

## Descolamento prematuro da placenta: relato de caso

### *Placental abruption: case report*

Douglas Kind Eleutério<sup>1</sup>, Jonas Soares Silva Santos<sup>1</sup>, Lúcio Henrique Rocha Vieira<sup>1</sup>, Ranieri Leonardo de Andrade Santos<sup>1</sup>, Tamara Rita Alves Januário<sup>1</sup>, Vítor Ribeiro de Miranda<sup>1</sup>, Viviane Lino da Silva<sup>1</sup>, Willie Marques Martins<sup>1</sup>, Marcos Mendonça<sup>2</sup>

#### RESUMO

Trata-se do relato de caso de uma gestante atendida no setor de Pronto Atendimento de Obstetrícia do Hospital Júlia Kubitschek com quadro de descolamento prematuro de placenta (DPP). Havia relato de sangramento genital de grande monta, dor abdominal e rigidez da parede uterina. Não foram detectados batimentos cardíacos fetais ao sonar. Com isso, a suspeita de DPP foi prontamente levantada, o que gerou a internação imediata. Foi feita cesariana de emergência, com retirada de um feto natimorto. A paciente evoluiu com sangramento uterino importante no pós-operatório imediato, com fortes repercussões hemodinâmicas e necessidade de outra abordagem para realização de histerectomia subtotal. É um caso que evidencia a grande influência do DPP na morbimortalidade materno-fetal.

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

#### ABSTRACT

*This is the case report of a patient treated at the Emergency Services sector of obstetrics at Júlia Kubitschek hospital with signs of a placental abruption typical case (premature separation of placenta). There was report of intense vaginal bleeding, abdominal pain and uterine hypertonia. There was no fetal heartbeat noticed by sonar. Thus the suspicion of premature placenta abruption was promptly raised, which led to emergency cesarean section, with the removal of a stillborn fetus. The patient developed significant uterine bleeding after the cesarean section with strong hemodynamic repercussion and need for another approach to perform subtotal hysterectomy. It is a case that demonstrates the great influence of the placental abruption in maternal-fetal morbidity and mortality.*

*Key words:* Abruptio Placentae; Pregnancy; Hemorrhage; Pregnancy Complications.

## INTRODUÇÃO

Descolamento prematuro da placenta (DPP) ocorre em cerca de 1% das gestações e é uma das principais causas de sangramento vaginal na segunda metade da gravidez. É também uma importante causa de morbimortalidade perinatal. Estudos epidemiológicos tem identificado várias associações com o DPP, incluindo idade materna avançada, multiparidade, doença hipertensiva, raça negra, baixo nível sócio-econômico, rotura prematura de membranas, infecção intrauterina, DPP prévio, tabagismo e uso de cocaína. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, e o tratamento varia caso-a-caso.<sup>1-3</sup> Os objetivos deste relato são exemplificar como o DPP influi na morbimorta-

Instituição:  
Hospital Júlia Kubitschek - FHEMIG

Endereço para correspondência:  
R. Gustavo Pena, nº 44, sl. 404  
B. Horto. Belo Horizonte/MG  
CEP: 31015-060

lidade materno-fetal e mostrar sua possível associação com a doença hipertensiva.

## RELATO DE CASO

Paciente CSM, 32 anos, G2P1(C)A0, com 36 semanas de gestação, foi admitida na Maternidade do Hospital Júlia Kubitschek no dia 13/07/09 às 15h50, com quadro de sangramento genital abundante, forte dor hipogástrica, cefaleia moderada e aumento sustentado do tônus uterino.

Até então, fazia acompanhamento pré-natal no setor de alto risco, devido a hipertensão arterial crônica e estava em uso de Metildopa, 250mg via oral, de 8 em 8 horas. Relatava pré-eclâmpsia na gestação anterior.

O exame físico realizado à admissão mostrou PA = 150x100 mmHg, útero hipertônico e batimentos cardio-fetais inaudíveis ao sonar. O colo uterino apresentava-se posterior, dilatado em 3 cm e 40% apagado; a apresentação cefálica era alta e a bolsa estava íntegra. A amniotomia revelou hemoâmnio.

Levantou-se, então, a hipótese de DPP. O quadro determinou a internação hospitalar para cesariana de emergência. Foram solicitadas a reserva de concentrado de hemácias e a realização de hemograma com coagulograma, além de investigação de síndrome HELLP.

*Às 16h00 foi iniciada a cesariana, sob ra-quianestesia. Houve grande hemorragia durante a realização da histerotomia. Foi retirado um feto do sexo masculino, natimorto. A dequitação manual evidenciou área de descolamento de aproximadamente 50%. Foi realizada massagem da musculatura uterina, seguida da administração endovenosa de 20 UI de ocitocina. O útero apresentava boa contratilidade, porém sua coloração era arroxeadada. Realizou-se, então, a conclusão da cesariana. Não foi cogitada nesse momento a realização de histerectomia. Ao término da cirurgia, a paciente mostrava-se hemodinamicamente estável, PA = 100x60 mmHg e saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente.*

A paciente foi reavaliada às 17h40, quando então mantinha os mesmos parâmetros clínicos. Os resultados dos primeiros exames laboratoriais solicitados não apresentaram quaisquer alterações significativas.

Às 19h00, apresentou piora do estado geral, com queda do nível de consciência, desorientação, obnubilção, referindo dor intensa em região hipogástrica. Estava hipocorada, PA = 60x40 mmHg, FC = 83 bpm. Foi evidenciado sangramento vaginal em grande quantidade, bem como útero de consistência amolecida, sugerindo choque hipovolêmico e coagulação intravascular disseminada (CIVD). Foram infundidos 1.000 mL de solução de Ringer e indicada laparotomia exploradora.

A laparotomia revelou útero hipotônico, de coloração arroxeadada, além de hematomas dissecando o peritônio visceral. A paciente foi submetida à histerectomia subtotal. Recebeu 600 mL de concentrado de hemácias.

À 01h40 do dia 14/07/09, foi encaminhada ao CTI, onde permaneceu até 16/07/09, período em que evoluiu com melhora do estado geral, estabilidade hemodinâmica e normalização dos níveis pressóricos. Recebeu alta hospitalar em 20/07/09.

## DISCUSSÃO

DPP é a separação total ou parcial entre a placenta e o corpo uterino após a 20ª semana de gestação. Apresenta pico de incidência entre 24 e 26 semanas de gestação e acomete cerca de 1% das gestações. Sua etiologia ainda não é totalmente conhecida, mas pode ser didaticamente dividida em causas traumáticas e não-traumáticas. Entre estas, destacam-se a hipertensão arterial, baixa condição sócio-econômica, multiparidade, idade materna avançada, DPP prévio, cesariana anterior, crescimento intrauterino restrito, corioamnionite, generalidade, diabetes *mellitus*, ruptura de membranas prolongada, tabagismo, etilismo e uso de cocaína.<sup>1,3</sup> É consenso na literatura que a presença de hipertensão arterial materna constitui o principal fator determinante do DPP, presente em cerca de 75% dos casos.<sup>1</sup>

O caso em questão apresentava um quadro típico de DPP, o que facilitou a suspeita clínica. Hemorragia, dor abdominal baixa e hipertonia uterina em gestação acima de 20 semanas são características desse quadro, sendo a hipertonia uterina um fator de diferenciação importante, pois não ocorre em outros quadros hemorrágicos da gravidez, como a placenta prévia.<sup>4</sup>

O diagnóstico de DPP é fundamentalmente clínico, baseado nos achados do exame físico. Classica-

mente, caracteriza-se por dor localizada geralmente no baixo ventre, repentina e intensa, seguida de perda sanguínea vaginal em 80% dos casos. O exame obstétrico detecta hipertonia uterina e batimentos cardíacos fetais comumente ausentes. O exame genital pode detectar a bolsa das águas tensa.<sup>1,3</sup>

O tratamento curativo inclui os tratamentos clínico e o obstétrico. É fundamental a manutenção do estado volêmico da mãe, e a resolução da gestação torna-se necessária. A via de parto de escolha é a abdominal, em caso de comprometimento materno e/ou fetal. O parto vaginal fica restrito aos casos de concepto morto e descolamento parcial da placenta sem comprometimento fetal.<sup>1,3</sup>

O acompanhamento cuidadoso de gestantes hipertensas, visando à manutenção dos níveis pressóricos dentro de limites compatíveis com o bem-estar do binômio materno-fetal, é importante na profilaxia do DPP.<sup>1</sup>

## CONCLUSÃO

Este relato demonstra como as afecções hipertensivas da gravidez podem repercutir de forma negativa na evolução da gestação. Fica evidente, portanto, a necessidade de diagnóstico precoce e manejo pré-natal eficaz dos estados hipertensivos.

## REFERÊNCIAS

1. Souza E, Camano L. Descolamento prematuro da placenta. Rev Assoc Med Bras [online]. 2006; 52(3):133-5.
2. Cabar FR, Nomura RMY, Machado TRS, Zugaib M. Óbito Fetal no Descolamento Prematuro da Placenta: comparação entre dois períodos. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(3):256-60.
3. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. Obstet Gynecol. 2006; 108:1005.
4. Clark SL. Placenta previa and abruptio placentae. In: Creasy RK, Resnik R, editors. Maternal fetal medicine, Philadelphia:WB Saunders; 2004. p.715.