

Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)

Anjos, GS¹; Beloni, MCL¹; Camargos, PVM¹; Giostri, PG¹; Moura, DV¹; Oliveira, PHF¹; Ramos, TS¹; Romanelli, LR¹; Sá, PHP¹; Corrêa Júnior, MD¹

RESUMO

¹ Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
² Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Descolamento prematuro da placenta (DPP) complica cerca de 1% das gestações e é a principal causa de sangramento vaginal na segunda metade da gestacional. O DPP está associado a grande morbidade materna e perinatal. Os efeitos maternos do DPP dependem primariamente de sua gravidade, ao passo que o efeito sobre o feto é determinado tanto por sua gravidade, quanto pela idade gestacional em que ocorre. O diagnóstico de DPP é fundamentalmente clínico. A conduta no DPP deverá ser individualizada, baseando-se na gravidade e na idade gestacional em que o descolamento ocorre. Em casos de óbito fetal, o parto vaginal é preferível. Quando o DPP ocorre no período expulsivo do parto e os estados maternos e fetais são estáveis, a conduta conservadora, tendo como meta o parto vaginal, pode ser considerada. Porém, na presença de sofrimento fetal ou materno, deve-se optar pelo parto via abdominal. Semelhantemente, DPP em gestações extremamente pré-termo, a condução do parto deverá ser realizada de modo conservador em casos estáveis selecionados, com monitorização rigorosa e conversão rápida para cesariana se houver complicações. A maioria dos casos de DPP não pode ser predito ou prevenido. No entanto, a incidência de DPP pode diminuir através de atenção aos riscos e benefícios em condutas conservadoras, avaliação contínua do bem estar materno e fetal e assistência emergencial ao parto quando apropriada.

ABSTRACT

Placental abruption complicates about 1% of pregnancies and is a leading cause of vaginal bleeding in the latter half of pregnancy. It is also an important cause of perinatal mortality and morbidity. The maternal effect of abruption depends primarily on its severity, whereas its effect on the fetus is determined both by its severity and the gestational age at which it occurs. Risk factors for abruption include prior abruption, smoking, trauma, and others. The diagnosis of abruption is a clinical one. The management of abruption should be individualized on a case-by-case. In cases where fetal demise has occurred, vaginal delivery is preferable. When abruption occurs at or near term and maternal and fetal status are reassuring, conservative management with the goal of vaginal delivery may be reasonable. However, in the presence of fetal or maternal compromise, prompt delivery by cesarean is often indicated. Most cases of placental abruption cannot be predicted or prevented. However, in some cases, maternal and infant outcomes can be optimized through attention to the risks and benefits of conservative management, ongoing evaluation of fetal and maternal well-being, and through expeditious delivery where appropriate.

INTRODUÇÃO

O DPP complica cerca de 1% das gestações¹ e representa mais de 30% de todas as hemorragias na segunda metade da gestação.² Está associado à grande morbidade materna e perinatal.³ Os seus efeitos maternos dependem, primariamente, de sua gravidade, enquanto que, sobre o feto, é determinado

Endereço para correspondência:
luromanelli@ibest.com.br

por sua gravidade e pela idade gestacional em que ocorre. A consequência dos seus efeitos perinatais adversos incluem prematuridade, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e 15% a 20% dos casos de morte perinatal.⁴ O risco de reincidência de DPP em gestação subsequente é 10 vezes maior.⁵

A sua etiologia não é totalmente conhecida. A maior parte da sua explicação decorre de anormalidades vasculares ou placentárias. As causas traumáticas têm valor limitado, sendo restritas aos grandes acidentes e traumas. Dentre as causas não-traumáticas, merecem destaque os estados hipertensivos (75% dos casos⁶) - HAC, DHEG, pré-eclâmpsia -, o uso de drogas (cocaína), miomas uterinos, multiparidade, polidrâmnio, gême-laridade, corioamnionite, rotura prolongada de membranas e idade materna avançada.¹

A conduta no DPP deverá ser individualizada, na dependência da sua gravidade e idade gestacional em que o descolamento ocorre.⁴ Em casos de óbito fetal, o parto vaginal é preferível¹. O parto deve ser instituído imediatamente diante da ocorrência de coagulopatia intravascular disseminada. A conduta conservadora, tendo como meta o parto vaginal, pode ser considerada¹, quando o DPP ocorre no período expulsivo do parto e os estados maternos e fetais são estáveis. A presença de sofrimento fetal ou materno, entretanto, indica a opção pelo parto através da via abdominal.⁵ O DPP em gestações extremamente pré-termo requer a condução do parto de modo conservador em casos selecionados e estáveis, sob monitorização rigorosa e conversão rápida, se houver complicações, para a cesariana. A maior parte dos casos de DPP, não pode ser predito ou prevenido¹. A incidência de DPP, entretanto, pode diminuir através de atenção aos riscos e benefícios em condutas conservadoras, avaliação contínua do bem-estar materno e fetal e, quando apropriada, pela assistência emergencial ao parto.

Este trabalho objetiva revisar a literatura para o estabelecimento do diagnóstico precoce de DPP, levando em conta a detecção dos principais sinais e sintomas desta intercorrência gestacional, orientação para os exames complementares de importância na urgência, exclusão dos principais diagnósticos diferenciais e conduta rápida e adequada na assistência ao parto.

DEFINIÇÃO

O DPP normalmente inserido é conceituado como a separação completa ou parcial, abrupta, intempestiva e prematura da placenta implantada no corpo do útero, em gestação de 20 ou mais semanas. A complicação que ocorre antes deste período, integra o quadro clínico de abortamento.^{2,4}

ACHADOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO E COMPLICAÇÕES

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, caracterizado por dor abdominal de início súbito, intensa e localizada no fundo do útero; com sangramento vaginal escuro, ausente em até 20% das vezes⁴, e paralisação da movimentação fetal. A paciente prefere o decúbito lateral homônimo ao da implantação placentária.⁶ O exame obstétrico especular revela sangramento proveniente do colo uterino, aumento progressivo da altura e do tônus uterino, além da redução da frequência cardíaca fetal. Pode haver sinais de choque. O toque vaginal está contra-indicado até que haja a exclusão ultra-sográfica de placenta prévia total.^{2,4}

Nos casos de DPP com formação de coágulo retro-placentário, ocorre a formação de trombo-plastina, que, na circulação materna, conduz ao estado de hipercoagulabilidade, podendo causar Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD).² O sangramento para o miométrio resulta em apoplexia útero-placentária ou útero de Couvelaire.⁴ A hemorragia maciça também pode gerar insuficiência renal aguda (pré-renal) e Síndrome de Sheehan (pan-hipopituitarismo) pela isquemia da hipófise.⁴

O diagnóstico diferencial de DPP é feito, especialmente, com as outras hemorragias da segunda metade da gravidez (placenta prévia, rotura de vasa prévia, rotura uterina), cervicite, pólipos endometriais, câncer do colo uterino e trauma vaginal.^{2,4}

Os exames complementares, que auxiliam ao diagnóstico, são caracterizados, especialmente, pela ultra-sonografia, que apesar de valor limitado, identifica a localização da placenta e possibilita o diagnóstico diferencial com placenta prévia. Os exames laboratoriais são pouco úteis, por apresentarem baixa sensibilidade e especificidade.²

CONDUTA E PROGNÓSTICO

O tratamento da DPP inclui hospitalização, monitoração dos dados vitais e, se necessário, de reposição volêmica, por intermédio de infusão de cristalóides e hemotransfusão. O sangue deve ser coletado para tipagem, realização de hemograma e de coagulograma. A presença de coagulopatia deve ser corrigida pela transfusão de plasma fresco congelado.²

O esvaziamento da cavidade uterina deve ser feito rapidamente, visando prevenção de perda sangüínea maciça, de coagulopatia e a proteção do feto, em geral, em sofrimento agudo.

O parto deve ser feito da forma mais rápida possível representada, na maioria das vezes, pela via abdominal. É indicada a amniotomia para diminuir a hipertonia uterina e viabilizar a interrupção imediata da gravidez por cesariana.⁴ A amniotomia detém a área de descolamento da placenta, além

de facilitar o acesso cirúrgico, evidencia hemoâmnio, diminui a hemorragia e a possibilidade de Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD).² O parto vaginal deve ser conduzido apenas em casos iminentes e quando houver estabilidade hemodinâmica materna e não houver sofrimento fetal.

Em gestações com feto morto ou idade gestacional abaixo da viabilidade, pode-se aguardar o trabalho de parto, entre duas e seis horas antes de realizar a operação cesariana.^{2,6}

A atonia uterina pode ocorrer após o DPP. Várias medidas são adequadas para promover a contração uterina, tais como: massagem uterina, infusão de ocitocina e administração de derivados do ergot. A histerectomia representa método de exceção, em casos refratários, a estas medidas.² O prognóstico materno (especialmente diante de choque e de CIVD) e o neonatal (mais possibilidade de prematuridade)² são reservados, com mortalidade de até 30 e 90 a 100%, respectivamente.²

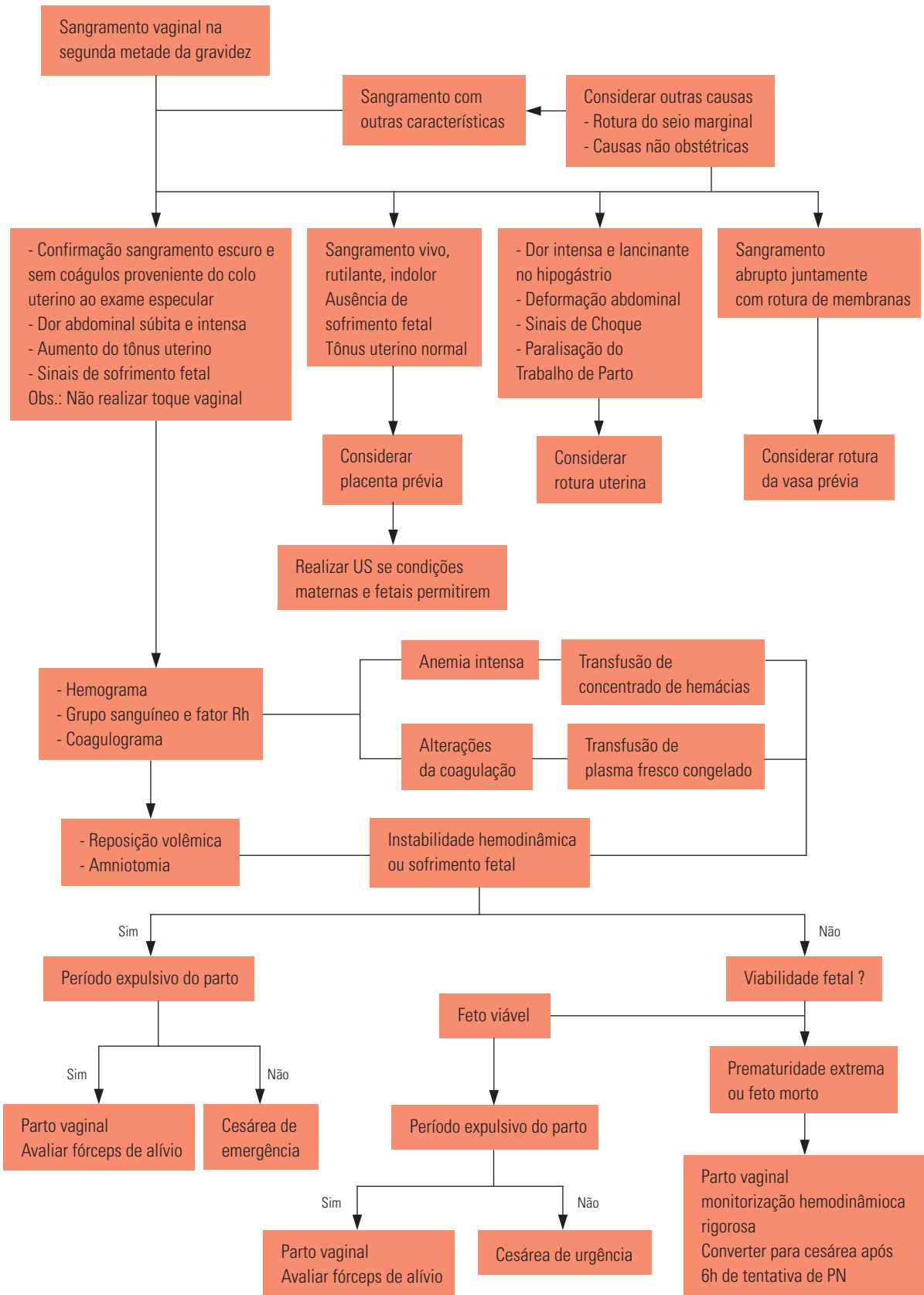


Figura 1 - Fluxograma para abordagem do DPP

REFERÊNCIAS

1. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2006; 108: 1005-16.
 2. Martins HS, Awada SB, Damasceno MCT. Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri, SP: Manole; 2007.
 3. Ajeje R. Hemorragias da segunda metade da gestação. In: SOGIMIG. *Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos.* 3ª ed. Belo Horizonte: Medsi; 2003. p.586-9.
 4. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. Hemorragias da segunda metade da gestação. In: Corrêa MD. *Noções práticas de obstetrícia.* 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2004. p.274-6.
 5. Ananth CV, Wilcox AJ. Placental abruption among singleton and twin births in the United States: risk factor profiles. *Am J Epidemiol.*; 2001; 153:771-8.
 6. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Deslocamento da placenta. [Citado em jun 2008] Disponível em: http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/037.pdf
-