



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA IDIOPÁTICO: RELATO DE CASO

Premature idiopathic placental abruption: case report

Amanda Campos Sarvasi¹, Daniela da Silva Sobrino²

^{1,2}Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF) - Bragança Paulista, SP.

Resumo

Introdução: O Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) é uma das principais causas de desfecho desfavorável da gravidez. Todavia, a ocorrência de DPP em gestantes sem fatores de risco é considerado raro. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com gestação de baixo risco que evoluiu para um descolamento prematuro de placenta idiopático atendida no Hospital São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado na cidade de Bragança Paulista - SP. **Relato do Caso:** Tratou-se de uma paciente jovem, múltipara, com idade gestacional de 32 semanas, admitida com hipotensão e dor aguda de forte intensidade, já sem a presença de movimentos fetais, a despeito de ausência de comorbidades prévias ou alergias, e mesmo tendo realizado o acompanhamento pré-natal sem qualquer intercorrência. Os exames demonstraram descolamento placentário de 80%, sendo tratada com cesárea de urgência. Embora o óbito fetal tenha ocorrido, a paciente teve boa evolução, recuperando o estado de saúde e sendo liberada do acompanhamento no Serviço. **Conclusão:** Ressalta-se a importância de se estabelecer uma hipótese diagnóstica de DPP em gestantes com quadro doloroso abrupto e intenso, além de anemia pronunciada, mesmo na ausência de sangramento aparente, buscando assim iniciar o manejo o mais rápido possível no intuito de preservar a integridade tanto materna quanto fetal. **Palavras-chave:** Ginecologia, Obstetrícia, Descolamento Prematuro de Placenta, Diagnóstico, Tratamento.

Introdução

Descolamento Prematuro da Placenta normalmente inserida (DPP), é conceituado como a separação inopinada, intempestiva e prematura da placenta implantada no corpo do útero, depois da 20ª semana de gestação. É clássico atribuir-lhe incidência global de 1% (DEROO *et al.*, 2016). Dados recentes situam-no em 6,5 para cada 1000 partos (DOWNES; SHENASSA; GRANTZ, 2017).

Gravidezes complicadas por descolamento resultam em aumento da frequência de baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte fetal e morte perinatal (ANANTH; WILCOX, 2001). Os riscos maternos associados ao DPP incluem perda maciça de sangue, coagulopatia intravascular disseminada, insuficiência renal e, menos comumente, morte materna (ANANTH *et al.*, 1999). A sua etiologia ainda não é totalmente conhecida, podendo, didaticamente, ser dividida em traumática e não-traumática. As causas traumáticas externas possuem valor limitado, restritas aos grandes acidentes e traumas (WEI; HELMY; COHEN, 2009).

As causas não-traumáticas de DPP constituem o aspecto etiológico mais importante, com destaque para os chamados fatores predisponentes. A literatura clássica e estudos mais



recentes têm enumerado os principais: hipertensão arterial, multiparidade, idade materna avançada, passado obstétrico ruim, relato de DPP em gestação anterior cesárea prévia, restrição do crescimento intrauterino, corioamnionite, gemelidade, *Diabetes Mellitus*, tempo prolongado de rotura de membranas, tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas, principalmente cocaína. Ainda, pré-eclâmpsia e ruptura prematura da membrana são causas comuns de DPP (LI *et al.*, 2019).

Há casos cujas gestantes apresentaram sérias complicações na evolução obstétrica, como por exemplo, hemorragia abrupta via vaginal e intraoperatória podendo evoluir para histerectomia puerperal, choque hipovolêmico e coagulação intravascular disseminada, além de óbito fetal que ocorre em boa parte dos casos (ANANTH; WILCOX, 2001).

A ocorrência de DPP em gestantes sem fatores de risco é considerado raro. Dessa forma, o propósito do presente estudo é relatar o caso de uma paciente com gestação de baixo risco que evoluiu para um descolamento prematuro de placenta idiopático no Hospital São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado na cidade de Bragança Paulista - SP. Entende-se que a descrição do caso fornecerá à comunidade médica informações relacionadas especialmente à conduta a ser seguida, que poderão ser utilizadas na vigência de um novo caso de DPP.

Objetivo

Relatar o caso raro de uma paciente com gestação sem fatores de risco, que evoluiu para um descolamento prematuro de placenta idiopático durante seu período de internação, parto e puerpério.

Método

Trata-se de um relato de caso único, de natureza observacional, retrospectivo e descritivo. A pesquisa foi realizada mediante a análise do prontuário da paciente, que não apresentava nenhum fator predisponente ao DPP. O relato incluiu o desfecho do caso no puerpério imediato. Em nenhum momento a paciente descrita foi contatada, tão pouco reexaminada. Mesmo assim, a paciente assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando o relato do seu caso. Não foi divulgada nenhuma informação que pudesse identificar o sujeito.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, de Bragança Paulista – SP, e aprovado segundo parecer consubstanciado número 3.395.726 17 de junho de 2019, visto ter obedecido as diretrizes previstas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os aspectos legais e éticos relacionados às pesquisas que envolvem seres humanos.

Relato do Caso

Paciente IDS, 28 anos, solteira, mãe de dois filhos, natural e procedente de Piracaia – SP. Deu entrada no pronto socorro de obstetrícia do HUSF de Bragança Paulista – SP, trazida pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) no dia 18 de agosto de 2018. Tratava-se de uma gestante de 32 semanas e 1 dia, com quadro de dor em hipogástrio de forte intensidade e ausência de movimentação fetal.



No histórico de patologias progressas a paciente não apresentava comorbidades prévias ou alergias, e o pré-natal havia sido realizado na rede básica de saúde sem intercorrências. Nos antecedentes obstétricos, a paciente apresentava histórico de duas gestações anteriores, com dois partos por vias naturais, também sem intercorrências. Quanto aos antecedentes familiares, não foi encontrado nada digno de nota.

Ao exame físico inicial, a paciente se encontrava estável hemodinamicamente, com pressão arterial de 80 por 65 mmHg, frequência cardíaca de 85 BPM, descorada +/4+. Ao exame obstétrico, o útero encontrava-se hipertônico, não havia movimentação fetal e os batimentos cardíofetais estavam inaudíveis. Ao toque vaginal, o colo uterino encontrava-se grosso, posterior, pérvio para 1 centímetro e cefálico. A bolsa se mostrava íntegra, e a amnioscopia apontou líquido de aspecto hemático.

Em relação a impressão diagnóstica inicial, foi levantada a hipótese de descolamento prematuro de placenta (DPP), sendo a paciente encaminhada ao centro cirúrgico para realização de parto cesárea de urgência.

No intraoperatório, foi evidenciado um descolamento placentário de 80% com grande quantidade de coágulos intrauterinos. A paciente evoluiu com hipotonia uterina, revertida após administração de 25 UI de ocitocina endovenosa, e 800 mcg de Misoprostol via retal no pós-operatório imediato.

O óbito fetal foi constatado às 16:30h no mesmo dia da admissão. Tratava-se de um feto do sexo masculino, pesando 1880 g, que foi encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbitos.

A paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, recebendo apenas 2 concentrados de hemácias na sala de recuperação anestésica devido à queda da hemoglobina de 11,7 para 7,1 no pós-operatório. Permaneceu internada em nosso Serviço e, no puerpério, apresentou quadro de anemia refratária, que após avaliação da hematologia e realização de transfusões seriadas, recebeu alta médica.

Após 40 dias do parto, foi avaliada no ambulatório de puerpério patológico sem queixas, com controle pressórico normal. Sendo assim, recebeu alta do nosso Serviço para seguimento ginecológico de rotina na rede básica do município.

DISCUSSÃO

O DPP é uma das principais causas de sangramento vaginal na segunda metade da gravidez, constituindo-se em uma importante causa de mortalidade e morbidade perinatal. O efeito materno do descolamento depende principalmente de sua gravidade, enquanto seu efeito sobre o feto é determinado tanto pela gravidade quanto pela idade gestacional em que ocorre. Os fatores de risco para o descolamento incluem descolamento prévio, tabagismo, trauma, uso de cocaína, gestação multifatorial, hipertensão, pré-eclâmpsia, trombofilias, idade materna avançada, ruptura prematura das membranas, infecções intrauterinas e hidrâmnios. O abscesso envolvendo mais de 50% da placenta também é frequentemente associado à morte fetal. O diagnóstico do DPP é clínico, e a ultrassonografia nestes casos é de valor limitado (OYELESE; ANANTH, 2006).

O manejo do descolamento deve ser individualizado. Nos casos em que ocorra a morte fetal, o parto vaginal é preferível. A coagulopatia intravascular disseminada deve ser tratada de forma agressiva, e quando o DPP ocorre no termo ou próximo do termo, e o estado materno e fetal é reconfortante, o manejo conservador com o objetivo de parto vaginal pode ser razoável.



No entanto, na presença de comprometimento fetal ou materno, o parto imediato por cesariana é frequentemente indicado. Da mesma forma, o descolamento em gestações extremamente pré-termo pode ser manejado conservadoramente em casos estáveis selecionados, com monitoramento rigoroso e parto rápido, caso ocorra deterioração (OYELESE; ANANTH, 2006).

A maioria dos casos de DPP não pode ser prevista ou evitada. No entanto, em algumas situações, os resultados maternos e infantis podem ser otimizados pela atenção aos riscos e benefícios do manejo conservador, da avaliação contínua do bem-estar fetal e materno, e de uma resolução rápida, quando apropriado (OYELESE; ANANTH, 2006).

O presente relato apresentou o caso de uma paciente jovem, múltipara, com idade gestacional de 32 semanas, admitida com hipotensão e dor aguda de forte intensidade, já sem a presença de movimentos fetais, à despeito de ausência de comorbidades prévias ou alergias, e mesmo tendo realizado o acompanhamento pré-natal sem qualquer intercorrência. Os exames demonstraram descolamento placentário de 80%, sendo tratada com ocitocina e Misoprostol. Embora o óbito fetal tenha ocorrido, a paciente apresentou boa evolução e recuperação do estado de saúde, quando então foi liberada do acompanhamento no Serviço.

Segundo Riihimäki e colaboradores (2018), o DPP causa asfíxia fetal, levando à elevada mortalidade durante ou após o período perinatal, tanto pela asfíxia quanto em decorrência da prematuridade. De acordo com dados publicados por DeRoo et al. (2016), o DPP complica cerca de uma em cada 100 a 120 gestações, com dois terços classificados como graves, considerando a morbidade materna, fetal e neonatal associada. A incidência parece estar aumentando no decorrer dos anos, possivelmente devido ao aumento na prevalência de fatores de risco para o transtorno e / ou a mudanças na averiguação de casos, o que permite o maior número de diagnósticos assertivos.

A causa imediata da separação prematura da placenta no DPP é a ruptura dos vasos maternos na decídua basal, e raramente, o sangramento se origina dos vasos fetais e placentários. O sangue que se acumula divide a decídua, separando uma fina camada de decídua com sua fixação placentária. Separações placentárias completas ou quase completas são causadas por hemorragia arterial de alta pressão na área central da placenta, que são extensivamente dissecadas através da interface placentária-decidual. Isso leva a um rápido desenvolvimento de manifestações clínicas de descolamento potencialmente fatais. A hemorragia venosa de baixa pressão, tipicamente na periferia da placenta (descolamento marginal), tende a ser autolimitada e resulta em uma pequena área de separação. As manifestações clínicas ocorrem ao longo do tempo (por exemplo, sangramento intermitente leve, oligoidrâmnio e restrição do crescimento fetal associado à redistribuição do fluxo sanguíneo cerebral (ANANTH; KINZLER, 2018).

A literatura médica descreve inúmeros casos de DPP. Sylvester e Stringer (2017), descreveram uma paciente múltipara de 32 anos de idade, na 21ª semana de gestação, que apresentou DPP com morte fetal subsequente, semelhante ao caso atendido em nosso Serviço, a paciente desenvolveu coagulopatia intravascular disseminada grave. No caso descrito, a histerectomia subsequente revelou útero de Couvelaire com grande hemorragia, sendo realizada histerectomia subtotal. Ao final do artigo os autores destacaram a gravidade da resposta sistêmica ao DPP e morte fetal no útero, reforçando a natureza multifatorial de seu manejo.



Segundo Schmidt e colaboradores (2019), sangramentos durante a segunda metade da gravidez são geralmente atribuídos à ruptura da placenta ou placenta prévia, sendo a diferenciação dessas duas condições muito importantes para o cuidado do paciente. No caso do DPP, o início dos sintomas é súbito e intenso, o sangramento pode ser visível ou oculto, e o grau de anemia e a dor são bastante intensos.

Conclusão

O presente relato descreveu o caso de uma paciente jovem com DPP e posterior morte fetal. A sintomatologia apresentada, assim como a conduta realizada em nosso Serviço, foram muito semelhantes ao relatado e proposto pela literatura internacional. Concluiu-se este caso ressaltando a importância de se estabelecer uma hipótese diagnóstica de DPP em gestantes com quadro doloroso abrupto e intenso, além de anemia pronunciada, mesmo na ausência de sangramento aparente, buscando assim iniciar o manejo da paciente o mais rápido possível no intuito de preservar a integridade tanto materna quanto fetal.

Referências

ANANTH, C. V. *et al.* Placental Abruption and Adverse Perinatal Outcomes. *JAMA*, v. 282, n. 17, p. 1646–1651, 1999.

ANANTH, C. V.; KINZLER, W. L. *Placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences.* UpToDate, 2018.

ANANTH, C. V.; WILCOX, A. J. Placental Abruption and Perinatal Mortality in the United States. *American Journal of Epidemiology*, v. 153, n. 4, p. 332–337, 2001.

DEROO, L. *et al.* Placental abruption and long-term maternal cardiovascular disease mortality: a population-based registry study in Norway and Sweden. *European Journal of Epidemiology*, v. 31, n. 5, p. 501–511, 2016.

DOWNES, K. L.; SHENASSA, E. D.; GRANTZ, K. L. Neonatal Outcomes Associated With Placental Abruption. *American Journal of Epidemiology*, v. 186, n. 12, p. 1319–1328, 2017.

LI, Y. *et al.* Analysis of 62 placental abruption cases: Risk factors and clinical outcomes. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 58, n. 2, p. 223–226, 2019.

OYELESE, Y.; ANANTH, C. V. Placental abruption. *Obstetrics & Gynecology*, v. 108, n. 4, p. 1005–1016, 2006.

RIIHIMÄKI, O. *et al.* Placental Abruption and Child Mortality. *Pediatrics*, v. 142, n. 2, p. e20173915, 2018.

SCHMIDT, P.; SKELLY, C. L.; RAINES, D. A. Placental Abruption (Abruptio Placentae). *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2019.



SYLVESTER, H. C.; STRINGER, M. Placental abruption leading to hysterectomy. *BMJ case reports*, v. 2017, 2017.

WEI, S. H.; HELMY, M.; COHEN, A. J. CT evaluation of placental abruption in pregnant trauma patients. *Emergency Radiology*, v. 16, n. 5, p. 365–373, 2009.