



Universidade Federal da Grande Dourados
Hospital Universitário
Direção de Educação Superior
Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia



NATHALIA PIRES DE SOUZA

**DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA COM MANEJO
CONSERVADOR: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Dourados – MS

2021

NATHALIA PIRES DE SOUZA

**DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA COM MANEJO
CONSERVADOR: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da UFGD.

Orientador: Prof. Me. Sidney Antonio Lagrosa Garcia.

Dourados – MS

2021

NATHALIA PIRES DE SOUZA

**DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA COM MANEJO
CONSERVADOR: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

BANCA EXAMINADORA

Dr. Me. Sidney Antonio Lagrosa Garcia
Universidade Federal da Grande Dourados

Dr. Antônio Albuquerque Maranhão
Universidade Federal da Grande Dourados

Dr. Gustavo Rafael Medina Boccia
Universidade Federal da Grande Dourados

Dourados-MS, _____ de 2021.

*Em memória ao meu maior incentivador,
meu Avô Dr. Antonito. Seu fôlego de vida em mim foi
o meu sustento e me impulsionou a seguir em frente.
Esse sonho, que é nosso, foi construído diariamente
e apesar da caminhada difícil, obrigada por manter o
brilho nos meus olhos.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que rege minha vida diariamente e antes que eu pudesse sonhar com esse projeto, ele sonhou primeiro.

À minha família e ao meu companheiro, pelo apoio incondicional.

Aos colegas residentes, em especial aos amigos Willian, Thais e Claudineia, por tornaram a caminhada mais leve.

Ao meu orientador Prof. Me. Sidney, pela generosidade em conduzir esse trabalho, ensinando diariamente muito mais que obstetrícia e nos impulsionando a sermos pessoas melhores.

À banca examinadora: Prof. Maranhão, por inspirar o saber, além de grande mestre se destaca ainda mais pelo grande coração que tem; e Prof. Gustavo, pelo prazer em ensinar, inteligência e genialidade, amigo dentro e fora do hospital.

Aos demais colegas preceptores, equipe e pacientes pela colaboração e disponibilidade no meu processo de aprendizado.

SOUZA, Nathalia Pires de. **Descolamento prematuro de placenta com manejo conservador: relato de caso e revisão bibliográfica.** 2021. 30 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2021.

RESUMO

O descolamento prematuro da placenta (DPP) é uma complicação obstétrica importante que leva a um risco aumentado de morbidade e mortalidade materna e neonatal. É definido como a separação completa ou parcial da placenta antes do parto, de caráter multifatorial grave e seu mecanismo etiopatogenético ainda não está totalmente esclarecido. Desfechos fetais adversos, como restrição de crescimento intrauterino, parto prematuro, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal, baixo índice de Apgar, natimorto, anomalias congênitas e morte perinatal também são observados em casos de DPP, especialmente em sua apresentação crônica. Apesar do aumento da informação, o descolamento prematuro da placenta ainda permanece imprevisível e inevitável. O estado hemodinâmico materno, o perfil de coagulação e a condição fetal são parâmetros clínicos importantes na avaliação da gravidade. O monitoramento eletrônico contínuo da frequência cardíaca fetal e a atividade uterina auxiliam na avaliação da gravidade e tratamento adequado. O presente estudo tem por objetivo apresentar o caso de uma paciente que teve descolamento prematuro de placenta com manejo conservador, proporcionando maior conhecimento sobre as características e manejo dessa doença e contribuindo, assim, para um tratamento eficaz, que tenha desfecho positivo para a gestante e o feto. Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, ocorrido em agosto de 2019, em que a prática proposta possibilitou evolução da gestação até a 28ª semana, com óbito neonatal devido à prematuridade extrema.

Palavras-chave: 1 Descolamento prematuro de placenta. 2 Etiologia. 3 Tratamento conservador.

SOUZA, Nathalia Pires de. **Placental abruption with conservative management: case report and bibliographic review.** 2021. 30 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2021.

ABSTRACT

Placental abruption (PPD) is an important obstetric complication that leads to an increased risk of maternal and neonatal morbidity and mortality. It is defined as the complete or partial separation of a placenta normally implanted before delivery, of severe multifactorial character and its etiopathogenetic mechanism is not yet fully understood. Adverse fetal outcomes such as intrauterine growth restriction, premature birth, low birth weight, fetal distress, low Apgar score, stillbirth, congenital anomalies, and perinatal death are also observed in cases of PPD. Despite increased awareness, placental abruption still remains unpredictable and inevitable. Maternal hemodynamic status, coagulation profile and fetal status are important clinical parameters in assessing severity. Continuous electronic monitoring of fetal heart rate and uterine activity aids in assessing severity and appropriate treatment. This study aims to present the case of a pregnant patient, who had placental abruption with conservative management, with the purpose of providing greater knowledge about the characteristics and management of this disease, thus contributing to an effective treatment that has a positive outcome for the pregnant woman and the fetus. This is an observational, descriptive study, carried out in August 2019, in which the proposed practice allowed the evolution of pregnancy up to the 28th week, with neonatal death due to extreme prematurity.

Key- words: 1 Placental abruption. 2 Etiology. 3 Conservative treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ultrassonografia realizada em 15/08/2019.....	17
Figura 2 – Ultrassonografia realizada em 15/08/2019.....	18
Figura 3 – Ultrassonografia realizada em 15/08/2019.....	18
Figura 4 – Cesariana em 17/09/2019.....	19
Figura 5 – Coágulo em região retroplacentária.....	20
Figura 6 – Coágulo em região retroplacentária.....	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da desagregação placentária.....	11
e 12	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados do exame laboratorial em 15/08/2019.....	18
Tabela 2 – Casos de manejo conservador para descolamento prematuro de placenta	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1	FISIOPATOLOGIA.....	11
2.2	SINTOMAS E SINAIS.....	11
2.3	ETIOLOGIA.....	12
2.4	DIAGNÓSTICO.....	14
2.5	TRATAMENTO.....	15
2.6	METODOLOGIA, MATERIAL E MÉTODOS.....	16
3	RELATO DE CASO.....	18
3.1	RESULTADOS.....	22
3.2	DISCUSSÃO.....	22
	CONCLUSÃO.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O descolamento prematuro da placenta (DPP) é uma das complicações mais preocupantes da gravidez. Sangramento e dor consistem em seus sintomas clássicos, mas o quadro clínico varia, de assintomático, em que o diagnóstico é feito pela inspeção da placenta no momento do parto, ao descolamento massivo, que leva à morte fetal e morbidade materna grave (WORKALEMAHU et al., 2018).

Sua etiologia não é totalmente compreendida, mas insuficiência placentária, hipóxia intrauterina e subperfusão uteroplacentária são provavelmente os principais mecanismos que causam o descolamento, que resulta de uma ruptura da artéria decidual materna, causando dissecação da interface decídua-placentária. O vasoespasmto agudo pode preceder o descolamento. A invasão trofoblástica das artérias espirais e subsequente vascularização precoce podem ser defeituosas (WORKALEMAHU et al., 2018). Além disso, o DPP também pode ser a manifestação de um processo inflamatório que pode afetar o leito vascular. Apesar da evolução dos conhecimentos da patologia, o descolamento prematuro da placenta ainda permanece imprevisível e inevitável (CURY et al., 1995).

O manejo conservador, com a internação e métodos propedêuticos laboratoriais, hematológicos e de imagem, pode ser um recurso que, ao contrário do que muitos obstetras acreditam, auxilia na normalização do sistema de coagulação e, conseqüentemente no prolongamento da gestação, com ganho na idade gestacional e na maturidade de sistemas fetais, particularmente pulmonar.

O presente estudo tem como objetivo apresentar o caso de uma paciente gestante com descolamento prematuro de placenta, com manejo conservador, e a revisão da literatura sobre o tema, com o propósito de buscar mais conhecimento sobre as características dessa doença, adotando-se o manejo expectante, visando obter segurança na conduta, a fim de possibilitar contribuição para futuros desfechos positivos tanto para a gestante quanto para o feto.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O descolamento prematuro da placenta é a separação precoce da placenta do revestimento do útero, após a 20ª semana de gestação (WORKALEMAHU et al., 2018). É uma complicação relativamente rara, porém contribui significativamente para a mortalidade materna e perinatal (CURY et al., 1995).

As consequências neonatais incluem nascimento prematuro e baixo peso ao nascer, asfixia perinatal, natimorto e morte neonatal (WORKALEMAHU et al., 2018). Em muitos países, a taxa de DPP tem aumentado, mesmo com melhores cuidados obstétricos e técnicas de monitoramento. Isso sugere uma etiologia multifatorial que não é bem compreendida (MILLER et al., 2019).

Sua apresentação crônica é sugerida pela persistência de um hematoma subcoriônico a partir do segundo trimestre de gestação. Representado por descolamento marginal da placenta, compreendendo os seguintes critérios: (1) sangramento vaginal clinicamente significativo na ausência de placenta prévia ou outra fonte identificável de sangramento; (2) volume de líquido amniótico inicialmente documentado como normal; e (3) oligidrânio ($<$ ou $=$ 5) eventualmente sem evidência simultânea de ruptura das membranas (WORKALEMAHU et al., 2018).

Pioneiros no estudo desta condição, Mantoni e Pedersen (1981), baseados nas características do hematoma sugeriram a possibilidade de tratamento expectante:

(1) Hematomas de mais de 50 ml recorrentes resultam em risco considerável de parto prematuro e desfechos adversos;

(2) Hematomas menores que 35 ml tendem a diminuir gradualmente de tamanho e ter um bom prognóstico. Possibilidade de chegar ao termo, mediante a tratamento expectante.

Com base nesse estudo, passou-se a ter uma maior investigação e consciência em relação ao curso da gravidez frente a essa entidade.

2.1 FISIOPATOLOGIA

O descolamento da placenta ocorre devido ao rompimento das artérias espiraladas localizadas na decídua basal, apresentando relação, em sua maioria, a um processo crônico. A quantidade e o volume do sangramento podem ser irregulares, resultando em quadros clínicos diversos e consequências diferentes para o feto (TIKKANEN, 2011). O vaso materno rompido pode ser uma artéria ou veia, sendo que a hemorragia arterial de alta pressão ocorre na área central da placenta podendo causar a completa separação placentária e manifestações clínicas potencialmente fatais. A hemorragia venosa de baixa pressão atinge, geralmente, a periferia da placenta, resultando numa pequena área de separação e as manifestações clínicas podem ocorrer ao longo do tempo, justificando o aparecimento da evolução crônica da patologia (ANANTH et al., 2021).

2.2 SINTOMAS E SINAIS

Os sintomas clássicos de descolamento prematuro da placenta são sangramento vaginal, dor abdominal, contrações e hipersensibilidade uterina. Todos esses sintomas não estão invariavelmente presentes e a apresentação assintomática não exclui o descolamento prematuro da placenta (TIKKANEN, 2011).

A classificação da desagregação da placenta é baseada no grau de separação (parcial ou total) e no local de separação (periférica ou central) (ANANTH et al., 2016).

Quadro 1 – Classificação da desagregação placentária

Classe 0	Descolamento assintomático da placenta. Nesses casos, o descolamento pode passar despercebido e o diagnóstico é feito retrospectivamente após o parto. O critério de diagnóstico é a existência de um hematoma antigo.
Classe 1	Descolamento leve da placenta (representa aproximadamente 48% de todos os casos). É uma forma leve de descolamento, que pode ocorrer sem sangramento externo ou com sangramento leve e útero ligeiramente dolorido.
Classe 2	Descolamento moderado da placenta (representa aproximadamente 27% de todos os casos). É um descolamento

Classe 3

de gravidade média, que pode ocorrer sem sangramento externo, mas também pode ser moderadamente profuso.

Descolamento severo da placenta (representa aproximadamente 24% de todos os casos). É caracterizado por útero dolorido e tonificado e, na maioria das vezes, sangramento vaginal grave.

Fonte: ANANTH et al. (2016)

2.3 ETIOLOGIA

O descolamento da placenta parece ser multifatorial. Resulta de uma ruptura da artéria decidual materna, causando dissecação de sangue na interface decidua-placentária (MILLER et al., 2019; KRAUS et al., 2010). O vasoespasmo agudo pode ser um evento imediatamente anterior à separação placentária. Trombose dos vasos deciduais com necrose decidual associada e hemorragia venosa também estão frequentemente presentes (KRAUS et al., 2010). Em alguns casos, o trauma contuso ou a descompressão rápida do útero hiperdistendido, causa descolamento, mas, na maioria dos casos, o DPP parece ser uma consequência de um processo de longa data (ANANTH et al., 2015).

A literatura está repleta de resultados conflitantes sobre a associação do descolamento de placenta e os fatores etiológicos. Idade materna avançada, multiparidade, hipertensão crônica, tabagismo, uso de cocaína, parto cesáreo anterior, cirurgia uterina e curto intervalo entre a gravidez são fatores de risco relatados para descolamento prematuro da placenta (MILLER et al., 2019). A associação de tabagismo materno com DPP é bastante documentada em estudos sobre os riscos relativos. O uso de cigarro está associado a um aumento de 2,5 vezes no descolamento grave, resultando em morte fetal (KAMINSKY et al., 2007).

O efeito direto do tabagismo pode ser mediado pelos efeitos vasoconstritores da nicotina nas artérias uterinas e umbilicais e pelo aumento das concentrações de carboxihemoglobina que interferem na oxigenação. Acredita-se que essa alteração hipóxica possa causar microinfartos que ocorrem na periferia da placenta, levando a focos necróticos e, eventualmente, a um descolamento (ULM et al., 2005).

Em pacientes que tiveram DPP em gravidez anterior, parece haver uma tendência de recorrência, embora a maioria estudos incluam amostras relativamente pequenas de pacientes (WORKALEMAHU et al., 2018). Rasmussen e Irgens (2009), sugeriram que mulheres com uma história de descolamento prematuro da placenta devem receber vigilância especial 6 semanas antes da idade gestacional do primeiro DPP para reduzir o risco de recorrência. Isto está alinhado a resultados apresentados onde quase 60% dos descolamentos de placenta de uma segunda gestação ocorreram no mesmo período gestacional, e que 40% de todas as mulheres com descolamento prematuro da placenta na primeira gravidez, passam por recorrência no período pré-termo tardio (RUITER et al., 2015).

O conhecimento da etiologia otimiza os cuidados pré-natais especializados para mulheres que estão em risco de descolamento prematuro da placenta para a razão do resultado benéfico.

2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da condição crônica é baseado no quadro clínico, imagens ultrassonográficas, achados laboratoriais e exame da placenta após o parto.

A sensibilidade do ultrassom para o diagnóstico de descolamento é de apenas 25–50%. O valor preditivo positivo é alto (88%), especialmente nos casos em que sintomas típicos de descolamento de grau leve estão presentes (SHINDE et al., 2016). Os achados da ultrassonografia podem ser falsamente negativos, em especial nos descolamentos recentes e agudos, onde o hematoma retroplacentário não se desenvolveu totalmente (GHAHEH et al., 2013).

Os exames laboratoriais não apenas ajudam a estabelecer o diagnóstico de descolamento, mas também para avaliar a dimensão da hemorragia e das alterações da coagulação.

Hematoma de diferentes tamanhos e localizações podem ser notados pelo exame da placenta. O exame histopatológico frequentemente descobre infartos de placenta juntamente com a presença de hematoma retroplacentário. Se o diagnóstico clínico não for claro, o achado histopatológico pode ajudar a confirmar descolamentos crônicos e descolamentos atípicos (MILJANA, JOVANDARIC, MILENKOVIC, 2019).

2.5 TRATAMENTO

No tratamento deve-se levar em consideração a idade gestacional, quadro clínico, condição materna e fetal (CURY et al., 1995). A monitoração fetal contínua é necessária e, na gestante, a avaliação do estado hemodinâmico por meio da aferição da frequência cardíaca, pressão arterial, diurese e perda sanguínea. Os seguintes parâmetros são monitorados a partir de achados laboratoriais: hemograma completo, parâmetros de coagulação, estado ácido-base, mas, se necessário, outros parâmetros também devem ter acompanhamento (DOWNES, GRANTZ, SHENASSA, 2017).

Se a perda de sangue variar de 500 a 1000 ml deve ser avaliada a possibilidade de reposição por hemotransfusão. No caso de morte fetal, todos os procedimentos após o diagnóstico devem ser adotados de acordo com o estado da paciente. A cesariana é indicada se o estado hemodinâmico for instável e não se espera que o parto normal seja rápido (DOWNES, GRANTZ, SHENASSA, 2017). Nesses casos, a preservação do estado de coagulação é de fundamental importância, pois a CIVD não controlada pode comprometer o procedimento cirúrgico. Nos casos em que o feto está vivo e com cardiocografia normal, está indicado o parto vaginal imediato em uma gestação a termo. Muitas vezes, médico toma uma decisão da via de parto, dependendo da dinâmica do desenvolvimento do quadro clínico, dos achados laboratoriais, da estimativa da taxa de progressão do trabalho de parto e da avaliação da condição fetal (BOISRAMÉ et al., 2014).

Em casos de descolamento moderado e descolamento grave e o feto é viável, o parto é necessário. Essa abordagem é justificada por uma morbidade neonatal relativamente baixa de neonatos nascidos após 34 semanas de gravidez, evitando assim o risco de exacerbação do descolamento (BOISRAMÉ et al., 2014).

O uso de tocolíticos é discutível em termos de redução das contrações ou subsequente intensificação do sangramento. Segundo alguns autores, a aplicação de tocolíticos é útil na medida em que interrompe o trabalho de parto, que em caso de descolamento pode causar sua progressão e também sangramento excessivo. Também fornece o tempo para a aplicação de corticosteroides.

Numerosos agentes tocolíticos foram relatados como parte do arsenal terapêutico. Seu uso pode ser explicado pelo efeito sobre os fatores que regulam a atividade de fosforilação da cadeia leve da miosina, que por sua vez é regulada por

uma quinase, este processo chave-fechadura leva à contração das fibras musculares, interação actina-miosina, principalmente envolvendo cálcio e monofosfato de adenosina cíclico (cAMP) (RUOTI, 2020). Sua escolha deve ser determinada pelos riscos maternos e fetais, efeitos colaterais e eficácia, portanto, observa-se que a aplicação de tocolíticos é uma questão de avaliação individual do clínico (UMAZUME et al., 2016).

A morbidade fetal é causada pela agressão do próprio descolamento e por questões relacionadas à prematuridade, quando o parto prematuro é necessário para aliviar o sofrimento materno ou fetal, sendo necessário em casos de descolamento grave ou quando ocorre sofrimento fetal ou materno significativo, mesmo em casos de prematuridade extrema (CURY et al., 1995). Em alguns casos, o parto imediato é a única opção, mesmo antes da administração de corticoterapia. Todos os outros problemas e complicações associados a um bebê prematuro também são possíveis. O tratamento depende da quantidade de sangue perdida e do estado do feto; se tiver menos de 34 semanas e nem a mãe nem o feto estiverem em perigo, eles podem simplesmente ser monitorados no hospital para tratamento expectante até uma mudança na condição ou maturidade fetal, o que ocorrer primeiro (KYRKLUND-BLOMBERG, GENNSER, CNATTINGIUS, 2001; SHEINER et al., 2003).

2.6 METODOLOGIA, MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, do caso de uma gestante admitida no Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico em agosto de 2019, e realizado a partir da revisão do prontuário médico digital da paciente, solicitado ao Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI).

Na construção do relato de caso foi utilizado o prontuário referente ao período de internação, onde ocorreu a descrição dos dados da admissão hospitalar, exame físico de entrada, exames laboratoriais e de imagem, terapêutica e evolução, sendo este, solicitado no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HU-UFGD.

Para atender os preceitos éticos, o presente trabalho foi submetido à Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE) e no Comitê de Ética e

Pesquisa (CEP) da UFGD. Após a aprovação, coletou-se a assinatura da paciente no Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados feita de forma retrospectiva incluiu dados pessoais, como idade, paridade, dados obstétricos da gestação em estudo, sintomatologia, métodos diagnósticos utilizados, terapêutica medicamentosa e invasiva utilizada, métodos de avaliação da vitalidade fetal utilizados, idade gestacional no parto e evolução materna, fetal e evolução pós-parto.

A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados Medline, Lilac's, Pubmed, SciELO, entre outras, usando, como termos de busca: “descolamento prematuro da placenta”, “Descolamento prematuro de placenta crônico”, “etiologia do DPP” e “tratamento conservador do DPP”.

3. RELATO DE CASO

Paciente N.N.G.V, 33 anos de idade, branca, deu entrada no pronto socorro ginecológico e obstétrico do HU/GD, proveniente de Fátima do Sul, por demanda espontânea. G4 PC2 A1, com idade gestacional estimada de 23 semanas e 2 dias, por D.U.M. duvidosa, relatando sangramento via vaginal abundante por 15 dias, sem antecedentes clínicos ou obstétricos relevantes e pré natal ausente. A anamnese não revelava traumas abdominais ou eventos associados a descolamento placentário. Não portava hipertensão arterial, e a avaliação obstétrica cursava com altura uterina de 25 cm, BCF de 142 Bpm e movimentação fetal preservada. Apresentava sangramento via vaginal coletado e não ativo via orifício cervical externo visualizado ao exame especular e evitado realização de toque vaginal no primeiro momento por possibilidade de placenta prévia.

Realizou-se ultrassom obstétrico evidenciando gestação tópica e única, feto vivo com peso estimado de 573 gramas, líquido amniótico em quantidade diminuída, maior bolsão 0,65 cm e placenta de inserção alta e localização anterior, com grande coleção retroplacentária atingindo área placentária, e área fora da inserção, líquida, com debris, sugestiva de hematoma, sem atingir ou margear o orifício interno do colo (figura 1, figura 2 e figura 3). Apresentava sinais vitais estáveis, sem sinais de instabilidade hemodinâmica. Optado por internação para continuidade investigação.

Figura 1– Ultrassonografia realizada em 15/08/2019



Fonte: Prontuário da paciente

Figura 2 – Ultrassonografia realizada em 15/08/2019



Fonte: Prontuário da paciente

Figura 3 – Ultrassonografia realizada em 15/08/2019



Fonte: Prontuário da paciente

Tabela 1 – Resultados do exame laboratorial em 15/08/2019

Hemoglobina	9
Hematócrito	27,6
Leucócitos	10.450
Neutrófilos	68
Bastonetes	1,1
Plaquetas	226.000
PCR	15,7
TAP	11,4
TTPA	21,3

Fonte: Prontuário da paciente

Em discussão com a equipe da maternidade, visto a suspeita de DPP concomitante à estabilidade clínica e vitalidade fetal sustentada, a paciente foi informada sobre as opções de tratamento, seus benefícios e riscos (maternos e fetais), sendo indicado não interromper a gestação e proposto tratamento conservador para tentativa de viabilidade do feto.

Foi sugerido maturação pulmonar fetal a partir de 26 semanas de gestação, repouso e controle ultrassonográfico e hematológico seriado (hemograma, PCR, TAP, TTPA e RNI). Evoluiu sem intercorrências por 32 dias, acompanhada na maternidade pelo serviço de obstetrícia, com ultrassonografias revelando área de hematoma sem amplificação e cursou com interrupção via cesariana, visto a impossibilidade de indução por colo desfavorável, com 28 semanas, devido sangramento via vaginal.

RN nasceu hipotônico, com FC <100 e choro ausente. Apgar 2/6 e peso ao nascer de 1.152 gramas, com necessidade de IOT e cuidados de UTI neonatal. Evoluindo com óbito no mesmo dia, por parada cardíaca sem resposta às manobras de reanimação (figura 4).

Figura 4 – Cesariana em 17/09/2019



Fonte: Prontuário da paciente

A suspeita diagnóstica confirmada no intraoperatório de descolamento prematuro de placenta de evolução crônica foi reforçada pela presença de coágulo extenso em região retroplacentária que ocupava a área fúndica do útero e sinais de descolamento. O estudo anatomopatológico da placenta revelou peso de 295

gramas, de caracteres histopatológicos compatíveis com terceiro trimestre de gestação, com presença de deposição intervlosa de fibrina em moderada quantidade (figura 5 e figura 6).

Figura 5 – Coágulo em região retroplacentária



Fonte: Prontuário da paciente

Figura 6 – Coágulo em região retroplacentária



Fonte: Prontuário da paciente

A paciente evoluiu com anemia leve, sem necessidade de hemotransfusão, recebendo alta com 48 horas após o parto, sem outras intercorrências. O estudo anatomopatológico da placenta revelou peso de 295 gramas, de caracteres histopatológicos compatíveis com terceiro trimestre de

gestação, com presença de deposição intervilosa de fibrina em moderada quantidade.

3.2 DISCUSSÃO

O procedimento mais útil para reconhecer o início de DPP é uma avaliação criteriosa da gestante, e a forma de manejo decidido frente à idade gestacional somado a condição materno-fetal. Elliott et al. (1998), classificou as mulheres que atendiam aos seguintes critérios como mostrando a sequência de descolamento crônico: (1) sangramento vaginal clinicamente significativo persistindo por pelo menos 7 dias sem placenta prévia ou lesões cervicais uterinas, (2) volume de líquido amniótico inicialmente documentado como normal e (3) oligoidrânio (índice de líquido amniótico <5 cm) eventualmente se desenvolvendo sem evidência simultânea de membranas rompidas (4) gestão expectante possível; (5) presença de hematoma retroplacentário evidenciado a propedêutica de imagem ou detectado no parto; e (6) parto com 22 semanas de gestação ou mais tarde.

A área vaginal deve ser examinada quanto à presença de sangramento; caso haja, avalia-se a quantidade e as características do sangue, bem como a presença de coágulos. Lembrando que a ausência de sangramento vaginal não elimina o diagnóstico de DPP (KRAUS et al., 2010). Avaliações dos sinais vitais para detectar taquicardia ou hipotensão, que podem ser indicadores de hemorragia oculta. Amostras de sangue, como hemograma completo, fibrinogênio, perfil de coagulação, tipagem ABO e RH, devem ser coletadas. Esses valores laboratoriais fornecerão dados básicos para avaliar a condição da paciente ao longo do tempo. O fibrinogênio mostra a melhor correlação com a gravidade do sangramento da mãe, sua concentração na gravidez aumenta à medida que ela avança, e os níveis normais de fibrinogênio no terceiro trimestre são de 373 a 619 mg/dL (ABBASSI-GHANA VATI, GREER, CUNNINGHAM, 2009). Valores de 200 mg/dL ou menos, têm indicação preditiva de 100% para sangramento pós-parto grave. Valores superiores a 400 mg/dL indicam que o estado de coagulação ainda está preservado. Para descolamento grave, um rápido desenvolvimento de coagulação intravascular disseminada (CID) é típico (MARTINELLI et al., 2018).

A avaliação do bem-estar fetal também está incluída no exame, com prática diária da ausculta dos sons cardíacos fetais e indagações sobre os

movimentos, especificamente as mudanças recentes nos padrões de atividade. A Cardiotocografia contínua deve iniciada para identificar bradicardia prolongada, variabilidade diminuída e a presença de desacelerações tardias (MANOLITSAS et al., 2014). Por outro lado, o manejo expectante conservador parece ser seguro em gestações prematuras com descolamento prematuro da placenta e CTG normal (MANOLITSAS et al., 2014).

Gestantes identificadas com classe 1 e sem sinais de sofrimento materno ou fetal e gravidez com menos de 34 semanas podem ser tratadas de forma conservadora. Essas pacientes geralmente são admitidas na unidade obstétrica para monitoramento próximo do estado materno e do feto. É importante que a díade materno-fetal seja monitorada até que haja uma mudança na condição ou até que a maturidade fetal seja atingida (KRAUS et al., 2010).

Se os dados coletados resultarem em classificação de classe 2 (moderada) ou classe 3 (grave) e o feto for viável e vivo, o parto será necessário. Devido às contrações hipertônicas, um parto vaginal pode ocorrer rapidamente, porém, se houver sinais de sofrimento fetal, uma cesariana de emergência é necessária para proteger o feto. Durante o procedimento cirúrgico, é importante o controle cuidadoso dos fluidos e do volume circulatório. No pós-operatório, a paciente precisa ser monitorada para hemorragia pós-parto e alterações no perfil de coagulação (MARTINELLI et al., 2018).

O manejo do descolamento é controverso. O principal objetivo da conduta expectante é melhorar o resultado neonatal. As condições maternas, no entanto, podem piorar durante o manejo expectante. Isso destaca a importância de equilibrar os riscos entre os resultados maternos e perinatais (MANOLITSAS et al., 2014). Nos casos graves com instabilidade cardiovascular materna ou sofrimento fetal, há um consenso geral de que o parto imediato é indicado. Contudo, muitas vezes é difícil justificar o parto de um prematuro quando não há evidência de comprometimento fetal. Embora tenha sido sugerido que atrasos no parto podem ser prejudiciais devido à ocorrência de insuficiência placentária, relatos mostraram que alguns casos podem ser gerenciados com segurança a partir do repouso no leito hospitalar, cardiotocografia, tocolíticos e imagens (MARTINELLI et al., 2018).

Análises de imagens podem detectar a extensão do descolamento, isso ocorre porque os hematomas agudos e subagudos são frequentemente isoecoicos ao tecido placentário (MASSELLI, GUALDI, 2013). Um achado positivo de

hematoma na USG está associado a um pior resultado neonatal, uma vez que a visualização de um coágulo sanguíneo provavelmente indica uma hemorragia de grande volume que teria maior probabilidade de manifestar sinais e sintomas (FADL et al., 2017). Relevante enfatizar que um DPP deve ser considerado e tratado se houver suspeita clínica, independentemente dos achados da ultrassonografia, uma vez que esse exame não é sensível para sua detecção (MASSELLI, GUALDI, 2013).

O repouso é um tratamento comumente prescrito para mulheres que apresentam complicações durante a gravidez. Na maioria dos casos, é indicado para dar ao corpo a melhor chance de se normalizar. Trabalho, atividade, levantamento de peso ou exercício podem piorar ou provocar certas situações, portanto, o repouso pode ser prescrito para reduzir o sangramento vaginal ou diminuir a chance de parto prematuro e, também, para ajudar a aumentar o fluxo sanguíneo para a placenta (MEHER, DULEY, 2016).

No que diz respeito ao tratamento medicamentoso o uso de tocolíticos deve ser individualizado e justificado visando a maturação pulmonar fetal. Sendo assim o uso de sulfato de magnésio deve ser considerado primeira linha, Oyelese e Ananth (2006) propuseram a indicação visto a presença de taquicardia desencadeada por agonista dos receptores adrenérgicos β_2 , especialmente a terbutalina podendo mascarar sinais clínicos de hemorragia.

O uso de corticosteroides reduz significativamente a taxa de complicações respiratórias neonatais (ROBERTS et al., 2017). A betametasona 12 mg intramuscular a cada 24 horas por duas doses ou dexametasona 6 mg a cada 12 horas por quatro doses para aumentar a maturação pulmonar fetal pode ser administrado a pacientes com menos de 36 semanas de gestação, se o parto não for iminente (MCGOLDRICK et al., 2020).

A insuficiência placentária é uma complicação potencial da conduta expectante de longo prazo após descolamento prematuro da placenta, porém em estudo realizado por Combs et al. (1992), duas observações sugerem que esta complicação não ocorre com frequência significativa. Primeiro, os testes anormais de cardiotocografia foram pouco frequentes (10%) e estes foram seguidos por outros de vigilância tranquilizadora. Em segundo, a incidência de neonatos abaixo do peso e a termo foi de 15%, os prematuros foram 4% e grandes para a idade gestacional e

a termo foram de 15%. As manifestações são a ruptura prematura das membranas ovulares e a oligodrâmnia (esta última relacionada a altas taxa de óbito fetal, prematuridade e morbidade neonatal grave).

Os riscos maternos associados referem-se, geralmente, aos seguintes aspectos: choque hipovolêmico, insuficiência renal aguda, coagulação intravascular disseminada, útero de Couvelaire com atonia uterina e necrose hipofisária. Dessa forma, o diagnóstico e atuação oportuna perante a gestante com hipótese de DPP melhora o prognóstico materno e fetal.

A seguir, alguns estudos que demonstram que o manejo conservador em determinados casos de DPP pode prolongar a idade gestacional do parto tendo, em sua maioria, desfecho positivo (tabela 2).

A proposta do manejo é benéfica quando bem indicada. Descolamentos parciais ou marginais não associados ao comprometimento materno ou fetal (dependente da gestação e da quantidade de sangramento), podem ter desfecho positivo, uma vez que houve tempo para a maturação dos sistemas fetais; o que foi clinicamente verificado por Bond et al. (1989), Maia, Mathias (1990), Cury et al. (1995), Tam et al. (1997) e Hall et al. (2005).

Tabela 2 – Casos de manejo conservador para descolamento prematuro de placenta

Autor, ano	N. de casos	Média do prolongamento gestacional obtido	Desfecho
Bond et al. (1989)	43	12,4 dias	3 óbitos neonatais entre 10 e 45 dias
Maia, Mathias (1990)	4	6 semanas	Boa evolução neonatal
Cury et al. (1995)	1	7 dias	Positivo para mãe e neonato
Tam et al. (1997)	1	18 semanas	Boa evolução neonatal
Elliot et al. (1998)	24	4,5 semanas	Não relatado
Hall et al. (2005)	340	11 dias	Mortalidade perinatal 24/1000 (\geq 1000 g/ 7 dias); Sobrevivência neonatal de 94%

Fonte: Adaptado pela autora.

Pelo exposto, é tangível que a DPP é uma doença complexa e, embora, vários fatores de risco sejam conhecidos, a etiopatogenia não é totalmente

compreendida e sua ocorrência muitas vezes permanece imprevisível ou inevitável. O cuidado pré-natal adequado, a identificação precoce e o monitoramento adequado dos fatores de risco com intervenção oportuna podem reduzir o risco de mortalidade e seu desfecho materno fetal.

CONCLUSAO

O descolamento prematuro de placenta, em sua evolução crônica, costuma ser autolimitado e pode ser manejado com segurança.

Otimizar a idade gestacional no parto e o tempo criterioso de administração de corticosteroides são os principais desafios.

O uso apropriado de tecnologias precisas de rastreamento e monitoramento pode facilitar a intervenção oportuna, particularmente quando a prematuridade implica em elevado risco de óbito.

Mesmo assim, deve-se lembrar que o descolamento de placenta crônico apresenta uma evolução imprevisível e frente ao surgimento de complicações que envolvem a díade, o parto deve ser considerado.

REFERÊNCIAS

1. ABBASSI-GHANA VATI M, GREER LG, CUNNINGHAM FG. Pregnancy and laboratory studies: A reference table for clinicians. **Obstetrics and Gynecology**, n. 114, p. 1326-1331, 2009.
2. ANANTH CV, BERKOWITZ GS, SAVITZ DA, LAPINSKI RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. **JAMA**, n. 282, p. 1646-1651, 2009.
3. ANANTH CV, LAVERY JA, VINTZILEOS AM, SKUPSKI DW, VARNER M, SAADE G, et al. Severe placental abruption: Clinical definition and associations with maternal complications. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, n. 19, p. 214-272, 2016.
4. ANANTH CV, KEYES KM, HAMILTON A, GISSLER M, WU C, LIU S, et al. An international contrast of placental abruption rates: an age-period-cohort analysis. **PLoS One**, v. 10, n. 5, 2015.
5. ANANTH CV, KINZLER WL, MD, FACOG VAB. 2021. Placental abruption: pathophysiology, clinical features, diagnosis and consequences. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-pathophysiology-clinical-features-diagnosis-and-consequences#references>>. Acesso em ago. 2021.
6. BOISRAMÉ T, SANANÈS N, FRITZ G, BOUDIER E, AISSI G, FAVRE R, LANGER B. Placental premature detachment: risk factors, management and maternal-fetal prognosis. Cohort study over 10 years. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, n. 179, p. 100-104, Ago. 2014.
7. BOND A, EDERSHEIM T, CURRY L, DRUZIN M, HUTSON J. Expectant management of placental abruption before 35 weeks' gestation. **American Journal of Perinatology**, v. 6, n. 2, p. 121-123, 1989.
8. BROWN CM, GAROVIC VD. Mechanisms and treatment of hypertension in pregnant women. **Curr Hypertens Rep.**, v. 13, n. 5, p. 338-346, 2011.
9. COMBS C, NYBERG D, MACK L, SMITH J, BENEDETTI T. Expectant management after ultrasound diagnosis of placental detachment. **American Journal of Perinatology**, v. 9, n. 3, p. 170-174, 1992.
10. CURY AF, CURY FF, LOPES LAF, ZACARIAS R, FERRO MLD, GARCIA, SAL. Evolução crônica do descolamento prematuro de placenta: relato de um caso tratado com conduta expectante. **Rev. bras. ginecol. Obstet.**, v.17, n.9, p. 941-946, Out. 1995.

11. DOWNES KL, GRANTZ KL, SHENASSA ED. Maternal, parturition, delivery and perinatal outcomes associated with placental abruption: a systematic review. **Am J Perinatol.**, v. 34, n. 10, p. 935-957, 2017.
12. ELLIOTT JP, GILPIN B, STRONG TH, JR, FINBERG HJ. Sequence of chronic-oligohydramnios detachment. *J Reprod Med.*, v. 43, n. 5, p. 418-422, 1998.
13. FADL S, MOSHIRI M, FLIGNER CL, KATZ DS, DIGHE M. Placental image: normal appearance with revision of pathological findings. **RadioGraphics**, n. 37, p. 979-998, 2017.
14. GHAHEH HS, FEIZI A, MOUSAVI M, SOHRABI D, MESGHARI L, et al. Risk factors of placental abruption. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, n. 18, p. 422-426, 2013.
15. KAMINSKY LM, ANANTH CV, PRASAD V, NATH C, VINTZILEOS AM. Investigators of the New Jersey Placental Detachment Study. The influence of maternal smoking on placental pathology in pregnancies complicated by detachment. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 197, n. 3, p. 275-179, 2007.
16. KATTAH AG, GAROVIC VD. The management of hypertension in pregnancy. **Adv Chronic Kidney Dis.**, v. 20, n. 3, p. 229-239, 2013.
17. KRAUS FT, REDLINE RW, GERSELL DJ, NELSON DM, DICKE JM. Disorders of placental development. In: *Pathology of the placenta. Atlas of non-tumor pathology.* Washington, DC: The American. **Registry of Pathology**, p. 47-74, 2010.
18. KYRKLUND-BLOMBERG NB, GENNSER G, CNATTINGIUS S. Placental abruption and perinatal death. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, n. 15, p. 290-297, 2001.
19. MANOLITSAS T, WEIN P, BEISCHER NA, SHEEDY MT, RATTEN VJ. Value of cardiotocography in women with antepartum hemorrhage - is it too late for a cesarean when cardiotocography shows disastrous features? **Aust NZJ Obstet Gynaecol.**, v. 34, p. 403-408, 2014.
20. MANTONI M, PEDERSEN JF. Intrauterine hematoma an ultrasonic study of threatened abortion. **International Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 88, n. 1, p. 47-51, 1981.
21. MARTINELLI KG, GARCIA ÉM, SANTOS NETO ETD, GAMA SGND. Advanced maternal age and its association with placenta previa and placental abruption: a meta-analysis. **Cad Public Health**, v. 34, n. 2, p. 28-30, Fev. 2018.
22. MASSELLI G, GUALDI G. Placental MRI: What a Radiologist Should Know. **Abdom Imaging**, v. 38, n. 3, p. 573-587, 2013.
23. MCGOLDRICK E, STEWART F, PARKER R, DALZIEL SR. Prenatal corticosteroids to accelerate fetal lung maturation in women at risk for preterm birth. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 12, n. 12, p. 12-25, 2020.

24. MEHER S; DULEY L. Rest during pregnancy to prevent pre-eclampsia and its complications in women with normal blood pressure. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, p. 1-16, 2016.
25. MILJANA Z, JOVANDARIC S, MILENKOVIC J. **Placenta Abruptio and Delivery Method. Peer-reviewed open access chapter**. 2019. Disponível em: <<https://www.intechopen.com/books/childbirth/placenta-abruption-and-method.>> Acesso em dez. 2020.
26. MILLER C, GRYNSPAN D, GAUDET L, FERRETTI E, LAWRENCE S, MORETTI F, LAFRENIERE A, MCGEE A, LATTUCA S, BLACK A. Maternal and neonatal characteristics of a Canadian urban cohort receiving treatment for opioid use disorder during pregnancy. **J Dev Orig Health Dis.**, v. 10, n. 1, p. 132-137, Fev. 2019.
27. OYELESE Y, ANANTH CV. **Placental detachment. Obstet Gynecol.** n. 108, p. 1005-1016, 2006.
28. RASMUSSEN S, IRGENS LM. Occurrence of placental abruption in relatives. **BJOG**, v. 116, n. 5, p. 693-699, 2009.
29. RUITER L, RAVELLI ACJ, GRAAF IM, MOL BWJ, PAJKRT E. Incidence and recurrence rate of placental abruption. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 213, n. 4, p. 573e, 2015.
30. RUOTI M. Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro Tocolitics in premature labor. **An. Fac. Cienc. Méd.**, v. 53, n. 3, p. 115-130, 2020.
31. SHEINER E, SHOHAM-VARDI I, HALLAK M, HADAR A, GORTZAK-UZAN L, KATZ M, et al. Placental abruption in term pregnancies: Clinical significance and obstetric risk factors. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, n. 13, p. 45-49, 2003.
32. SHINDE GR, VASWANI BP, PATANGE RP, LADDAD MM, BHOSALE RB. Diagnostic performance of ultrasonography for detection of abruption and its clinical correlation and maternal and fetal outcome. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, 2016, p. 10.
33. TIKKANEN M. Placental abruption: Epidemiology, risk factors and consequences. **Acta Obst et Gynecologica Scandinavica**, v. 90, p. 140-149, 2011.
34. ULM MR, PLOCKINGER B, PIRICH C, GRYGLEWSKI RJ, SINZINGER HF. The umbilical arteries of babies born to cigarette smokers generate less prostacyclin and contain less arginine and citrulline compared to babies born to control subjects. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 172, p. 1485-1487, 1995.
35. UMAZUME T, YAMADA T, MORIKAWA M, ISHIKAWA S, KOJIMA T, CHO K, et al. Occult fetomaternal hemorrhage in women with pathological placenta with respect to permeability. **The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, n. 42, p. 632-639, 2016.

36. WORKALEMAHU T, ENQUOBARIE DA, GELAYE B, THORNTON TA, TEKOLA-AYELE F, SANCHEZ SE, GARCIA PJ, PALOMINO HG, HAJAT A, ROMERO R, ANANTH CV, WILLIAMS MA. Risk of abrupt placentae and genetic variations in mitochondrial biogenesis and oxidative phosphorylation: replication of an association study of candidate genes. *Am J Obstet Gynecol.*, v. 219, n. 6, p. 617, Dez. 2018.
37. WORKALEMAHU T, ENQUOBARIE DA, GELAYE B, SANCHEZ SE, GARCIA PJ, TEKOLA-AYELE F, HAJAT A, THORNTON TA, ANANTH CV, WILLIAMS MA. Genetic variations and risk of placental abruption: A study of association of the entire genome and meta-analysis of studies of association of the entire genome. *Placental*, n. 66, p. 8-16, Jun. 2018.