

PLACENTA PRÉVIA E SUAS COMPLICAÇÕES: UM RELATO DE CASO

PREVIA PLACENTA AND ITS COMPLICATIONS: A CASE REPORT

Jéssica Cristina Teixeira Dutra

Faculdade Brasileira de Cachoeiro - Multivix – Cachoeiro de Itapemirim – Brasil
jessicadutra2011@gmail.com

Paula Borges Meirelles

Faculdade Brasileira de Cachoeiro - Multivix – Cachoeiro de Itapemirim – Brasil
pbmeirelles24@hotmail.com

Izabela Bernardes Muniz

Hospital Infantil Francisco de Assis – HIFA – Cachoeiro de Itapemirim – ES – Brasil
izabelamuniz0@gmail.com

Inara Junqueira de Castro Dardengo

Hospital Infantil Francisco de Assis – HIFA – Cachoeiro de Itapemirim – ES – Brasil
inarajunqueira@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de placenta prévia (PP) complicada com hematoma retroplacentário e ruptura prematura das membranas ovulares (RPMO) em maternidade de alto risco no sul do Espírito Santo. **Método:** O estudo foi realizado a partir de revisão de prontuário. **Relato de caso:** M.L.A., 34 anos, G3PN1PC1A0, 24 semanas, foi admitida em sua maternidade de referência no dia 29/12/2022 devido a quadro de sangramento vaginal, com exame físico mostrando sangramento vaginal moderado vermelho vinhoso. Durante a internação hospitalar, foi identificado PP total associado a hematoma retroplacentário. À ultrassonografia (USG), foi visualizado placenta recobrimdo o orifício interno do colo do útero e presença de dois hematomas retroplacentários. Nesse contexto, devido a estabilidade hemodinâmica materna e estado fetal tranquilizador, foi optado por conduta expectante intra-hospitalar, para atingir idade gestacional viável para nascimento. Após 17 dias de internação, com 27.6 semanas de gestação, a paciente evoluiu com trabalho de parto prematuro associado a descolamento prematuro de placenta, sendo realizado parto cesariana de urgência. Ocorreu nascimento de recém-nascido (RN) vivo em 15/01/2021 às 19:55h, hipotônico, realizado clampamento imediato de cordão e entregue aos cuidados da neonatologia. No decorrer da dequitação placentária, visualizou-se área de descolamento de aproximadamente 60%. Todavia, puérpera e RN apresentaram desfechos favoráveis. **Conclusão:** De acordo com a literatura, ocorre morte neonatal em até 60% dos casos de PP. No caso acima, ocorreram resultados positivos para mãe e RN, o que demonstra a importância do conhecimento acerca das condutas e manejo nos casos de PP, atentando-se para a ocorrência de complicações.

Palavras-Chave: Placenta prévia. Ruptura prematura das membranas ovulares. Sangramento vaginal.

ABSTRACT

Objective: To report a case of placenta previa (PP) complicated with retroplacental hematoma and premature rupture of the ovular membranes (ROM) in a high-risk maternity hospital in southern Espírito Santo. **Method:** The study was carried out based on a review of medical records. **Case report:** M.L.A., 34 years old, G3PN1PC1A0, 24 weeks, was admitted to her reference maternity hospital on 12/29/2022 due to vaginal bleeding, with physical examination showing moderate wine-red vaginal bleeding. During hospitalization, total PP associated with retroplacental hematoma was identified. Ultrasonography (USG) showed a placenta covering the internal orifice of the cervix and the presence of two retroplacental hematomas. In this context, due to maternal hemodynamic stability and reassuring fetal status, an in-hospital expectant approach was chosen to reach viable gestational age for birth. After 17 days of hospitalization, at 27.6 weeks of gestation, the patient developed premature labor associated with placental abruption, and an emergency cesarean section was performed. A live newborn (NB) was born on 01/15/2021 at 7:55 pm, hypotonic, immediate cord clamping was performed and delivered to the care of neonatology. During placental detachment, an area of detachment of approximately 60% was observed. However, puerperal women and newborns had favorable outcomes. **Conclusion:** According to the literature, neonatal death occurs in up to 60% of the cases of PP. In the case above, there were positive results for the mother and NB, which demonstrates the importance of knowledge about the conducts and management in cases of PP, paying attention to the occurrence of complications.

Keywords: Placenta previa. Premature rupture of ovular membranes. Vaginal bleeding.

1 Introdução

A placenta prévia é definida como a presença de tecido placentário que recobre de forma parcial ou inteiramente o segmento inferior uterino. Possui uma prevalência de 4 a 5 por 1.000 nascimentos, sendo esta maior às 20 semanas de gestação do que ao nascimento, pois a maioria dos casos identificados no início da gravidez desaparecem antes do parto a termo. O principal fator predisponente é a ocorrência de parto cesariana anterior, seguido pela multiparidade, idade materna avançada, gestação múltipla e antecedente de placentas prévias. O diagnóstico dessa patologia é realizado através da ultrassonografia transvaginal, podendo ser classificada como placenta de inserção baixa, quando está a ≤ 20 mm do orifício interno, mas não acima dele, e placenta prévia, quando está acima do orifício.

Existem algumas suspeitas envolvidas na fisiopatologia do distúrbio, sendo uma delas o fato de que as áreas de decídua menos vascularizadas, que se localizam em regiões superiores da cavidade uterina – resultantes da realização de cirurgias prévias, como a cesariana – promovem a implantação e crescimento do trofoblasto em direção ao segmento uterino inferior. No caso de ocorrência em gestações múltiplas, a suspeita é de que uma área de superfície placentária de maiores dimensões aumenta a possibilidade da placenta de se estender até o orifício inferior. Acredita-se que o sangramento ocorra por forças de

cisalhamento no local de implantação da placenta, promovidas por contrações uterinas e mudanças no colo e segmento inferior uterino, porém, não há confirmação concreta de que esta seja a fisiopatologia.

A suspeita ocorre a partir da 20ª semana em qualquer gestante que apresente episódios de sangramento vaginal, sendo cíclico e progressivo, geralmente de coloração vermelho-viva. O exame especular pode orientar sobre o diagnóstico e o grau de oclusão do colo, mas, o padrão-ouro para a confirmação diagnóstica é a ultrassonografia, que determina a localização exata da placenta, mas, o diagnóstico só é definitivo no terceiro trimestre. O exame digital vaginal deve ser evitado, pois a palpação da placenta pode causar hemorragia grave. A conduta irá depender da presença e da intensidade do sangramento vaginal e da idade gestacional.

O presente trabalho traz um relato de caso de placenta prévia com algumas de suas possíveis complicações, onde se incluem o hematoma retroplacentário, a ruptura prematura das membranas ovulares e a corioamnionite; e tem a intenção de desmistificar os riscos, diagnóstico, tratamento e prognóstico, analisando e demonstrando os passos seguidos na assistência do caso.

2 Apresentação do caso

M.L.A., 34 anos, G3PN1PC1A0, 24 semanas, foi admitida em sua maternidade de referência no dia 29/12/2022 devido a quadro de sangramento vaginal e dor pélvica a esclarecer, com exame físico mostrando sangramento vaginal moderado vermelho vinho. Foi prescrito corticoterapia para maturação pulmonar fetal e internação para vigilância próxima à paciente. Durante a internação hospitalar, foram realizadas ultrassonografias seriadas, tendo sido identificado placenta prévia total na primeira delas. Na segunda, foram identificados importantes hematomas retroplacentários, sendo visualizado placenta recobrando o orifício interno do colo do útero e presença de dois hematomas retroplacentários, um em região apical medindo 20 ml, e outro junto ao colo medindo 11 ml. Nesse contexto, devido a estabilidade hemodinâmica materna e estado fetal tranquilizador, foi optado por conduta expectante intra-hospitalar, na tentativa de atingir idade gestacional viável para nascimento e vigilância materno-fetal otimizada.

Durante a hospitalização, a paciente evoluiu com queda hematimétrica importante e ruptura prematura das membranas ovulares, sendo iniciado antibioticoterapia para aumento de período de latência. Nas seguintes ultrassonografias, realizadas para acompanhamento dos hematomas, foi observado variação no tamanho deles, que diminuía e aumentavam. Enquanto isso, a paciente mantinha episódios de sangramentos intermitentes em pequenas quantidades, mas sem dor pélvica. Para maior vigilância

materno-fetal, foi optado pela realização de cardiotocografia duas vezes ao dia enquanto a paciente permanecia internada.

Após 17 dias de internação, com 27.6 semanas de gestação, a paciente evoluiu com trabalho de parto prematuro associado a descolamento prematuro de placenta. Assim, foi realizada cardiotocografia, que estava na categoria II com desaceleração variável, indicando realização de parto cesariana de urgência. Ocorreu o nascimento de recém-nascido vivo em 15/01/2021 às 19h55, sexo masculino, que não chorou ao nascer, hipotônico, realizado clampeamento imediato de cordão e entregue aos cuidados da neonatologia. No decorrer da dequitação placentária, visualizou-se área de descolamento de aproximadamente 60%, além da presença de líquido amniótico com odor fétido, tendo sido a placenta enviada para estudo histopatológico para maiores esclarecimentos e prescrito Clindamicina e Gentamicina. Com o resultado da biópsia, foi confirmada a ocorrência de corioamnionite, tendo sido, nesse caso, associada à ocorrência da placenta prévia.

A puérpera evoluiu bem, tendo alta hospitalar após o término dos antibióticos prescritos no parto, sem novas queixas. O recém-nascido permaneceu internado na UTI neonatal por 53 dias devido a síndrome do desconforto respiratório e apneia da prematuridade, porém, evoluiu bem e teve alta hospitalar, sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial.

3 Discussão

Na chegada da paciente ao hospital foi optado pela internação hospitalar devido à idade gestacional e ao alto risco de trabalho de parto prematuro. A primeira conduta adotada foi a prescrição de corticoide, tendo sido utilizado Betametasona, objetivando a maturação pulmonar do bebê. No início da internação, a paciente seguia com o sangramento vinhoso em moderada monta, associado a cólica abdominal leve. Assim, foram realizados exames laboratoriais seriados, para, em conjunto com o ultrassom, complementarem a análise sobre a evolução da paciente.

No quarto dia de internação, foi observado sangramento serossanguinolento com odor característico de ruptura prematura das membranas ovulares durante a inspeção do forro vaginal. O toque vaginal continuou sendo evitado. Assim, foi iniciada antibioticoterapia para prevenção de corioamnionite, com Azitromicina dose única e Ampicilina.

No quinto dia de internação, foi identificada queda hematimétrica ao hemograma, com hemoglobina de 8,6, sendo que, anteriormente, era de 10,7. Assim, foi prescrito Noripurum e optado por vigilância dos episódios de sangramento, que se mantinham em

quantidade moderada, com as mesmas características da admissão, ocorrendo de maneira intermitente.

Nos demais dias, a paciente manteve o quadro, permanecendo internada para vigilância materno-fetal. Ao iniciar o trabalho de parto, no décimo sétimo dia, foi realizado parto cesariano, que ocorreu sem intercorrências, com sangramento de risco habitual durante todo o procedimento. Decorridos sete dias após o parto, sem queixas e/ou complicações, a paciente teve alta hospitalar, com o RN permanecendo na UTIN por mais 53 dias devido a complicações relacionadas à prematuridade.

4 Conclusão

O manejo da placenta prévia pode ser desafiador devido ao risco determinado ao binômio mãe-filho, exigindo vigilância próxima à paciente, com avaliação e discussão das condutas diariamente, ofertando sempre o que for necessário para garantir que não ocorram eventos adversos. De acordo com a literatura, ocorre morte neonatal em até 60% dos casos de placenta prévia. No caso acima, ocorreram resultados positivos para mãe e recém-nascido, o que demonstra a importância do conhecimento acerca das condutas e manejo nos casos de placenta prévia, atentando para a ocorrência de complicações.

Referências

1. Torloni, MR, Moron, AF, Camano, L. Placenta prévia: fatores de risco para o acretismo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2001; v. 23, p. 417- 422.
2. Secretaria Municipal da Saúde, Aracaju. PROCEDIMENTO OPERACIONAL: Assistência médica na gestante com placenta prévia e acretismo. Código: PO.CMED.013. Revisão: 00. [acesso em: 20 mai 2024] Disponível em: <https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/02/PO.CMED_.013-00-Placenta-previa-e-acretismo-placentario.pdf>.
3. UFRJ, Maternidade Escola. Placenta prévia: rotinas assistenciais da maternidade escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. [acesso em: 20 mai 2024] Disponível em: <https://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/placenta_previa_atu1.pdf>.
4. Tedesco, MG, Patella, LHD, Cunha Filho, EV. Descolamento prematuro da placenta. 2014; *Acta Méd*, v. 7.
5. Cardoso, AS et al. Descolamento prematuro de placenta. 2012; *Rev Med Minas Gerais*, v. 22, n. Supl 5, p. S10-S13.
6. Lockwood, CJ, Russo-Stieglitz, K, Miller, J, Berghella, V, Barss, VA. Placenta prévia: Epidemiologia, características clínicas, diagnóstico, morbidade e mortalidade. 2024, UpToDate®.
7. Lockwood, CJ, Russo-Stieglitz, K, Miller, J, Berghella, V, Barss, VA. Placenta prévia: manejo. 2024, UpToDate®.