

ACRETISMO PLACENTÁRIO – PREDIÇÃO ECOGRÁFICA: RELATO DE CASO

PLACENTAL ACRETISM – SONOGRAPHIC PREDICTION: CASE REPORT

VALDIVINA ETERNA FALONE¹, LORENA TASSARA QUIRINO VIEIRA², MURILO HENRIQUE COSTA E SILVA¹, THAYNARA DE MORAES PACHECO¹, RAFAEL ROCHA LUZINI¹, BRUNA OLIVEIRA ANDRADE¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL¹

RESUMO

OBJETIVOS: Placenta acreta é a implantação anormal da placenta na parede uterina. É uma importante morbidade entre as gestantes, tendo incidência crescente nos últimos anos. Está frequentemente associada a casos de placenta prévia concomitante e histórico de cesáreas anteriores. O intuito do trabalho é relatar um caso de acretismo placentário com desfecho favorável.

O diagnóstico pré-natal tem fundamental importância para tal desfecho, sendo realizado principalmente por meios de imagem. Os principais riscos envolvem elevadas perdas sanguíneas intraparto, com frequente necessidade de hemotransfusão.

PALAVRAS-CHAVE: PLACENTA ACRETA, PLACENTA PRÉVIA, HISTERECTOMIA, HEMORRAGIA.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Placenta accreta is the abnormal implantation of the placenta in the uterine wall. It is an important morbidity among pregnant women, with increasing incidence in recent years. It is often associated with cases of concomitant placenta previa and a history of previous cesarean sections. The aim of this paper is to report a case of placental accretion with favorable outcome.

Prenatal diagnosis is of fundamental importance for this outcome, being performed mainly by means of imaging. The main risks involve high intrapartum blood loss, with frequent need for blood transfusion.

KEYWORDS: PLACENTA ACCRETE, PLACENTA PRAEVIA, HYSTERECTOMY, HEMORRHAGE.

INTRODUÇÃO

Entende-se por placenta acreta a invasão do miométrio pelas vilosidades placentárias¹. É comum haver três modalidades no cotidiano, sendo divididas segundo o grau de profundidade da implantação, são elas:

Placenta acreta simples: invade somente um terço da parede sem decídua basal,

Placenta increta: invade o miométrio profundamente e

Placenta percreta: invade serosa ou até órgãos próximos².

Sua incidência é de um caso em 2.500 partos, tendo estudos mostrando que essa taxa é até mais elevada, com um caso a cada 533 partos, apresenta uma elevada taxa de mortalidade, 6 a 7%³.

Possui como fatores de risco intervenções uterinas (incluindo cesáreas), idade materna avançada, placenta prévia e multiparidade². Tem como principais complicações hemorragia intensa; coagulação intravascular disseminada; necessidade de histerectomia; lesão dos ureteres, da bexiga e de outros órgãos; síndrome da angústia respiratória

do adulto; insuficiência renal; reações adversas relacionadas a transfusão sanguínea; aloimunização; sangramento para a cavidade peritoneal; sangramento para o retroperitônio; tromboflebite pélvica; síndrome de Ogilvie; infecção e deiscência da incisão abdominal; e até morte⁴.

Uma boa conduta diante desses casos tem o poder de mudar o prognóstico da situação, tendo como demanda a identificação dos fatores de risco, diagnóstico pré-operatório (ultrassonografia ou ressonância magnética) e tratamento adequado intraparto. De preferência ser realizado em hospital terciário e com equipe multiprofissional, estando atendo a grande possibilidade da necessidade de hemotransfusão, sendo 90% das pacientes atende a essa demanda³. Estima-se em média uma perda de 3.000-5.000 mL de sangue no intraparto⁴.

RELATO DO CASO:

AAGM, 34 anos, secundípara com dois partos cesarianos anteriores. Sendo a última gestação diagnosticada com placenta acreta ao ultrassom de segundo trimestre,

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Endereço para correspondência:

Waldemar Naves do Amaral

email: waldemar@sbus.org.br

encerrada com nascimento de uma criança do sexo masculino no dia 25/04/19. Apresentava na ultrassonografia perda do espaço hipocóico retroplacentário, adelgamento do miométrio subjacente, protrusão da placenta para a bexiga e fluxo turbulento na realização do Doppler (figuras 1-2).

Em razão do diagnóstico antecipado foi preparada toda estrutura necessária para o suporte ao parto da paciente e realizada discussão sobre os riscos intraparto desse acometimento. O tratamento de escolha realizado foi a cesariana eletiva associada a histerectomia, havendo necessidade de realização de aporte transfusional por início de choque hemorrágico. A criança necessitou de cuidados de UTI por desconforto respiratório recebendo alta em bom estado saúde (figuras 3-4).



Figura 1: Ultrassonografia: Acretismo placentário.

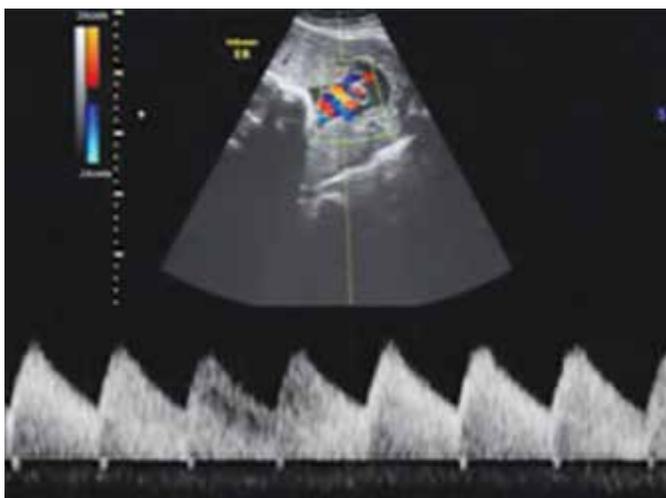


Figura 2: Doppler: Acretismo placentário.

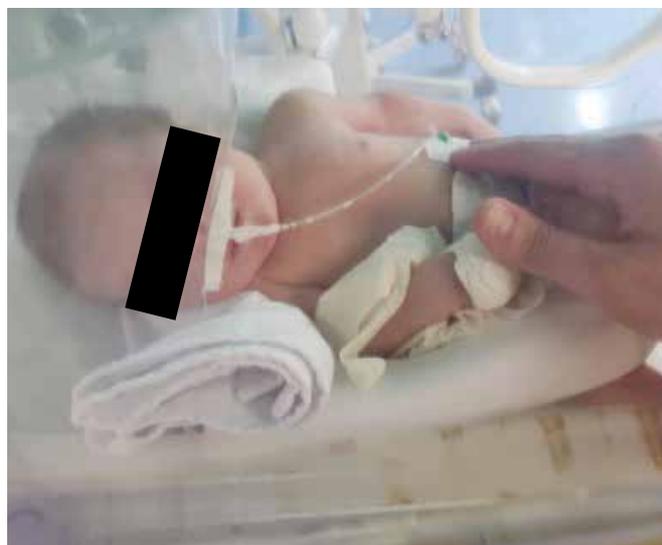


Figura 3: Recém-nascido na UTI.



Figura 4: Bebê saudável.

DISCUSSÃO:

A placenta acreta é uma importante causa de morbidade materna, assumindo um problema durante a dequitação, quando ocorre retenção placentária e subsequente hemorragia pós-parto maciça. No caso em questão o diagnóstico pré-natal foi de fundamental importância para o desfecho favorável obtido. As grávidas com partos cesáreos anteriores na presença de placenta prévia atual constituem um risco maior de acretismo placentário e de suas complicações durante a gravidez¹.

Estima-se que mulheres com placenta prévia anterior ou centro-total que têm duas cesarianas prévias apresentam 35 a 47% de risco de desenvolver placenta acreta; com 4 ou mais, 50 a 67%⁵.

A paridade elevada para alguns autores se situa como

fator de risco pelos sucessivos partos e dequitações comprometerem a regeneração endometrial ou pelo simples fato de aumentarem a probabilidade de fatores que predispoem a essa entidade, tal como trauma cirúrgico e infecções. Entretanto, quando avaliada sem outras variáveis, a paridade em si não mostrou ser fator de risco significativo. Logo, o fator maior de risco está no antecedente de cesárea⁶.

O diagnóstico é dado por exames de imagem. A ultrassonografia (USG) muitas das vezes vem com alterações sutis e difícil visualização, principalmente se for inserção posterior e central. O uso do Doppler favorece a visualização pelo fluxo turbulento que se estabelece, além do desaparecimento do espaço hipocogênico retroplacentário e anterior ao miométrio e do surgimento de vasos dilatados no próprio miométrio⁵. Estima-se uma sensibilidade de 81,1% e especificidade de 98,9% quando feito com USG e o Doppler. Entretanto, quando analisadas placentas anteriores e posteriores separadamente é observado respectivamente 89,7% e 50% de taxa de detecção. A ressonância magnética (RNM) é útil para caracterizar o tipo de acretismo (placenta acreta, increta, percreta) e se houve invasão de estruturas vizinhas. Além de casos de dúvida ao USG. Apresenta sensibilidade de 94% e especificidade de 84% ao diagnóstico³.

Se o diagnóstico for de alta suspeição deve-se aconselhar a paciente a respeito dos riscos e levada a um hospital terciário com equipe multiprofissional com obstetra, anestesiológista, radiologista intervencionista, neonatologista, urologista, cirurgião geral, intensivista, hemoterapeuta e enfermagem especializada. Em casos de emergência, a cesariana deve ser feita, seguindo os passos: extração fetal, fechamento do útero com placenta in situ e histerectomia. A conservação uterina é tratamento de exceção em casos emergenciais⁷. Placentas incretas e percretas podem evoluir para ruptura uterina, sendo o manejo a remoção cirúrgica do útero e tecidos envolvidos com incisão fora da área placentária. A ligadura de artérias hipogástricas ou artérias uterinas são opções quando a paciente se encontra hemodinamicamente instável. Quando se tem diagnóstico prévio a cateterização das artérias ilíacas internas para embolização melhora as condições cirúrgicas reduzindo perdas sanguíneas e necessidade de transfundir⁵.

Graças a radiologia intervencionista a conduta conservadora tem sido proposta, ou seja, deixar a placenta in situ após a cesárea com embolização da artéria uterina imediatamente no pós-operatório. São vantagens: menor risco de hemorragia e de lesar órgãos adjacentes e redução no tempo operatório. As desvantagens se baseiam na necessidade da rigorosa avaliação da involução placentária pós-operatório. Só está indicado quando houver invasão profunda da placenta e alto risco de hemorragia ou lesão de órgãos adjacentes³.

O tratamento com metotrexato representa uma alternativa segura e razoável para a manutenção de pacientes

hemodinamicamente estáveis e sem sangramentos ativos para a conservação da fertilidade².

CONSIDERAÇÕES:

A placenta acreta é uma situação singular e deve ser abordada de forma individualizada. O diagnóstico precoce é importante para a diminuição da mortalidade materna, como realizado no relato aqui descrito. É recomendado a realização do parto com 36/37 semanas em centro de referência com experiência nesses casos e com equipe multiprofissional. É importante suspeitar caso esteja diante de uma placenta prévia que não sangra. É descrito que em torno de 50% dos casos não são diagnosticados ao USG em centros não especializados, gerando consequências e desfechos graves a muitas mulheres^{3,7}.

REFERÊNCIAS:

1. Nunes C, Pereira I, Barata S, Clode N, Graça LM. Case report / Caso clínico. *Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa* 2013; 7 (1): 58-61.
2. Linhares LQ et al. Placenta acreta. *Rev. Méd. Minas Gerais* 2010; 20(2): S57-S59.
3. Rezende J & Montenegro CAB. *Rezende Obstetrícia*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
4. Zugaib M. *Zugaib Obstetrícia*. 3ª ed. Barueri SP Manole: Rossana Pulcineli Vieira Francisco, 2016.
5. Freitas F et al. *Rotinas em Obstetrícia*. 6ª ed. Porto Alegre: Art-med, 2011.
6. Torloni MR, Moron AF, Camano L. Placenta prévia: fatores de risco para o acretismo. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2001; 23:7.
7. Francisco RP, Martinelli S, Kondo MM. *Placenta prévia e acretismo placentário*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.