

TRATAMENTO CONSERVADOR DO DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

CHRONICAL PLACENTAL ABRUPTION CONSERVATIVE TREATMENT

ALESSANDRA KOHATSU SHIMABUCO¹

WALDEMAR NAVES DO AMARAL²

Palavras-chave: *Descolamento prematuro de placenta (DPP), gravidez*

Key words: *Placental abruption, pregnancy.*

RESUMO

Apresentamos um caso de descolamento prematuro de placenta crônico, acontecimento raro, que vem sendo diagnosticado precocemente devido avaliação mais detalhada pela ultrassonografia. Neste caso, podemos adotar conduta conforme idade gestacional e se houver condições de vigilância de bem estar materno-fetal. O descolamento prematuro de placenta apresenta-se com sangramento via vaginal, onde o volume do sangramento não tem relação com a gravidade do quadro, associado à dor e hipertonia uterina, dependendo do grau de descolamento pode haver ou não sofrimento fetal agudo. A paciente em questão apresentou um descolamento classificado em leve onde, inicialmente, não havia sofrimento fetal e, devido a prematuridade, foi optado pelo tratamento conservador visando aceleração da maturidade fetal com a corticoterapia. Houve monitorização do bem-estar fetal através da Cardiotocografia e Doppler, foi interrompida a gestação por cesárea de urgência quando houve alteração deste. O resultado foi um parto sem intercorrências com recém-nascido apresentando Apgar 8/9, permanecendo internado durante cinco dias.

ABSTRACT

We present a chronical placental abruption, a rare event, which is early diagnosed when evaluation more detailed by the ultrasound scan was owed. In this case, we can adopt conduct according to status of the fetus and monitorization conditions. The Placental abruption presents with vaginal bleeding, where the blood loss has no relation with the gravity, associated to the pain and uterine hypertonia, depending on the degree of separation there can be or not acute suffering fetal. The patient in this question presented a separation classified in light where, initially, there was no suffering fetal and, due to prematurity, was chosen by the conservative treatment aiming at acceleration of the maturity fetal with the corticoterapy. It had well-being fetal monitorization and, with the first sign of suffering, identified through the Doppler, the gestation was interrupted by cesarean of urgency. The result was childbirth without complications with newborn baby when Apgar is presenting 8/9, remaining interned during 5 days.

INTRODUÇÃO

Descolamento prematuro da placenta é a separação da placenta, normalmente implantada no período da 20ª semana até antes do parto. Sua incidência é observada em 1 a 2 casos a cada 100 nascimentos, mas apresenta um grande impacto sobre a mortalidade materna (1 a 2%), sobre a mortalidade perinatal (40 a 80%), sobre a incidência de nascimentos prematuros (5,1%) e sobre casos de crescimento intra-uterino restrito. A incidência precisa é difícil de obter, pois muitos descolamentos são pequenos e não apresentam um quadro clínico característico. Atualmente, com um maior número de exames de ultrassonografia sendo realizados durante o

pré-natal normal, tem sido diagnosticado um grande número de DPPs assintomáticos e sem repercussão clínica (Freitas, Fernando et al., 2011).

O quadro clínico do DPP é extremamente variável, desde casos totalmente assintomáticos até aqueles nos quais há morte fetal e grave morbidade materna. Os sintomas clássicos do DPP são o sangramento vaginal, hipertonia e a dor abdominal. A quantidade da hemorragia vaginal guarda pouca correlação com o grau do DPP. Por outro lado, a extensão do descolamento está associada ao óbito fetal, sendo que uma separação maior que 50% frequentemente leva à natimortalidade.

O DPP pode ser classificado em 4 graus conforme tabela 1.

1. PÓS-GRADUANDA (ESPECIALIZAÇÃO LATU SENSU) EM ULTRASSONOGRAFIA GERAL – SCHOLA FÉRILE / PUC GOIÁS; MÉDICA GINECOLOGISTA OBSTÉTRA

2. PROFESSOR TITULAR DO DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, VICE PRESIDENTE NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRAFIA, MESTRE IPTESP-UFMG, DOUTOR PELO IPTESP-UFMG

Tabela 1 - Classificação do descolamento prematuro de placenta

Grau	Sinais e sintomas	Comprometimento materno	Comprometimento fetal
0 (leve)	Assintomática Achado casual ecográfico anteparto ou identificação de pequeno hematoma retroplacentário pós-parto	Não	Não
1 (leve)	Sangramento vaginal discreto. Pode haver hipertonia ou hipersensibilidade uterina dolorosa.	Não	Não
2 (moderado)	Sangramento vaginal visível ou não. Hipertonia e hipersensibilidade uterina dolorosa.	Não	Sofrimento fetal
3 (grave)	Sangramento vaginal visível ou não. Útero lenhoso. Dor abdominal intensa	Choque	Óbito fetal
3 ^a	Sem coagulopatia		
3 ^b	Sem coagulopatia		

O tratamento é individualizado, depende da extensão do DPP, do comprometimento materno e fetal e da idade gestacional conforme fig. 1.

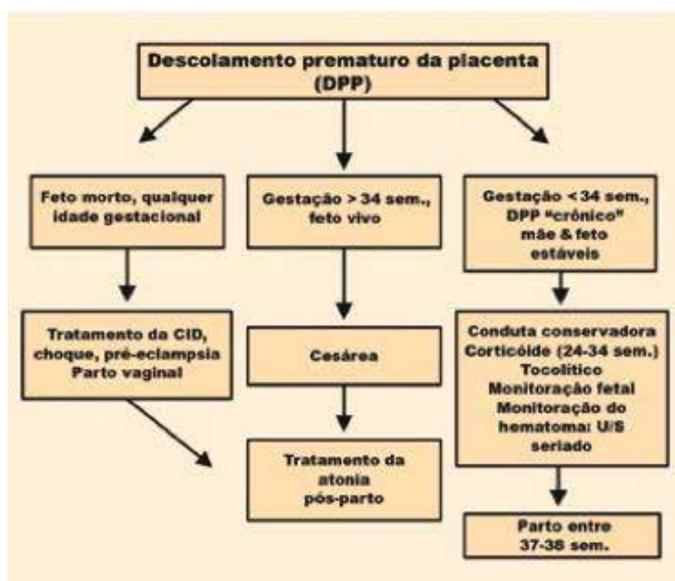


Fig. 1 – Conduta no DPP conforme idade gestacional e comprometimento fetal

Na ultrassonografia Sholl (1987) só identificou coágulo em 25% dos casos de DPP e Jaffe (1981) em 50%. Todavia, quando a ultrassonografia é positiva a probabilidade de DPP é muito elevada. A imagem depende da extensão e da localização do coágulo. Na fase aguda, o hematoma é hiper/isoecoico comparado com a placenta; nesses casos o ultrassom pode exibir apenas placenta heterogênea e espessada (maior que 5 cm). Mais tarde, o hematoma torna-se hipoeicoico dentro de uma semana e sonoluciente após 2 semanas. O papel mais importante do ultrassom no DPP é afastar na segunda metade da gestação o diagnóstico de placenta prévia.

RELATO DE CASO

J.P.S., primigesta, 36 anos, data da última menstruação 30/12/2009, 33 semanas de gestação desejada e planejada, branca, hígida, engravidou no primeiro mês sem uso de preservativo (já estava sem anticoncepcional oral há sete meses, o qual usava desde os 19 anos, pois não havia desejo reprodutivo), nega tabagismo, etilismo social antes de engravidar, sem comorbidades inclusive história de coagulopatia. Ciclos regulares, nega sedentarismo – atividade física antes e durante a gestação. História familiar: mãe era portadora da doença de Chagas e foi a óbito aos 60 anos por infarto agudo do miocárdio, assim como o irmão aos 38 anos, irmã não teve intercorrências durante as duas gestações. Pré-natal iniciado no primeiro trimestre, com exames de rotina sem alteração, pressão arterial desde o início das consultas 120/80 até 110/70, com ganho de peso adequado, sem edema.

Com 33 semanas de gestação iniciou dor lombar que irradiava para abdômen tipo cólica, entrou em contato com o Obstetra que a acompanhava e o mesmo prescreveu antiespasmódico. Como piorou do quadro, foi internada. No dia seguinte (D2), com a dor controlada por medicação endovenosa – antiespasmódico iniciou sangramento via vaginal em moderada quantidade acompanhada de hipertonia uterina, realizou ultrassonografia onde foi diagnosticada como descolamento prematuro de placenta, iniciou corticoterapia visando maturidade pulmonar fetal. Encaminhada para hospital terciário, onde foi acompanhada com perfil biofísico fetal apresentando boa vitalidade fetal (10/10) e Doppler normal, em D3 de evolução do quadro no qual foi realizada segunda dose do corticoide. No quinto dia iniciou dor e foi realizado nova ultrassonografia visibilizando as áreas de descolamento (figuras 3, 4 e 5) e Doppler com alteração de fluxo placentário à direita – relação S/D 1,9 (figuras 6, 7, 8 e 9).



Fig. 3 – Imagem da área de descolamento

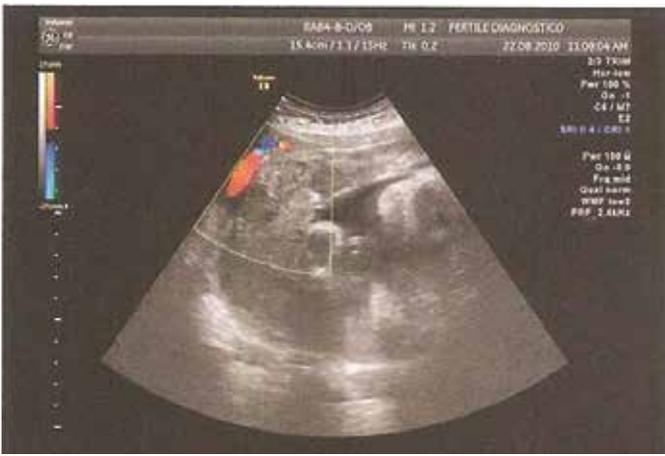


Fig. 4 – Doppler colorido

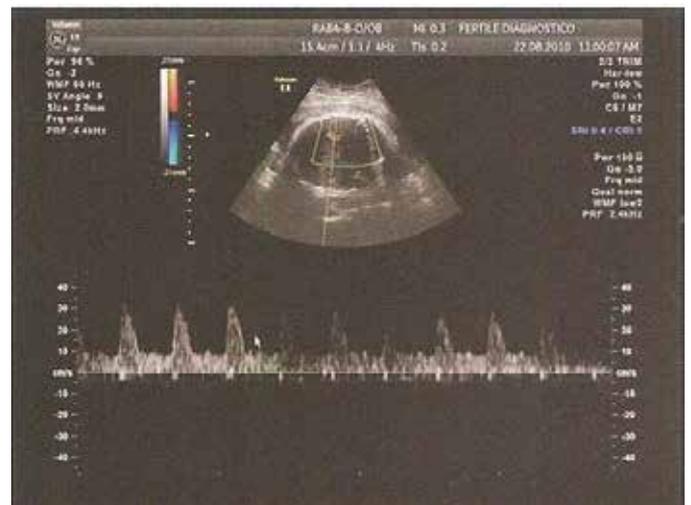


Fig. 8 – Doppler artéria umbilical



Fig. 5 – Área de descolamento

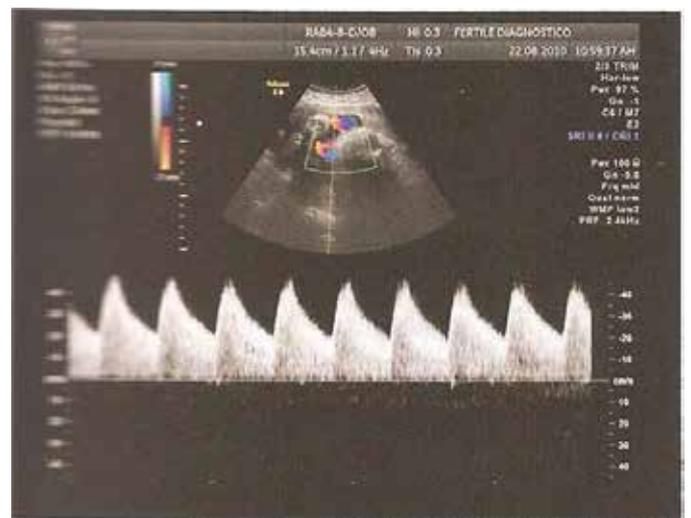


Fig. 9 – Doppler artéria cerebral média

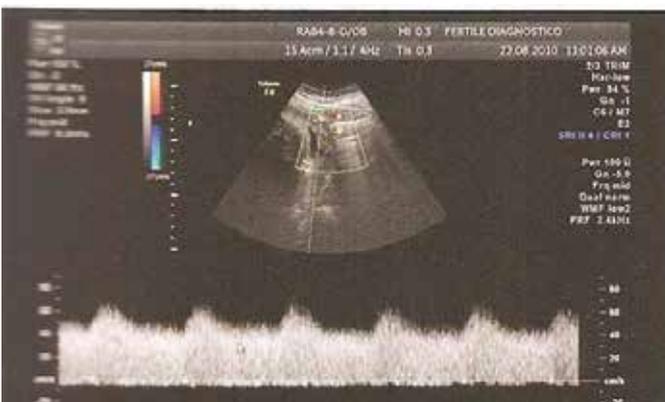


Fig. 6 – Doppler artéria uterina esquerda

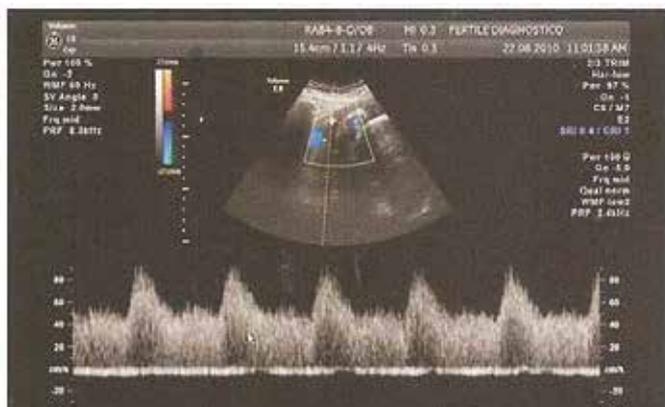


Fig. 7 – Doppler de artéria uterina direita



Fig. 10 – Foto da inspeção da place

A interrupção foi realizada via alta visualizando-se áreas de descolamento na placenta (figura 10, 11) com feto pesando 1985 gramas, APGAR 8/9, ficando internado em unidade intensiva por cinco dias.

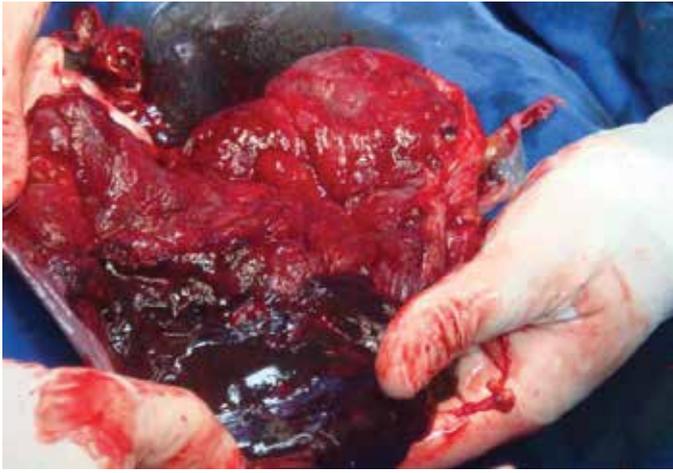


Fig. 11 – Hematoma

COMENTÁRIOS

A ultrassonografia tem baixa sensibilidade para diagnosticar o DPP, entretanto a presença de hematoma retroplacentário tem alto valor preditivo positivo (Oyelese; Smulian, 2006). Em casos de DPP grau 1 pré-termo, pode-se induzir a maturidade fetal com o uso de corticoides e avaliação rigorosa da vitalidade fetal minimizando assim os riscos de comorbidades neonatais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freitas, Fernando. Rotinas em Obstetrícia, 6. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
Rezende, Jorge Filho, 11 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
Amaral, Waldemar N, Tratado de Ultrassonografia I Ginecologia Obstetrícia, Goiânia: Contato Comunicação, 2008.
DeCherney, Current – Ginecologia e Obstetrícia, 9. Ed, McGrawHill, 2005.