

# Descolamento prematuro de placenta

## *Placental abruption*

Andreia Santos Cardoso<sup>1</sup>, Arthur Vaz Fernandes<sup>1</sup>, Daniela Caldas Teixeira<sup>1</sup>,  
Fernanda Gregory de Andrade Moreira<sup>1</sup>, Fernanda Rebouças Botelho<sup>1</sup>,  
Luiza Corradi de Faria<sup>1</sup>, Mateus Neves Romero<sup>1</sup>, Thais de Souza Andrade<sup>1</sup>, Willian Schneider da Cruz Krettl<sup>2</sup>

### RESUMO

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é uma emergência obstétrica que exige intervenção médica imediata e é responsável por alto índice de mortalidade perinatal e materna. Incide em aproximadamente 0,5 a 3,0% do total de gestações, relacionando-se com mortalidade perinatal em 15% dos casos. A causa primária da DPP é desconhecida, entretanto associa-se frequentemente com hipertensão arterial sistêmica. O diagnóstico é essencialmente clínico e o quadro se caracteriza principalmente por sangramento vaginal, dor abdominal e hipertonia uterina. A conduta adotada varia na dependência das condições maternas e fetais. O presente relato expõe um caso envolvendo gestante sem fatores de risco, apresentando manifestações clínicas clássicas. O reconhecimento rápido do descolamento prematuro de placenta e a intervenção apropriada garantiram a sobrevivência materna e neonatal.

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

### ABSTRACT

*Placental abruption (also known as Abruptio Placentae) is an obstetric emergency that demands prompt medical intervention and is responsible for a high perinatal and maternal mortality rate. It occurs in approximately 0,5 - 3,0% of all pregnancies, resulting in perinatal mortality in about 15% of the occurrences. The main cause that leads to Abruptio Placentae is still unknown, but it is often related to maternal high blood pressure. The diagnostic is made primarily by the clinical evaluation of the patient and the expected symptoms include vaginal bleeding, abdominal ache and hypertonia of the uterus. The medical approach varies depending of both maternal and fetal overall condition. The following report displays a case that happened to a pregnant woman which had apparently no risk whatsoever and ended up presenting the classical clinical manifestations. The rapid diagnostic and appropriate handling of the placental abruption assured the survival of both mother and newborn.*

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

## INTRODUÇÃO

O descolamento prematuro da placenta (DPP), também denominado *abruptio placentae*, é definido como separação da placenta implantada no corpo do útero, antes do nascimento do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. Resulta de uma série de processos fisiopatológicos, muitas vezes de origem desconhecida. O DPP é dramático evento que acomete 0,5 a 3,0% das gestações, com elevado potencial de causar resultados devastadores e representa causa importante entre as síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação.

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil

<sup>2</sup> Médico ginecologista e obstetra do Serviço de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

*Instituição:*  
Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal de Minas Gerais

*Endereço para correspondência:*  
Luiza Corradi de Faria  
Rua Rio de Janeiro, 1288  
Bairro: Lourdes  
CEP: 30160-041  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
E-mail: luizacorradi@gmail.com

Além de estar associada a grande morbidade materna e perinatal, há maior incidência de anemias, coagulopatias, hemotransfusão, histerectomia e infecções puerperais. Resultados perinatais adversos com frequência acompanham esse diagnóstico, tais como: prematuridade, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal, além de ser responsável por mais de um quarto de todos os óbitos perinatais.

A sua etiologia ainda não é totalmente conhecida, podendo, didaticamente, ser dividida em traumática e não-traumática. A prática da versão cefálica externa pode determinar quadro de DPP por meio de trauma externo, porém os acidentes automobilísticos respondem pela maioria das causas traumáticas de DPP. Entre as causas traumáticas internas, merecem destaque o cordão curto, escoamento rápido de polidrâmnio, movimentos fetais excessivos, retração uterina após o parto do primeiro gemelar, hipertonia uterina (primária ou por abuso de ocitócicos). Outros fatores como multiparidade, oligodrâmnio, rotura prematura de membranas ovulares (RPMO), cesárea prévia, idade materna, DPP em gestação anterior, tabagismo, alcoolismo e uso de cocaína também são freqüentemente apontados como possíveis fatores de risco para o DPP.

É consenso na literatura que a presença de hipertensão arterial materna constitui o principal fator do determinismo do DPP, presente em cerca de 75% dos casos.

É de fundamental importância o conhecimento dos fatores predisponentes ao DPP à medida que estes alertam o profissional para o diagnóstico, proporcionando atuação oportuna, o que irá favorecer o prognóstico materno e fetal.

## FISIOPATOLOGIA

A placenta adere-se fisicamente à parede uterina através da placa basal, cujo componente celular principal é o trofoblasto extraviloso. A placa basal entra em contato direto com a porção materna da placenta, formada pela decídua basal. Este contato íntimo entre as membranas celulares do trofoblasto extraviloso (na porção fetal) e a matriz extracelular (na porção materna) permite a ligação dos dois componentes por meio de moléculas de adesão, que se contrapõem às forças que tendem a separar a placenta da parede uterina antes do parto.

O trofoblasto, ao invadir os vasos maternos, promove a transformação das artérias espiraladas de

alta resistência e da parede muscular espessa, ao longo do miométrio, em vasos dilatados, de baixa resistência e alto fluxo sanguíneo. Perturbações das fases de invasão trofoblástica levam à formação de vasos maternos anormais. Estes vasos podem se romper na proximidade de regiões onde a adesão entre as partes fetais e maternas esteja patologicamente enfraquecida, como, por exemplo, por reação inflamatória excessiva. O sangramento, seguido da formação do coágulo e da resposta inflamatória desencadeada por este, soma-se aos fenômenos patológicos iniciais, num ciclo automultiplicativo, que pode ser lento ou catastrófico. O distanciamento da parede vilosa da placenta, superiormente à placa basal, provocado por deslocamento e formação do coágulo, estende os danos placentários às vilosidades coriônicas, onde causa isquemia e, posteriormente, infartos, comprometendo, assim, a circulação sanguínea fetal.

A velocidade do acúmulo de sangue no espaço retroplacentário responde por aspectos clínicos dos lados materno e fetal. Nos casos em que o deslocamento é repetitivo e lento, a diminuição progressiva da área de perfusão placentária cursa com sinais de CIUR e episódios de contrações uterinas prematuras, ao passo que no descolamento rápido e de áreas placentárias maiores que 40% o sofrimento fetal agudo, os sinais de irritação uterina e a externalização do sangramento são a regra.

Nos deslocamentos extensos, o somatório de choque hipovolêmico, o contato da circulação materna com fatores teciduais pró-coagulantes e consumo de fibrinogênio pode causar CIVD. Nos casos associados à pré-eclâmpsia grave, este evento é mais comum, uma vez que a própria patologia de base já cursa com alterações de hemostasia.

## QUADRO CLÍNICO

Habitualmente, o DPP é um acometimento agudo e inesperado do último trimestre gestacional. A gestante apresenta-se assustada, seja pela visualização do sangramento genital de cor vermelho-vivo, seja pela dor abdominal. O quadro clínico característico do DPP é a dor abdominal, associada ou não a sangramento vaginal. A dor varia de leve desconforto até dor intensa, associada a aumento do tônus uterino, que pode se manifestar em graus variados, desde uma taquihipersístolia até hipertonia. Em casos de placenta de inserção posterior, a dor pode ser lom-

bar. Menos comumente, desde o início, já podem ser detectados sinais de hipovolemia materna, como palidez, taquicardia e extremidades frias e sudoréticas. A hipotensão pode não ser inicialmente detectada pela resposta vasoconstritora reflexa, ou por níveis aparentemente normais numa paciente com doença hipertensiva prévia.

Na gestante em trabalho de parto, há persistência da dor entre as contrações.

O sangramento genital pode ocorrer em até 70% dos casos e pode se manifestar das seguintes maneiras:

- hemorragia exteriorizada;
- hemoâmnio;
- sangramento retroplacentário.

A coagulopatia pode estar presente no momento do diagnóstico. Esta pode se instalar devido ao consumo dos fatores de coagulação pelo coágulo retroplacentário, pela coagulação intravascular disseminada e pela liberação de tromboplastina na circulação materna devido ao descolamento placentário. O volume de sangramento pode não refletir a gravidade do deslocamento, uma vez que coágulos volumosos podem ficar retidos no espaço retroplacentário. Até 20% dos sangramentos no DPP são ocultos, com formação de coágulo retroplacentário e infiltração sanguínea intramiometrial. Esse sangramento é responsável pela apoplexia útero-placentária ou “útero de Couvelaire” que ocasiona déficit contrátil, sendo importante causa de hemorragia pós-parto.

Uma forma de classificar o DPP baseia-se no grau de desprendimento da placenta. A separação pode ser parcial ou total e classificada em três graus, levando em conta os achados clínicos e laboratoriais, de acordo com classificação de Sher:

- **grau 1:** Sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa. Vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. Geralmente diagnosticado no pós-parto com a identificação do coágulo retroplacentário.
- **grau 2:** Sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. Alterações iniciais da coagulação com queda dos níveis de fibrinogênio. Batimentos cardíacos fetais presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade.
- **grau 3:** Sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipotensão arterial materna e óbito fetal.
- **grau 3A:** Sem coagulopatia instalada.

- **grau 3B:** Com coagulopatia instalada.

Mais correlacionadas com a extensão da superfície de deslocamento são as manifestações de sofrimento agudo no feto, em que se detectam alterações da frequência cardíaca fetal em até 70% dos casos. Em grandes deslocamentos e de duração mais prolongada, há óbito fetal por hipóxia. Fetos com CIUR ou com placentas insuficientes por tabagismo ou pré-eclâmpsia resistem menos ao deslocamento.

O sangramento que se inicia na rotura das membranas deve ser diferenciado da rotura de vasa previa. Hemoâmnio é detectado em até 50% dos casos de DPP. Ao investigar a história, deve-se pesquisar antecedentes de hipertensão, ocorrência de trauma (incluindo violência física), abuso de drogas ou álcool e a presença de outros fatores de risco associados.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do descolamento prematuro de placenta é essencialmente clínico, porém exames radiológicos, laboratoriais e anatomo-patológico da placenta pós-parto corroboram o diagnóstico.

Deve-se pensar em DPP em gestantes com os seguintes sintomas:

- sangramento vaginal com intensidade e cor variáveis;
- dor abdominal, geralmente intensa e de início súbito;
- hipertonia uterina: é bastante típico quadro de contração intensa e prolongada em que, após seu término, o útero permanece com tônus aumentado;
- trabalho de parto prematuro;
- história de hipertensão arterial ou outras intercorrências associadas ao DPP;
- sinais e sintomas de hipovolemia aguda: sudorese, hipotensão, palidez, taquicardia;
- ao toque, nota-se ausência de tecido placentário próximo ao orifício interno do colo, membranas ensas, apresentação fetal forçando o colo uterino.

A ausculta fetal pode revelar bradicardia importante ou batimentos cardíacos inaudíveis.

A ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico e classicamente mostrará presença de hematoma retroplacentário. Porém, ausência de achados ultrassonográficos não descarta a possibilidade de descolamento. Percebe-se, portanto que a ultrassonografia é um exame pouco específico, mas com alto valor preditivo positivo. Em pacientes sintomáticas, a procura por outras alterações, como a presença de debris ecogêni-

cos no líquido amniótico e espessamento placentário, podem aumentar a sensibilidade do exame.

Exames laboratoriais não são úteis para o diagnóstico de deslocamento prematuro de placenta, contudo é importante para detectar coagulopatias, particularmente depleção de fibrinogênio que ocorre em quadros mais graves. A coagulação intravascular disseminada (CIVD) ocorre em 10 a 20% dos casos de DPP, com morte fetal.

O principal diagnóstico diferencial do DPP é a placenta prévia, entretanto outras hemorragias do 2º trimestre de gestação não devem ser prontamente descartadas.

## MANEJO

O tratamento dependerá do grau do descolamento (Grau 1, 2 ou 3) que se reflete no estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal.

No grau 1, o diagnóstico geralmente é feito no pós-parto, portanto, não houve repercussões maternas ou fetais.

No grau 2, o parto vaginal é possível se iminente, desde que a vitalidade fetal esteja preservada e não haja comprometimento hemodinâmico materno. O trabalho de parto deve estar em franco progresso. A amniotomia deve ser realizada assim que possível, pois irá diminuir a pressão intrauterina com o escoamento do líquido amniótico, diminuindo tanto o sangramento do leito placentário quanto a passagem para a circulação materna de tromboplastina. Deve ser monitorado o estado hemodinâmico da gestante com manutenção adequada de reposição volêmica e de sangue e derivados, se necessário. O débito urinário deve ser monitorado e mantido em 30ml/hora e o hematócrito acompanhado e mantido acima de 30%. Se a evolução do trabalho de parto não for rápida e favorável, se houver instabilidade materna ou sofrimento fetal, a cesárea deve ser realizada imediatamente.

Em caso do feto morto, Grau 3, o parto vaginal é aconselhável. Deve-se adotar os mesmos cuidados de monitoração materna do ponto de vista hemodinâmico e do estado de coagulação. Apesar da hipertonia uterina, em alguns casos de DPP maciço o útero pode se tornar hipotônico, sendo necessário o uso de ocitocina. Essa deve ser usada com critério e constante monitoração.

Antes de realizar a cesárea, onde houver possibilidade, deve ser feita transfusão de concentrado de glóbulos, reposição de plaquetas e plasma fresco congelado.

## CONCLUSÃO

Estudos têm demonstrado, nos últimos anos, aumento da incidência de DPP, que pode estar relacionado às mudanças nos fatores de risco a que estão expostas as gestantes na atualidade, tal como a idade materna avançada. Além disso, apesar do diagnóstico de DPP ser essencialmente clínico, o incremento tecnológico na propedêutica obstétrica tem contribuído para o diagnóstico precoce e acurado do DPP. A investigação acurada dessas modificações pode facilitar o acompanhamento das gestantes de maior risco, proporcionando maior precocidade no diagnóstico, de modo a favorecer o prognóstico da gestação. Sabe-se, porém, que mesmo com melhorias nas técnicas diagnósticas, as complicações maternas e os resultados perinatais indesejados podem não ser evitados. Esse fato poderia ser decorrente da gravidade e imprevisibilidade do fenômeno, alertando para o fato de que a prevenção e o controle adequado dos fatores de risco ainda representam a melhor abordagem para o problema.

## REFERÊNCIAS

1. Berghella V. Maternal-Fetal evidence based guideline. Informa Healthcare; 2007.
2. Ananth CV, Sumulian 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.
3. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol*. 2001; 97:765-9.
4. Miller JM, Boudreaux MC, Regan FA. A case-control study of cocaine use in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 172:180-5.
5. Karegard M, Gennser G. Incidence and recurrence rate of abruption placentae in Sweden. *Obstet Gynecol*. 1986; 67:523-8.
6. Lewis G, Drife J, Botting B, Greer I, Kumar C, Nellson J, et al. Why mothers die. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom London. London:1998. p. 1994-6.
7. Ajeje R. Hemorragias da segunda metade da gestação. In: SOGIMIG. *Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos*. 3ª Ed. Belo Horizonte: Medsi; 2003. p. 586-9.
8. Rasmussen S, Irgens LM, Delaker K. Outcome of pregnancies subsequent to placental abruption: a risk assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000; 79:496-501.
9. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Junior MD. *Noções práticas de obstetrícia*. 13ª Ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2004.915.