

Descolamento prematuro de placenta: uma breve revisão

Abruptio placentae: a brief review

Kelly Martins Vitória¹, Laísa de Oliveira Ennes¹, Raquel Fonseca Tavares¹, Isabella Couto de Oliveira Araújo¹, Breno Ferreira Zwetkoff¹, Ângelo Souza Reis¹, Geisa Oliveira¹, Andrezza Vilaça Belo Lopes²

RESUMO

O descolamento prematuro de placenta (DPP) constitui-se na separação prematura da placenta eutópica do útero em gestação de mais de 20 semanas, sendo importante causa de sangramento vaginal na segunda metade da gestação. Possui elevada morbimortalidade materno-fetal. Sua exata etiologia permanece obscura, sendo atribuída à implantação anormal do trofoblasto. Vários são os fatores de risco como: tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, hipertensão arterial sistêmica crônica, pré-eclâmpsia, anemia ferropriva, via de parto na gestação anterior, intervalo interpartal, mutações genéticas, gestações múltiplas, história prévia de DPP, idade materna avançada, multiparidade e baixo nível socioeconômico. Seu diagnóstico deve ser considerado diante de: sangramento vaginal, dor abdominal, hipertonia uterina e comprometimento fetal. A ultrassonografia constitui importante auxílio ao diagnóstico, embora não seja necessária. As principais complicações maternas associadas consistem em: choque hemorrágico, coagulopatias, rotura uterina, hipotonia uterina no pós-parto, histerectomia, falência renal e necrose isquêmica de órgãos periféricos. As complicações perinatais se devem à prematuridade, hipóxia e morte intrauterina. A mortalidade perinatal é determinada pela gravidade do descolamento e idade gestacional. A prevenção adequada e a previsão da ocorrência de DPP são limitadas e a suspeita diagnóstica permanece clínica.

Palavras-chave: Deslocamento Prematuro de Placenta; Gravidez Múltipla; Complicações na Gravidez; Mortalidade Materna; Mortalidade Perinatal.

ABSTRACT

The abruptio placenta (AP) is the premature separation of placenta eutopic uterus in pregnancy over 20 weeks, an important cause of vaginal bleeding in the second half of pregnancy. It has raised maternal-fetal morbidity. Its exact etiology remains unclear, being attributed to abnormal implantation of the trophoblast. There are several risk factors such as smoking, alcohol use, illicit drug use, chronic hypertension, preeclampsia, anemia, mode of delivery in previous pregnancy, birth interval, genetic mutations, multiple gestations, previous history of AP, advanced maternal age, multiparity, low socioeconomic status. The diagnosis should be considered before: vaginal bleeding, abdominal pain, uterine hypertonia and fetal compromise. Ultrasonography is an important aid to diagnosis, although not required. The main maternal complications associated include: hemorrhagic shock, coagulopathy, uterine rupture, uterine hypotonia after delivery, hysterectomy, kidney failure and ischemic necrosis of peripheral organs. Perinatal complications are due to prematurity, hypoxia, and death intruterina. The perinatal mortality rate is determined by the severity of the detachment and gestational age. The proper prevention and prediction of the occurrence of AP is limited clinical and diagnostic suspicion remains.

Key words: *Abruptio Placentae; Pregnancy, Multiple; Emergencies; Cesarean Section; Pregnancy Complications; Maternal Mortality; Perinatal Mortality.*

¹ Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da UFMG.
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Endereço para correspondência:
Isabella Couto de Oliveira Araújo
Av. Fleming, 1000
Bairro: Ouro Preto
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: isabellacoa@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é o sangramento uterino oriundo da separação prematura da placenta eutópica após 20 semanas de gestação, sendo importante causa de sangramento vaginal na segunda metade da gestação. Sua exata etiologia permanece obscura, mas é atribuída como consequência da implantação anormal do trofoblasto, tendo sido identificados muitos fatores de risco.¹

O DPP significa alto risco para a mãe e também causa importante de decesso fetal.¹ Sua incidência varia de 0,43 a 7% com grande mortalidade, em especial em países subdesenvolvidos, onde a assistência pré-natal e os serviços de urgência são limitados.^{1,2}

O objetivo deste trabalho é apresentar os principais fatores de risco, métodos diagnósticos e complicações do DPP, condição que, apesar de bem caracterizada, coloca à prova a eficiência da assistência obstétrica dos sistemas de saúde.

FATORES DE RISCO

A etiologia do DPP é multifatorial e assemelha-se à de outras entidades clínicas, como crescimento intrauterino restrito e prematuridade, o que reforça a impressão de que eles sejam a expressão de fator comum: a disfunção placentária.³

As alterações do fluxo sanguíneo e do endotélio placentário causadas pelo tabagismo o tornam importante fator de risco para o DPP, sendo sua incidência duas vezes mais alta nas gestantes tabagistas.⁴ O risco é dependente do número de cigarros fumados ao dia.⁵ O tabagismo paterno também está associado ao aumento do risco de DPP, explicável pela exposição passiva da gestante e de sua maior chance de fumar, ainda que negue.⁴

O uso de álcool está também associado ao alto risco de DPP⁴, embora não varie significativamente conforme a quantidade consumida.⁶

Não está demonstrado se o uso de cocaína correlaciona-se com o favorecimento de DPP⁶, embora o seja com o uso de drogas ilícitas.

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica crônica é mais expressiva em gestantes com DPP^{3,7,8}, entretanto, pode ser casual, apesar de que a pré-eclâmpsia relaciona-se fortemente com o aumento de seu risco.^{4,6}

A anemia ferropriva no início da gravidez associa-se ao aumento de risco de DPP, possivelmente por alterar a angiogênese placentária e causar hipoxemia e inflamação crônica.⁸

Outros fatores preditivos importantes para o risco de DPP incluem a via de parto em gestação anterior e o intervalo interpartal, sendo significativamente elevado em gestações precedidas por cesariana^{4,9} e que ocorrem no primeiro ano pós-parto.⁹ As alterações histológicas no útero pós-cirurgia (com consequente implantação subótima da placenta) e recuperação nutricional materna insuficiente poderiam, respectivamente, justificar tais achados.⁹

O DPP é mais observado em algumas mutações genéticas, como a regulação do fator V de Leiden, sendo duas vezes mais comum na multiparidade, o que pode explicar o aumento de sua incidência conforme a pluralidade de gestação, como em trigemelares.^{2,10}

A incidência aumentada de DPP é também observada em gestantes com DPP anterior, placenta prévia, corioamnionite; com idade superior a 35 anos, baixo nível educacional, solteiras, múltiparas; com gestações de fetos masculinos e complicadas por CIUR, o que provavelmente reflete a etiologia comum de ambas as condições clínicas.^{4,6}

DIAGNÓSTICO

A suspeita ou confirmação diagnóstica de DPP é estabelecida pelos seguintes critérios: a) sangramento vaginal doloroso acompanhado de pelo menos uma das seguintes condições: vitalidade fetal comprometida, dor abdominal grave, contrações uterinas tetânicas ou hipertonicidade uterina; b) placenta recém-dequitada com evidência de sangramento retroplacentário ou cóagulo; c) DPP diagnosticada no pré-natal pela US.¹¹

O DPP ocorre antes do parto em 74% das pacientes e durante o trabalho de parto (TP) em 26%. É observado em 70, 51 e 50% das pacientes, respectivamente, sangramento vaginal; desconforto abdominal, amolecimento uterino, contrações uterinas tetânicas ou hipertonia uterina; e líquido amniótico sanguinolento. A identificação de anormalidades no batimento cardíaco fetal (bradicardia, desacelerações tardias repetidas ou diminuição da variabilidade dos batimentos fetais) acontece em 69% dos casos.⁴ Os recém-nascidos nascem em menos de 24

horas e antes de uma hora após o início da sintomatologia em 79 e 24%, respectivamente.⁴

A placenta, em alguns casos, é implantada na parede anterior ou posterior do útero, quando o DPP é menos doloroso e insuficiente para causar choque hipovolêmico.¹²

ULTRASSONOGRAFIA

O diagnóstico de DPP é fundamentalmente clínico. No entanto, a ultrassonografia (US) é reconhecida como adjuvante útil em sua avaliação. Seus achados mais importantes são a visualização do hematoma retroplacentário e o aumento na espessura da placenta. O sangue extravasado infiltrando a parede uterina atrás da placenta representa causa do aumento do tônus uterino, o que se associa à rigidez uterina, que é o sinal mais específico de DPP. Os achados da US no DPP podem depender do grau de descolamento de placenta, bem como do intervalo entre o início do descolamento e o exame, demonstrando imagens variáveis de tecido amorfo anormalmente espessado, com áreas hiperecoicas, hipoecoicas e anecoicas. A razão é que imagens da US ecogênica são inicialmente produzidas devido ao sangue fresco. A mistura de áreas ecoicas e anecoicas associa-se à progressão do hematoma em resolução, enquanto as áreas anecoicas tornam-se predominantes na completa resolução dos coágulos.¹³

COMPLICAÇÕES

O DPP é importante causa de morbimortalidade materna e perinatal. Entre as complicações maternas, destacam-se: choque hemorrágico, coagulopatias, coagulação intravascular disseminada, rotura uterina, hipotonia uterina no pós-parto, falência renal e necrose isquêmica de órgãos periféricos, podendo ser necessária histerectomia para controle do quadro. Elas decorrem de alterações hemodinâmicas que podem ser agravadas pelo trauma cirúrgico.^{2,14,15}

As complicações perinatais como o baixo peso ao nascer, Apgar diminuído no primeiro e no quinto minutos de vida, alteração do desenvolvimento neuropsicomotor e morte estão frequentemente associadas à prematuridade e à hipoxia.^{2,14,15}

A interrupção imediata da gestação diante de bradicardia fetal persistente é medida importante para ces-

sar mecanismo de sofrimento fetal agudo e minimizar os desfechos desfavoráveis em casos mais graves.^{2,14,15}

As complicações maternas geralmente podem ser revertidas em unidades com o mínimo de infraestrutura física e profissional (anestesista, obstetra, acesso rápido a hemoderivados). Logo, a preocupação imediata com a saúde materna em casos de DPP com feto viável e com vitalidade comprometida não deve contribuir para o atraso da interrupção da gestação.^{2,14,15}

CONCLUSÃO

O DPP permanece como importante causa de mortalidade materna e perinatal. A mortalidade perinatal é determinada pela sua gravidade e pela idade gestacional quando o DPP ocorre. Infelizmente, a prevenção adequada, assim como a previsão da ocorrência de DPP, são ainda limitadas. O diagnóstico do DPP, apesar dos avanços em tecnologia médica, é, na maior parte das vezes, clínico. Assim que o DPP acontece, existem algumas medidas que melhoram o seu prognóstico, o que inclui diagnóstico precoce e parto imediato, conduta conservadora para permitir a administração de corticoides e a transferência da gestante para maternidade com suporte para prematuros. Finalmente, atenção aos casos de necessidade materna de hemotransfusão, o que melhora o seu prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Bibi S, Ghaffar S, Pir MA, Yousfani S. Risk factors and clinical outcome of placental abruption: a retrospective analysis. *J Pak Med Assoc.* 2009 Oct; 59(10):672-4.
2. Salihu HM, Bekan B, Aliyu MH, Rouse DJ, Kirby RS, Alexander GR. Perinatal mortality associated with abruptio placenta in singletons and multiples. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 July; 193(1):198-203.
3. Matsaseng T, Bagratee JS, Moodley J. Pregnancy outcomes in patients with previous history of abruptio placentae. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006 Mar; 92: 253-4.
4. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85:700-5.
5. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2006 Oct; 108(4):1005-16.
6. Kramer MS, Usher RH, Pollack R, Boyd M, Usher S. Etiologic determinants of abruptio placentae. *Obstet Gynecol.* 1997 Feb; 89(2):221-6.

7. Leunen K, Hall DR, Odendaal HJ, Grové D. The profile and complications of women with placental abruption and intrauterine death. *J Trop Pediatr*. 2003 Aug; 49(4):231-4.
8. Arnold DL, Williams MA, Miller RS, Qiu C, Sorensen TK. Iron deficiency anemia, cigarette smoking and risk of abruption placenta. *J Obstet Gynecol Res*. 2009 Jun; 35(3):446-52.
9. Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet Gynecol*. 2006 Apr; 107(4):771-8.
10. Campbell DM, Templeton A. Maternal complications of twin pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004 Jan; 84(1):71-3.
11. Elsasser DA, Ananth CV, Prasad V, Cintzileos AM. New Jersey-Placental Abruption Study Investigators. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Feb; 148(2):125-30.
12. Nagayama C, Suzuki S. Influence of placental position on outcome in patients with placental abruption. *J Nippon Med Sch*. 2006 Dec; 73(6):351-3.
13. Kikutani M, Ishihara K, Araki T. Value of ultrasonography in the diagnosis of placental abruption. *J Nippon Med Sch*. 2003 Jun; 70(3):227-32.
14. Kayani SIK, Walkinshaw SA, Preston C. Pregnancy outcome in severe placental abruption. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2003 July; 110:679-83.
15. Souza E, Camano L. Projeto Diretrizes: Descolamento prematuro da placenta. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Elaboração Final: 26 de Agosto de 2002. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(3). [Citado em 2011 maio 19]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01044230_2006000300008&script=sci_arttext.