

Descolamento prematuro da placenta: relato de caso

Placental abruption: a case report

Camila Milagres Macedo Pereira¹, Débora Gomes de Melo dos Santos Medeiros¹, Sarah de Lima e Silva¹, Sérgio Vinícios Soares Oliveira¹, Stephanie Viveiros da Silva Teixeira¹, Tatiane Barroso Maciel¹, Vanessa Machado D'Ángelo Drummond¹, Walkíria Monteiro Lopes¹, Warley César da Silveira¹, Renato Janone Domont²

RESUMO

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é uma das principais causas de sangramento na segunda metade da gestação. Seu diagnóstico é eminentemente clínico, apresentando-se principalmente como sangramento vaginal e hipertonia uterina. Seu mecanismo fisiopatológico não está totalmente elucidado. Entretanto, são bem entendidos alguns fatores de risco como: tabagismo, doença hipertensiva, uso de cocaína e baixas condições socioeconômicas. O DPP cursa com altas taxas de morbimortalidade materna e fetal; por isso, seu diagnóstico deve ser rápido e a intervenção imediata. Relata-se, neste trabalho, a gestação de 29 semanas e 6 dias complicada por DPP em que a má aceitação da gravidez pela mãe e a ausência de assistência pré-natal foram os principais fatores de risco.

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

ABSTRACT

Placental abruption is a major cause of bleeding in the second half of pregnancy, diagnosis is eminently clinical, presenting mainly as vaginal bleeding and uterine excitability. Its pathophysiological mechanism is still not fully understood but risk factors like smoking, hypertensive diseases, cocaine use and low socioeconomic status are well established in literature. Placental abruption presents with high rates of morbidity, maternal and fetal mortality, hence the diagnosis should be swift and the intervention must be immediate. In this article we report a case of 29 weeks and 6 days' gestation complicated by placental abruption that poor acceptance of pregnancy by the mother and lack of prenatal care were identified as major risk factors.

Key words: *Placental Abruption; Pregnancy Complications; Hemorrhage; Pregnancy.*

INTRODUÇÃO

Descolamento prematuro da placenta (DPP) normalmente inserida constitui-se na separação inopinada, intempestiva e prematura da placenta implantada no corpo do útero, depois da vigésima semana de gestação. Sua etiologia não está totalmente esclarecida. A separação prematura da placenta e a hemorragia decidual resultante parecem decorrer da ruptura das arteríolas espiraladas da decídua.

A DPP é das principais causas de sangramento da segunda metade da gestação. Sua incidência é de 6,5 casos para cada 1000 partos¹, sendo que, em 50% das vezes,

¹ Acadêmicos do 10º Período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);

² Médico ginecologista e obstetra do Serviço de Obstetria do Hospital das Clínicas da UFMG.

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetria da UFMG.

Endereço para correspondência:
Stephanie Viveiros da Silva Teixeira
Rua Sergipe, 85 – apto 801.

Funcionários
CEP: 30130170
Belo Horizonte, MG – Minas Gerais
E-mail: camilamacedo@ufmg.br,
stephanievteixeira@hotmail.com

não possui etiologia definida¹¹. O principal fator de risco é representado pela doença hipertensiva materna², além de: condição socioeconômica⁴, multiparidade⁴, idade materna avançada⁵, relato de DPP em gestação anterior⁶, cesárea prévia^{7,8}, CIUR⁵, corioamnionite⁵, gemelidade¹, diabetes melito⁴, tempo prolongado de rotura de membranas⁵, tabagismo², etilismo e uso de drogas ilícitas, principalmente cocaína¹⁰, níveis séricos elevados de alfa-fetoproteína e trauma abdominal¹¹. A associação de trombofilia e DPP ainda é controversa¹¹.

O diagnóstico da DPP é eminentemente clínico, caracterizado em 80% das vezes por dor no fundo uterino, seguida de perda sanguínea. Observam-se hipertonia uterina, hemorragia genital e bolsa amniótica tensa. Em casos duvidosos, a ultrassonografia (US) pode ajudar na exclusão de outras causas de metrorragia da segunda metade da gestação.

As possíveis complicações incluem afecções maternas (coagulação intravascular disseminada, hemorragia pré e pós-parto, insuficiência renal aguda, choque hipovolêmico) e fetais (morte perinatal, prematuridade, hipóxia fetal). A DPP constitui entidade hemorrágica grave da segunda metade da gestação com índices de mortalidade materna e perinatal elevados^{9,12}.

RELATO DE CASO

Primigesta de 16 anos de idade, com gestação de 29 semanas e seis dias, procurou o Serviço de Urgência Obstétrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais devido a sangramento vaginal volumoso, dor abdominal intensa de início súbito e tentativa de auto-extermínio há um mês por ingestão de oito comprimidos de ibuprofeno. Percebia movimentação fetal e negava queixas urinárias, febre,

náuseas ou vômitos. A gravidez não foi planejada e não houve pré-natal. Sem doenças prévias. Tabagista.

Apresentava-se corada, hidratada, com pressão arterial sistêmica de 124/64 mmHg, frequência cardíaca de 84 bpm e hipertonia uterina evidenciada à palpação abdominal. A altura uterina era de 27 cm e o batimento cardíaco fetal (bcf) estava presente. O exame especular mostrou sangramento vaginal intenso através do orifício externo do colo que se encontrava longo, posterior e fechado ao toque.

A US endovaginal e transabdominal visualizou, no momento da admissão, placenta posterior sem atingir orifício interno do colo, sem hematoma retroplacentário (Figura 1). O diagnóstico presuntivo foi de DPP, sendo indicada cesariana de urgência.

Durante a cirurgia, o líquido amniótico encontrava-se claro e abundante e a extração fetal foi dificultada pela grande quantidade de coágulos na cavidade uterina. Identificou-se descolamento de 30% da superfície placentária (Figura 2). Foi mantida ocitocina no pós-operatório e a paciente evoluiu bem, recebendo alta em boas condições.

DISCUSSÃO

A etiologia da DPP não está totalmente esclarecida¹³. Existem inúmeros fatores de risco bem definidos, entre eles: hipertensão arterial sistêmica crônica, pré-eclâmpsia, uso de drogas (cocaína), trauma, tabagismo, baixa condição socioeconômica, gestante solteira¹⁵. Neste caso, pode-se identificar a gravidez indesejada como fator de risco primordial, repercutindo na ausência de acompanhamento pré-natal e tentativa de auto-extermínio. Não há relato de relação direta entre uso excessivo de ibuprofeno ou outros AINES com o DPP.¹⁴



Figura 1 - Ultrassonografia endovaginal e transabdominal, respectivamente, com placenta posterior, sem atingir o orifício externo do colo e sem sinais de hematoma retroplacentário.



Figura 2 - Foto retirada após o parto, mostrando placenta com 30% de descolamento.

O DPP tem diagnóstico fundamentalmente clínico, porém a US pode auxiliar evidenciando coágulo retroplacentário, além de ser útil no diagnóstico diferencial com placenta prévia, excluída ao exame admissional. Frente ao diagnóstico de DPP, a interrupção da gravidez é mandatória. Nos casos de feto vivo e viável na gestação suficientemente avançada para a sobrevivência pós-parto, a via obstétrica alta está indicada. A amniotomia deve ser realizada a fim de diminuir a hipertonia, reduzir a compressão da veia cava inferior, dificultar a ampliação da área de descolamento, coordenar as contrações, diminuir a hemorragia, evidenciar o hemoâmnio e diminuir a pressão intrauterina.¹³ Deve ser dada continuidade ao trabalho de parto quando está em andamento, sem a possibilidade de sua realização pela via alta. A melhor opção é a conduta conservadora quando o feto está morto e a parturiente esteja estável. Na maioria dos casos de DPP grave e de feto morto, as pacientes entram em trabalho de parto espontâneo; entretanto, a via obstétrica alta pode ser indicada por deterioração da condição materna. Os níveis séricos elevados de produtos de degradação do plasminogênio podem inibir, em alguns casos, as contrações uterinas e dificultar o parto vaginal, assim como contribuir para a hemorragia atônica pós-parto¹⁶. É vital manter, independentemente da indicação obstétrica alta ou baixa, a paciente sob monitorização para evitar choque ou coagulopatia e tratar adequadamente quando necessário.

CONCLUSÃO

Este relato evidencia a relevância do planejamento familiar e da assistência pré-natal adequada na identificação precoce de fatores de risco para o DPP, o que contribui para a redução da incidência de desfechos gestacionais desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Ananth CV, Smulian 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. Faiz AS, Demissie K, Ananth CV, Rhoads GG. Risk of abruptio placentae by region of birth and residence among African-American women in the USA. *Ethn Health.* 2001; 6:247-53.
4. Kyrklund-Blomberg NB, Gennser G, Chattingius S. Placental abruption and perinatal death. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001; 15:290-7.
5. Kramer MS, Usher RH, Pollack R, Boyd M, Usher S. Etiologic determinants of abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1997; 89:221-6.
6. Rasmussen S, Irgens LM, Dalaker K. Outcome of pregnancies subsequent to placental abruption: a risk assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000; 79:496-501.
7. Rasmussen S, Irgens LM, Dalaker K. A history of placental dysfunction and risk of placental abruption. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1999; 13:9-21.
8. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth (1). *Obstet Gynecol.* 2001; 97:765-9.
9. Karegard M, Gennser G. Incidence and recurrence rate of abruptio placentae in Sweden. *Obstet Gynecol.* 1986; 67:523-8.
10. Miller JM, Boudreaux MC, Regan FA. A case-control study of cocaine use in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 172:180-5.
11. Berghella V. Maternal-Fetal evidence based guidelines. *Informa Healthcare;* 2007.
12. Lewis G, Drife J, Botting B, Greer I, Kumar C, Neilson J, et al. Why mothers die. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom London. London: 1998. p.1994-6.
13. Souza E, Camano L. Descolamento prematuro da placenta. *Rev Assoc Med Bras.* 2006 June; 52(3): 133-5.
14. Nielsen GL, Sorensen HT, Larsen H, Pedersen L. Risk of adverse birth outcome and miscarriage in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based observational study and case-control study. *Br Med J.* 2001; 322:266-70.
15. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. Noções práticas de obstetria. 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2004. 915 p.
16. Basu HK. Fibrinolysis and abruptio placentae. *J Obstet Gynaecol Br Commonw.* 1969; 76:481-96.