de se proceder ao toque vaginal. O toque na PP pode provocar hemorragia catastrófica. A paciente deve ser internada se houver sangramento e contrações. Devem ser feitos exames laboratoriais como hemograma, tipagem sanguínea ABO e Rh, e coagulograma. O uso de tocolíticos pode ser benéfico na presença de contrações uterinas, já que elas podem levar ao apagamento do colo e a sua dilatação, o que aumenta a hemorragia.²

A prematuridade é a principal causa de mortalidade perinatal associada à PP. Deve-se tentar prolongar a gestação enquanto segura, promovendo, antes de 32 semanas, transfusões maciças ao invés de recorrer à interrupção da gestação. A paciente pode ser liberada em 48 horas para casa, se não houver sangramento, devendo retornar ao hospital imediatamente em caso de hemorragia ou contrações uterinas. A paciente deve permanecer em repouso e evitar relações sexuais.²

A interrupção da gestação pode ser feita por via vaginal caso a implantação se dê até a dois centímetros do orifício interno do colo uterino. A via preferencial para o parto é a abdominal, quando essa relação não for possível, ou a implantação ocorrer sobre o orifício interno do colo do útero. A incisão uterina pode ser sobre o segmento, ou no corpo uterino. A opção é a incisão corporal diante da possibilidade da incisão segmentar promover o rompimento da placenta, com maior hemorragia materna e fetal, e dificuldade da realização da cirurgia.²

RELATO DE CASO

JFJS, 15 anos de idade, primigesta e idade gestacional de 26 semanas e um dia pela US. Procurou o Pronto Atendimento da Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves, em sangramento genital iniciado há 30 minutos. Presença simultânea de dor em cólica, de pequena intensidade e contrações espasmodicas. Ausência de perda de líquido pela vagina. Percebia os movimentos fetais. Havia realizado duas consultas de pré-natal. Passado de artrite reumatóide juvenil sem o controle adequado. Fazia uso de Metotrexato e Prednisona, até há cerca de um ano. Negava cirurgias prévias, hemotransfusões, tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas.

Encontrava-se corada, hidratada, eupnéica. O batimento cardíaco fetal (BCF) era de 130 bpm ao sonar, e útero feto de 26 cm. Apresentava US do pré-natal que evidenciava placenta anterior. Apresentou hipertonia uterina durante o exame, com queda do BCF. Diante do quadro foi aventada a possibilidade de descolamento de placenta. Foi realizado toque que evidenciou bolsa protusa na vulva. Foi realizada amniotomia com saída de líquido claro e pequena quantidade de coágulos. Houve melhora da hipertonia uterina e do padrão do BCF, entretanto aumentou o sangramento.

Foi conduzida ao bloco cirúrgico obstétrico para realização do parto. Ao toque vaginal, foi constatada a presença de placenta prévia, com sangramento vaginal de grande intensidade. Optou-se por cesariana de emergência devido aos riscos maternos e fetais. Foi submetida à cesariana de urgência com necessidade de histerotomia corporal. O recém-nascido era prematuro com Apgar de 3 no primeiro minuto e 6 no quinto minuto, com 935 g de peso. Foi realizada extração manual da placenta, completa, com sangramento habitual. Evoluiu sem intercorrências.

DICUSSÃO

A placenta prévia é importante causa de hemorragia, e associa-se com transfusões peripartos e ao aumento dos partos pré-termo e recém nascidos pequenos para idade gestacional, principalmente devido à perfusão placentária reduzida.⁴

A gestação foi interrompida com 26 semanas e um dia devido ao sangramento. A conduta foi estabelecida, inicialmente, suspeitando-se de descolamento prematuro de placenta em decorrência do sangramento doloroso, associado à hipertonia uterina e queda do BCF.

Constatou-se, entretanto, durante a realização do toque vaginal após a amniotomia, a presença da placenta. A presença da bolsa herniada no canal cervical sugere que a placenta prévia deveria ser parcial. A hemorragia da PP nesse caso se tornou mais intensa após sucessivos toques. A presença de hipertonia uterina provavelmente foi devido a um descolamento, que é comum em inserções anômalas da placenta. A queixa de dor, apesar de não se constituir em sintomatologia mais comum, pode estar presente. Esse tipo de manifestação confunde-se com o descolamento prematuro de placenta, constituindo-se em importante diagnóstico diferencial. Nesses casos, deve ser realizada a US para confirmar a localização da placenta, antes de ser realizado o toque vaginal.²

A etiologia da placenta prévia permanece obscura³, existem vários fatores de risco associados com maior prevalência, que não foram observados nessa paciente.

O diagnóstico é realizado pela US, geralmente, no segundo trimestre de gestação. A US transabdominal apresenta resultados falsos positivos e negativos. Deve-se, pois, sempre que possível, optar-se pela US transvaginal.² Na US transabdominal realizada, não foi constatada a presença de PP.

O tratamento, nos casos de PP, varia de acordo com as condições materna e fetal, com a intensidade da hemorragia, com a classificação da PP, com a associação de acretismo placentário e com a idade gestacional. Devem ser realizados exames laboratoriais: hemograma, tipagem sanguínea ABO e Rh, e coagulograma para excluir Coagulação Intravascular Diseminada.² Nessa paciente, em quem o sangramento foi intenso, medidas iniciais de ressuscitação e estabilização foram necessárias, seguidas da interrupção da gestação pela via abdominal. A opção pela histerotomia corporal foi realizada em decorrência da ausência de formação completa do segmento uterino e sua fragilidade, com a placenta logo posterior a ele. A evolução da paciente deu-se de maneira satisfatória, com manutenção de sua função hemodinâmica.

Apesar de constituir-se em situação clínica em que poucos fatores de risco se mostraram presentes e da apresentação clínica ser inicialmente atípica, a necessidade de acompanhamento pré-natal adequado, com realização dos exames de US, representam importante auxílio para a condução e redução do risco de morbimortalidade materna e fetal. O relato confirma os achados na literatura referentes à necessidade de acompanhamento pré-natal e reforça a necessidade de mais estudos sobre o desenvolvimento da PP.

REFERÊNCIAS

1. SOGC Clinical Practice Guideline. Diagnosis and management of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007; 29(3):261-6.
2. Sinha P, Kuruba N. Ante-partum haemorrhage: An update. *J Obstet Gynaecol.* 2008 May; 28(4):377-81.
3. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol.* 2006; 107:927-41.
4. Claydon CS, Pernoll, ML. Third-trimester vaginal bleeding. In: DeCherney AH, Nathan L, editors. *Current obstetric & gynecologic.* 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p.354-68.