

Descolamento prematuro de placenta – relato de caso

Placental abruption: case report

Andreia Santos Cardoso¹, Arthur Vaz Fernandes¹, Daniela Caldas Teixeira¹,
Fernanda Gregory de Andrade Moreira¹, Fernanda Rebouças Botelho¹,
Luiza Corradi de Faria¹, Mateus Neves Romero¹, Thais de Souza Andrade¹, Willian Schneider da Cruz Krettl²

RESUMO

Trata-se do relato de caso de uma gestante atendida na maternidade do Hospital das Clínicas da FM-UFMG com quadro de descolamento prematuro de placenta (DPP). A gestante apresentou sangramento vaginal vermelho vivo, dor abdominal e hipertonia uterina, e relatou não perceber movimentos fetais desde o início dos sintomas. Foi, então, questionada hipótese de DPP com intervenção imediata. Uma cesariana de emergência foi realizada com retirada de feto vivo. A paciente e o neonato evoluíram sem intercorrências. Trata-se de um caso que evidencia a importância do rápido reconhecimento e intervenção no DPP para diminuição dos desfechos trágicos.

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

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil

² Médico ginecologista e obstetra do Serviço de Obstetria do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

This is a case report that describes the treatment of a pregnant woman at the Hospital das Clínicas (FM-UFMG) maternity who had placental abruption (Abrutio Placentae). The pregnant presented bright red vaginal bleeding, abdominal ache e hypertonia of the uterus. She also reported not noticing fetal movements since the symptoms began. The hypothesis of placental abruption was raised, leading to prompt intervention. An emergency caesarean section was held, resulting in the removal of a live fetus. Both mother and newborn progressed without any intercurrance. This report emphasizes the importance of an immediate recognition and treatment of the placental abruption in order to lower the number of tragic denouements.

Key words: Abrutio Placentae; Hemorrhage; Pregnancy Complications.

INTRODUÇÃO

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação espontânea, parcial ou total da placenta normalmente inserida no corpo uterino em gestações acima de 20 semanas, resultando em sangramento uterino e redução do aporte de oxigênio e nutrientes ao feto. Ocorre em torno de 1 a 2% das gestações. Sua etiologia ainda não foi totalmente elucidada e em cerca de 50% das vezes a causa não pode ser definida.¹ O fator etiológico mais importante relacionado ao DPP é a hipertensão arterial sistêmica², sendo responsável por aproximadamente 50% dos casos; fatores traumáticos são determinantes em apenas 2% dos casos. Outros fatores envolvidos em sua gênese são multiparidade, idade materna avançada, brevidade do cordão, versão fetal externa, retração uterina intensa, miomatose uterina,

Instituição:
Faculdade de Medicina UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

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

torção do útero gravídico, tabagismo, uso de cocaína e/ou álcool, anemia e má-nutrição.^{2,3,4} O diagnóstico é clínico, com encontro de hipertensão arterial sistêmica, sangramento vaginal intenso e escuro e hipertonia uterina à palpação abdominal, que é dolorosa. Deve-se ressaltar, entretanto, que em 20% dos casos o sangramento não é exteriorizado, dificultando o diagnóstico. A ultrassonografia é útil para afastar outras hipóteses diagnósticas, como placenta prévia e rotura uterina. Em casos de feto vivo, indica-se a via de parto mais rápida. As principais complicações incluem afecções maternas, como choque hipovolêmico, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda; e fetais, como: morte perinatal, prematuridade e hipóxia fetal. A mortalidade materna chega a 30%; o prognóstico fetal é mais grave, com morte do conceito em 90% dos casos.^{5,6}

RELATO DE CASO

AGJ, 33 anos, secundigesta, parto vaginal prévio, idade gestacional de 35 semanas e cinco dias, procurou atendimento na maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG às 23 h de 23/02/2012, em decorrência de sangramento vaginal intenso, vermelho vivo, iniciado às 22 h, associado à dor abdominal. Afirmava não perceber movimentação fetal desde o início das queixas. Hábito urinário preservado; ausência de comorbidades. Primeira gestação há sete anos, com parto vaginal pré-termo. Nessa segunda gestação realizou cinco consultas de pré-natal. Apresentava-se ansiosa, corada no limiar, hidratada, anictérica, acianótica, eupneica, afebril ao toque, sem edemas. A pressão arterial sistêmica era de 120/80 mmHg, a frequência cardíaca de 80 bpm, a altura uterina de 33 cm, com batimento cardíaco fetal presente de 144 bpm. A palpação abdominal revelou hipertonia uterina e o exame especular sangramento ativo intenso; com o colo longo, posterior, pérvio.

A impressão diagnóstica inicial foi a de descolamento prematuro de placenta, sendo indicada cesárea de emergência. O ato cirúrgico cursou sem intercorrências. Extraído recém-nascido (RN) vivo, único, masculino, assistido pelo pediatra em sala de parto, com peso de 2.830 g (p 75–90), comprimento 49 cm (p 75–90), perímetro cefálico 33,5 cm (p 75–90), Apgar no primeiro e segundo minutos de sete e oito, respectivamente. Não foi administrada oxigenioterapia, evoluindo com desconforto respiratório, sendo

monitorizado e levado à unidade neonatal saturando 60% em ar ambiente. Administrado oxigênio por látex com melhora imediata (satO₂ 99%). Após três horas apresentou novo desconforto, sem melhora com uso de CPAP nasal, sendo intubado e administrado surfactante com sete horas de vida. Houve boa resposta. Foi extubado no mesmo dia; ficou no CPAP por 12 horas; em ar ambiente. Alta em 1º/03/2012.

A dequitação assistida da placenta após extração de RN revelou área de 15% de descolamento. A mãe evoluiu com boas condições clínicas, sem intercorrências no puerpério. Recebeu alta em 26/02/2012 em boas condições clínicas.

DISCUSSÃO

O DPP constitui grave entidade hemorrágica na segunda metade da gestação. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, mas em alguns casos a ultrassonografia, apesar de apresentar sensibilidade e valor preditivo negativo baixos, pode ser útil, principalmente quando não é possível a visualização do sangramento. As condições materno-fetais, no entanto, devem ser favoráveis à realização do exame. O prognóstico do conceito está diretamente relacionado à idade gestacional e à agilidade de intervenção da equipe médica. É desaconselhável a perda de tempo com o uso de exames complementares que retardam desnecessariamente a intervenção obstétrica.⁷

Os fatores de risco para o DPP incluem: trauma abdominal, uso de drogas (em especial a 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.^{2,3,4,8} Nesse relato, a paciente, a princípio, não apresentava qualquer dos fatores de risco, mostrando que mesmo na ausência desses fatores não se deve descartar o diagnóstico de DPP na vigência de manifestações clínicas típicas.

O DPP, neste caso, comportou-se como visível, exteriorizado em hemorragia, o que facilitou o estabelecimento diagnóstico e possibilitou assistência médica rápida, contribuindo para melhor prognóstico materno-fetal.

O tratamento do DPP requer a manutenção do estado volêmico, frequentemente por meio de transfusões de concentrado de hemácias, plasma fresco

congelado e crioprecipitado.⁹ O tratamento obstétrico é estabelecido de acordo com a viabilidade 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. A cesárea, diante de feto morto, deve ser realizada, basicamente, em caso de parada na evolução da parturição, hemorragia pronunciada e na vigência de instalação de coagulopatia. A tomada de decisão médica e a rápida intervenção são determinantes para o melhor prognóstico da mãe e do feto.

CONCLUSÃO

O DPP constitui grave intercorrência na segunda metade da gestação e requer abordagem médica imediata. A rápida tomada de decisão quanto à intervenção obstétrica que promove o parto com segurança é decisiva para a redução dos riscos.

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