

FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA

PLACENTA PRÉVIA, um relato de caso

**Vespasiano
2023**

KELLY REGIANI KROHLING

LUIZ HENRIQUE FERREIRA DA MATA

MARCOS ANTONIO LUIZ FILHO

MARCOS VINÍCIUS DE SOUZA LIMA JÚNIOR

RONAN CARVALHO DE ARAÚJO

PLACENTA PRÉVIA, um relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof. Álvaro Luiz Lage Alves.

**Vespasiano
2023**

P697 Placenta prévia, um relato de caso. / Kelly Regiani Krohling... [et al.]. – Vespasiano, 2023.

19 f.

Orientador: Álvaro Luiz Lage Alves.

Trabalho de conclusão de curso (Medicina) – Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – FASEH, 2023.

1. Placenta. 2. Placenta Prévia. 3. Placenta Acreta. 4. Hemorragia Uterina. 5. Obstetrícia. I. Krohling, Kelly Regiani. II. Mata, Luiz Henrique Ferreira da. III. Luiz Filho, Marcos Antonio. IV. Lima Júnior, Marcos Vinícius de Souza. V. Araújo, Ronan Carvalho de. VI. Faculdade da Saúde e Ecologia Humana. VII. Título.

Bibliotecária responsável: Denise Cristina de Castro – CRB 6/1941.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Kelly Regiani Krohling

Luiz Henrique Ferreira da Mata

Marcos Antônio Luiz Filho

Marcos Vinícius de Souza Lima Júnior

Ronan Carvalho de Araújo

PLACENTA PRÉVIA, um relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade da Saúde e Ecologia Humana como requisito para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

FASEH (2023)

Vespasiano (2023)

Prof. Álvaro Luiz Lage Alves - FASEH (Orientador)

Prof. XXXX– INSTITUIÇÃO

AGRADECIMENTOS

Aos nossos pais que de maneira tão desprendida se submeteram aos mais variados sacrifícios para que pudéssemos estar aqui hoje apresentando esse trabalho e cursando o curso dos nossos sonhos; ao nosso mestre, amigo e, quiçá, futuro colega, Dr. Álvaro Luiz Lage Alves, que com tanta paciência e resiliência lapidou este artigo como um artífice; à paciente, que nos deu o voto de confiança de poder retratar, com todas nossas limitações, seu caso clínico, objeto de estudo de nosso trabalho; à FASEH, grupo estudantil que nos recebeu e acolheu, nos proporcionando aprendizado, amizades e experiências com as quais jamais poderíamos sonhar. A todos vocês, que com pequenos atos iluminaram de alguma forma nossa vida, incontáveis palavras não bastariam para manifestar nossa gratidão! Muito obrigado!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Placenta Prévia é aquela que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero, ou seja, sobre o orifício interno do colo uterino após 28 semanas. **OBJETIVO:** analisar e discutir um caso clínico de placenta prévia para compreensão do diagnóstico, tratamento e seus possíveis desfechos. **MÉTODOS:** utilizamos um relato de caso para descrever a Placenta prévia e base de dados para revisão da literatura no UpToDate, Scielo, PubMed e Medline. Relato de caso: paciente, T.D.S., 31 anos, com diagnóstico de placenta prévia total, feito com 11 semanas de gestação, apresentou sangramento uterino anormal com 30 semanas de gestação, sendo necessária intervenção cirúrgica com 36 semanas de gestação devido ao quadro apresentado. **CONCLUSÕES:** a análise do presente caso clínico, do tratamento adotado, assim como o desfecho favorável exemplificam como a intervenção médica pode propiciar resultados puerperal e perinatal favoráveis.

Palavras-Chave: Placenta; Placenta prévia; sangramento uterino anormal; placenta acreta; Obstetrícia e Ginecologia.

ABSTRACT

Introduction: Placenta Previa is the one that is totally or partially implanted in the lower segment of the uterus, that is, over the internal orifice of the uterine cervix after 28 weeks. Objective: to analyze and discuss a clinical case of placenta previa to understand the diagnosis, treatment, and possible outcomes. Methods: we used a case report to describe Placenta previa and database for literature review in UpToDate, Scielo, PubMed and Medline. Case report: patient, T.D.S., 31 years old, diagnosed with total placenta previa, made at 11 weeks of gestation, presented abnormal uterine bleeding at 30 weeks of gestation, requiring surgical intervention at 36 weeks of gestation due to the condition presented. Conclusions: the analysis of the present clinical case, the treatment adopted, as well as the favorable outcome exemplify how medical intervention can provide favorable puerperal and perinatal outcomes.

Key words: Placenta; Placenta previa; abnormal uterine bleeding; placenta accreta; Obstetrics and Gynecology.

LISTA DE ABREVIATURAS

AP - Acretismo placentário

CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

DTPA - vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto

HBSAG – Antígeno de superfície para hepatite B

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSF – Hospital Sofia Feldman

IG – Idade gestacional

IPACM – Índice de pulsatilidade da artéria cerebral média

IPAUMBI – Índice de pulsabilidade da artéria umbilical

PNAR – Pré-natal de alto risco

PP – Placenta prévia

RN - Recém-nato

UBS – Unidade básica de saúde

UI – Unidade Internacional

US – Ultrassonografia

VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory* (Pesquisa laboratorial de doença venérea)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação da placenta prévia	1
Figura 2 - Via de parto de acordo com o tipo de placenta prévia	6
Figura 3 - Tratamento da placenta prévia de acordo com a gravidade da hemorragia	6
Figura 4 - Manobras de compressão uterina de Hamilton e de Chantrapitak	7
Figura 5 - Balões intrauterinos	9
Figura 6 - Suturas uterinas compressivas de B-Lynch, Cho e Hayman	9
Figura 7 - Suturas uterinas compressivas de Cho (adaptada por Palacios-Jaraquemada)	10

SUMÁRIO

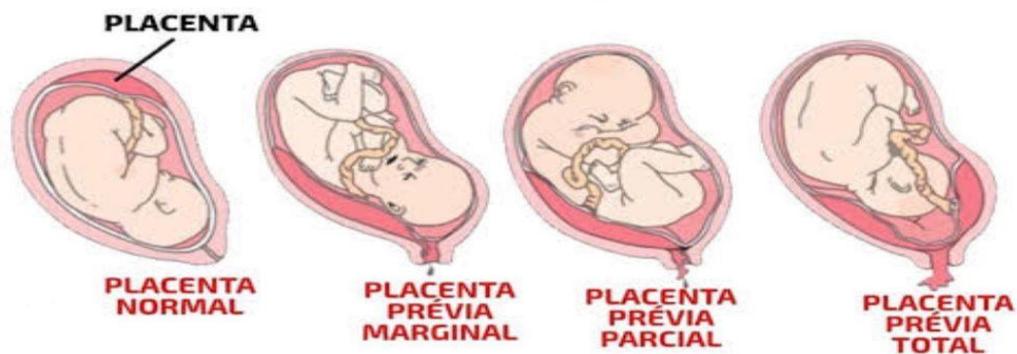
1 INTRODUÇÃO	1
2 CASO CLÍNICO	3
3 DISCUSSÃO	5
4 CONCLUSÃO	11
5 REFERÊNCIAS	12

1 INTRODUÇÃO

Placenta prévia (PP) trata-se da presença de tecido placentário que se prolonga sobre o orifício cervical interno. As consequências são: necessidade de realização de cesárea, possível hemorragia anteparto, parto prematuro e hemorragia pós-parto. (LOCKWOOD, 2022)

Na PP central (ou total, ou centro total), a placenta cobre todo o orifício interno do canal cervical. Na PP parcial, a placenta cobre parcialmente o orifício interno do canal cervical. A PP marginal e a placenta baixa também são descritas; elas acontecem quando a placenta se estende para a borda interna do orifício cervical ou para até dois centímetros deste, respectivamente. (LOPES; D'ABREU, 2021)

Figura 1 - Classificação da placenta prévia



Fonte: Placenta Previa Nursing Care Plan and Management (nurseslabs.com)

Suspeita-se de PP a partir de 20 semanas de gestação, nas gestantes apresentando sangramento vaginal. Nos casos de sangramento após 20 semanas, é importante a realização da ultrassonografia (US) para determinar a localização exata da placenta, antes do toque vaginal digital, com intuito de evitar hemorragia grave. No segundo trimestre, solicitada na rotina do pré-natal, a US pode diagnosticar a PP nas gestantes que permanecem assintomáticas. Em casos que o diagnóstico com o US é duvidoso, a ressonância magnética também pode ser utilizada, demonstrando grande acurácia e certeza diagnóstica. (MAZOUNI; GORINCOURG, 2007) (WARSHAK CR; Gorincour G, 2006)

A PP ocorre em uma a cada 200 gestações, variando de acordo com a localidade sem que haja explicações concretas para a diversidade das taxas de ocorrência. É mais comum em torno da 20ª semana do que no momento do nascimento, pois a maioria é diagnosticada no início da gravidez e tem resolução espontânea. Os principais fatores de risco são: PP anterior, gestação múltipla e cesárea prévias, intervenções uterinas anteriores, tais como miomectomia e curetagem. (LOCKWOOD CHARLES, 2022)

Uma hipótese da etiopatogenia da PP é que as áreas de decídua menos vascularizadas, situadas em regiões superiores da cavidade uterina, resultantes de multiparidade e/ou cirurgias prévias, promovem implantação do trofoblasto ou seu crescimento em direção ao segmento uterino inferior. Outra hipótese é que uma área de superfície placentária de maiores dimensões, devido a gestação múltipla, aumenta a possibilidade da placenta se estender até o orifício cervical (LOCKWOOD CHARLES, 2022)

A fisiopatologia do sangramento é desconhecida. Acredita-se que as contrações uterinas e mudanças no colo e segmento inferior uterino aplicam forças de cisalhamento no local de implantação placentária, promovendo o seu deslocamento. (KARINA FERNANDES, 2021)

O presente trabalho pretende relatar um caso de PP, na intenção de compreender melhor seus fatores de risco, riscos para a mãe e neonato, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

2 CASO CLÍNICO

T.D.S., 31 anos, católica, parda, ensino médio completo, G3P2NA0, grupo sanguíneo O positivo, idade gestacional (IG) de 30 semanas e quatro dias (US: 21/03/2022 com 11 semanas + cinco dias // DUM 03/01/2022 // DPP: 10/10/2022). Compareceu ao Hospital Sofia Feldman (HSF) no dia 31/07/22 com queixa de sangramento vaginal abundante, iniciado no seu domicílio às 14:00 e que piorou às 19:00. Negava perda de líquido vaginal. Movimentação fetal estava presente. Realizou cinco consultas de pré-natal de alto risco (PNAR), com diagnóstico de PP total em US realizado em 21/03/2022. O referido exame, portanto, evidenciou placenta prévia total anterior e heterogênea, sendo visualizada imagem próxima a borda direita da placenta, com importante fluxo, evidenciado ao doppler, sem imagens anecóicas retroplacentárias. A dopplerfluxometria fetal revelou índice de pulsatilidade da artéria cerebral média (IPACM) de 2,34 e índice de pulsatilidade da artéria umbilical (IPAUMB) de 0,77. História positiva de hipotireoidismo e em uso de levotiroxina 25 microgramas por dia. Sem história de cirurgias prévias. Negava tabagismo e etilismo. À época do diagnóstico de PP, a paciente foi orientada a providenciar dez doadores de sangue ao HSF. Devido ao diagnóstico de PP e ao sangramento uterino anormal, a paciente foi internada.

Nova US com doppler realizada no HSF no dia 31/08/22 evidenciou presença de feto único, em situação longitudinal, posição esquerda e apresentação cefálica, com batimentos cardíofetais normais. Este US evidenciou placenta de localização anterior, heterogênea e recobrando o orifício interno do colo (PP central).

Conclusão do exame: gestação de 35 semanas com placenta prévia total, sem sinais de acretismo a dopplerfluxometria. Exames laboratoriais do dia 06/09/22: glicemia de jejum em 89; pressão arterial de 110x80 mmhg; hemoglobina em 10,2; plaquetas em 183.000 $10^3/\text{mm}^3$; global de leucócitos em 9.810 μL , sem desvios; grupo sanguíneo O; fator Rh positivo. Nos dias 19/07/22 e 20/07/22 foi realizada corticoterapia, objetivando maturação pulmonar. Sorologias maternas (31/07/2022): “*Venereal Disease Research Laboratory*” (VDRL) não reagente, Antígeno de superfície para Hepatite B (HbsAg) não reagente, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) não

reagente, Toxoplasmose susceptível, Rubéola imune, Citomegalovírus imune, Sífilis teste rápido não reagente. Vacinas: Vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Tipo Adulto (DTPA) e hepatite B.

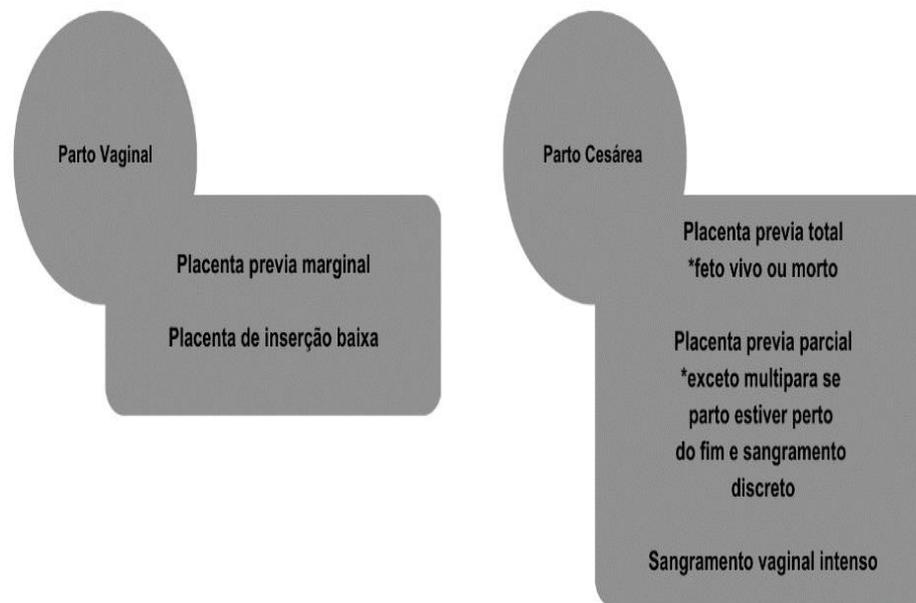
Foi agendada e realizada cesárea eletiva no dia 07/09/22, às 14:00 horas, com idade gestacional de 36 semanas. Durante o procedimento, foram administrados ácido tranexâmico um grama, cefalotina dois gramas, ocitocina dez unidades internacionais (UI), ondansetrona quatro miligramas, dexametasona dez miligramas, dipirona dois gramas e cetoprofeno 100 miligramas. O útero manteve contraído, o sangramento pós-parto foi habitual e a cesárea terminou sem intercorrências. Recém-nato (RN) nasceu vivo, apresentou índice de Apgar de nove e dez nos primeiro e quinto minutos, respectivamente. Sua apresentação era cefálica e o cordão foi clampado com um minuto. Pesou 2400 gramas, mediu 45 cm, perímetro cefálico 34,5 cm. RN de cor parda, sem anomalias congênitas, foi colocado em contato pele a pele com a mãe. Aos 14 minutos de vida, evoluiu com desconforto respiratório, saturação de 87% em ar ambiente, sendo necessário tratamento por meio de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP nasal) e terapia intensiva neonatal. T.D.S evoluiu no pós-operatório com contração uterina adequada e sem sangramento uterino. Puérpera e RN apresentaram desfechos favoráveis e receberam alta hospitalar em 08/09/2022, às 08:20 horas.

3 DISCUSSÃO

A maioria dos casos de PP no início do segundo trimestre se resolve durante a gestação, pois à medida que o segmento uterino se expande na gestação, a borda placentária se afasta do orifício interno cervical. A PP constitui uma das condições reais de cesárea, desde que o diagnóstico seja preciso. A indicação da via de parto vai depender de quão baixa a placenta está. A placenta prévia central total é uma condição mais grave. Nesses casos, a gestante não deve entrar em trabalho de parto, o toque vaginal não deve ser realizado e existe uma chance maior de sangramento ao longo da gestação e durante o parto. O nascimento deve ser programado de acordo com as condições maternas e fetais, e visa atingir o termo gestacional (37 semanas). Quando a placenta está marginal, a escolha da via de parto vai depender do quão distante a placenta está do colo uterino. Se a distância for de dois cm ou mais, é possível o parto vaginal, pois há espaço para o colo dilatar sem atingir a placenta. Nas PPs marginais e de implantações baixas, a via vaginal é preferencial. A amniotomia está indicada nos casos de placenta marginal, pois propicia a descida da apresentação, comprimindo a borda placentária e reduzindo a perda sanguínea. (DULAY ANTONETTE; MD, 2020)

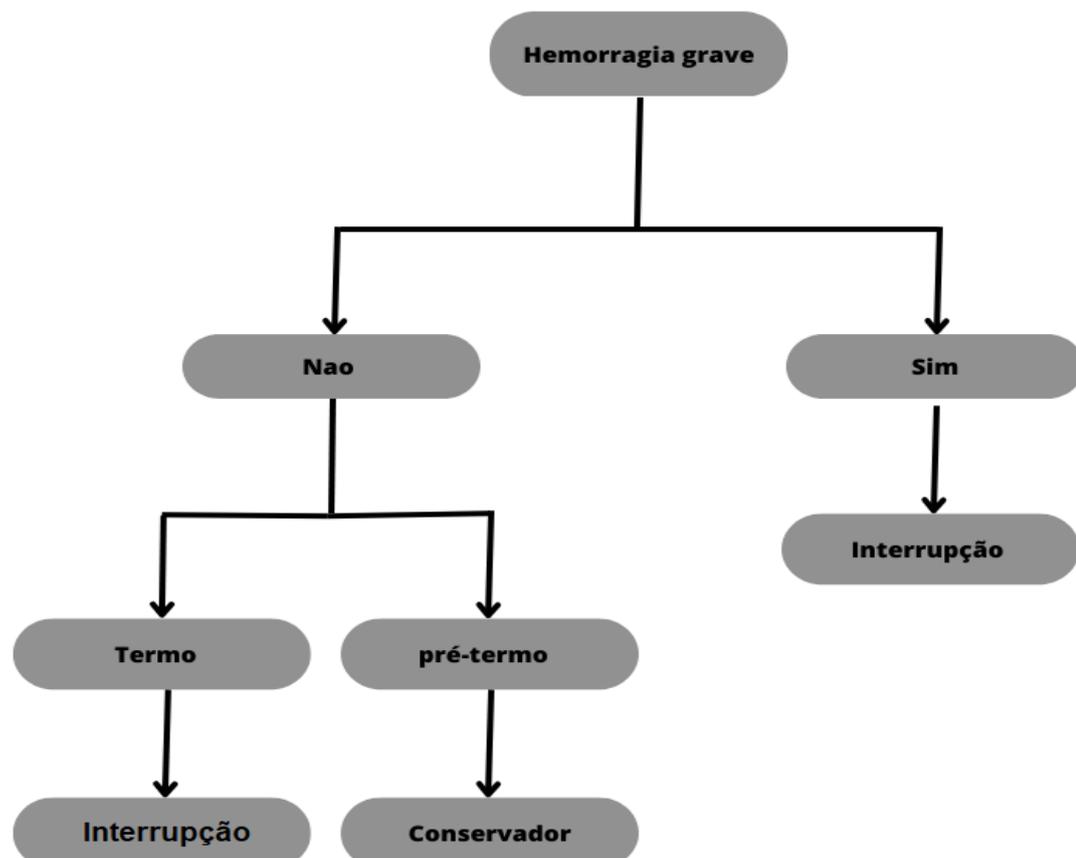
Se a inserção placentária for inferior a dois cm do orifício interno do colo uterino, é possível aguardar o início do trabalho de parto e realizar a cesariana na vigência deste. Sempre é necessário acompanhamento e discussão constante com a equipe que está atendendo a gestante ou casal. A decisão deve ser compartilhada entre a equipe e a família, visando o esclarecimento de condutas adequadas, riscos e segurança materna e fetal, buscando sempre a evidência científica como apoio para a tomada de decisões. Em caso de PP oclusiva, parcial ou total, a cesariana está indicada. Para as multíparas com PP parcial, a via vaginal pode ser considerada se o sangramento for discreto. (LOPES A; D'ABREU, 2021)

Figura 2 - Via de parto de acordo com o tipo de placenta prévia



Fonte: (LOPES A; D'ABREU, 2021)

Figura 3 - Tratamento da placenta prévia de acordo com a gravidade da hemorragia

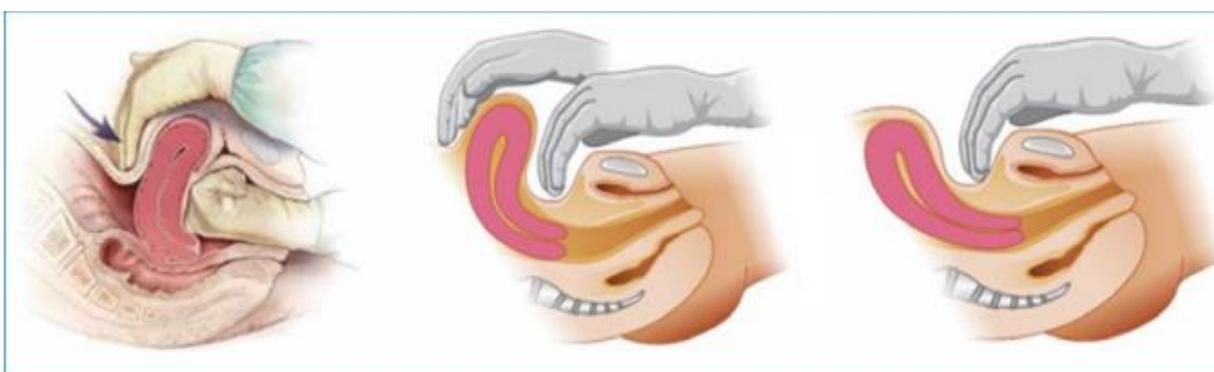


Fonte: (LOPES A; D'ABREU, 2021)

Nos primeiros episódios de sangramento, ocorrendo antes da 36ª semana de internação, recomenda-se atividade modificada (evitar qualquer atividade que aumente a pressão intra-abdominal) e abstinência de relação sexual. Corticoides para acelerar a maturidade pulmonar fetal devem ser administrados diante da antecipação do parto antes da 34ª semana. Nas pacientes que não receberam corticoides antes da 34ª semana, estes se encontram indicados se o sangramento ocorrer entre 34 e 36 semanas. Sistemáticamente, indica-se o parto quando o sangramento for grave ou quando a gestante ou o feto estiverem instáveis. (DULAY ANTONETTE; MD, 2020)

Nas cesarianas, a histerotomia deve ser realizada fora da área de implantação placentária. Dessa forma, histerectomias segmentares altas ou corporais, longitudinais ou transversas devem ser consideradas, principalmente nas gestações com menos de 28 semanas e/ou com fetos em situação transversa. Nesse contexto, deve ser considerada a incisão vertical na pele e, diante da possibilidade de hemorragia intensa, pode ser necessário o resgate sanguíneo e manobras de compressão uterina para evitar sangramentos de grande volume, tais como, manobra de Hamilton e a de Chantrapitak, sendo essas a primeira medida a ser tomada na ao se perceber sangramento uterino anormal. (LOPES A; D'ABREU, 2021) (LAX A, Prince Mr, 2007)

Figura 4 - Manobras de compressão uterina de Hamilton e de Chantrapitak



Fonte: Adaptada de Anderson JM, Duncan E. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician. 2007;75(6):876-81.^[20]
Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

Esquerda: manobra de Hamilton. Centro: manobra de Chantrapitak para pacientes com parede abdominal relaxada. Direita: manobra de Chantrapitak para pacientes com parede abdominal tensa.

Fonte: ALVES AL, Francisco Aa, 2020

É menos provável que a PP resulte em sangramentos intensos e “vermelho vivo” do que o deslocamento prematuro de placenta. Entretanto, a diferenciação diagnóstica nem sempre é possível. Devemos considerar PP em todas as mulheres com sangramento vaginal após 20 semanas, com definição diagnóstica a partir de 28 semanas. Sendo assim, é necessário o uso da US para confirmação diagnóstica, pois o toque vaginal pode romper ou perfurar a placenta se ela estiver implantada a menos de 1,5 cm do orifício interno do colo uterino. Das complicações que podem decorrer de uma PP, o acretismo placentário (AP), desenvolvido a partir de uma invasão excessiva do trofoblasto no miométrio, é a mais grave. Nessa condição a placenta se fixa profundamente na parede uterina, propiciando uma invasão além da decídua. MAZOUNI C, Gorincour G, 2007) (WARSHAK CR, Eskander R, 2006)

A placenta normalmente é dequitada após o nascimento, mas, em casos de AP, ela permanece presa à parede uterina. Isso pode causar sangramento grave intra e pós-parto, demandando manejo invasivo não cirúrgico da hemorragia, tais como o tamponamento uterino com balões e manobras de compressão uterina. Os balões podem ser industrializados, tais como o de Bakri, BT-Cath, Ebb, Elavi, Zhukowskyi, Kyoto e Pergo; ou artesanais, como os de Shivkar, Baskett, El-Hennawy e Alves. (ALVES AL, Francisco Aa, 2020)

Figura 5 - Balões intrauterinos



Fonte: Registros fotográficos dos autores; ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

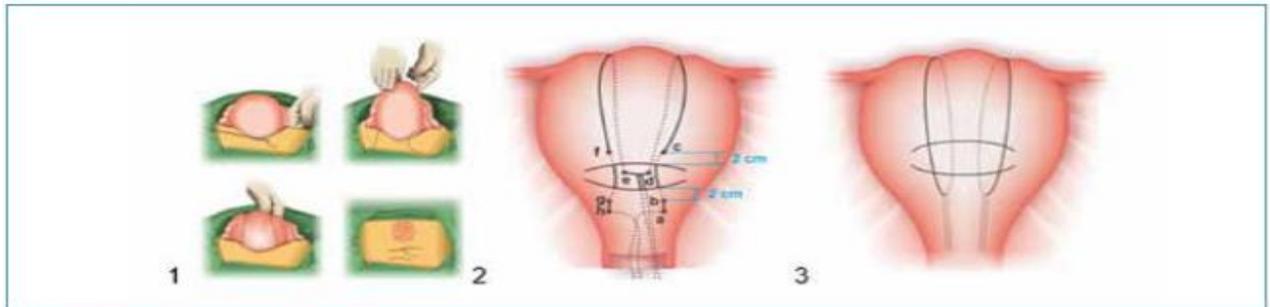
Artesanais: 1 – Shivkar; 2 – Baskett; 3 – El Hennawy; 4 – Alves;

Industrializados: 5 – Bakri; 6 – BT-Cath; 7 – Ebb; 8 – Ellavi; 9 – Zhukovskiy; 10 – Pergo; 11 – Kyoto.

Fonte: ALVES AL, Francisco Aa, 2020

Em casos refratários, técnicas invasivas cirúrgicas podem ser utilizadas, tais como as suturas uterinas compressivas (B-Lynch, Cho, Hayman, Aboulfalah e Zhang), ou as histerectomias total e parcial. (ALVES AL, Nagahama G, 2020)

Figura 6 - Suturas uterinas compressivas de B-Lynch, Cho e Hayman



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).
1 - Aboulfalah; 2 - B-Lynch removível de Zhang; 3 - Hayman removível de Zhang.

Fonte: ALVES AL, Nagahama G, 2020

Figura 7 - Suturas uterinas compressivas de Cho (adaptada por Palacios-Jaraquemada)



Fonte: ALVES AL, Nagahama G, 2020

Devido ao risco aumentado de hemorragia maciça e de histerectomia, o parto deve ocorrer em maternidades com disponibilidade de componentes sanguíneos e tratamento intensivo. A escolha da via de parto deve ser baseada no contexto clínico materno e fetal, avaliando as preferências da gestante e a distância entre a borda placentária e a posição da cabeça fetal relativa à borda da placenta. (LOPES A; D'ABREU, 2021)

4 CONCLUSÃO

Este trabalho relatou um caso de uma paciente com diagnóstico de PP e discutiu os eventos clínicos e as possíveis complicações pré, intra e pós-parto, assim como, as possíveis intervenções médicas. O caso apresentado também ilustra a importância do estudo do tema para a formação do médico generalista e do ginecologista e obstetra, uma vez que essa entidade nosológica representa uma condição potencialmente ameaçadora da vida e com possíveis impactos na saúde materna e fetal.

5 REFERÊNCIAS

ALVES AL, et al. **Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico**. Femina. 2020;48(11):671-9.)

ALVES AL, et al. **Manejo cirúrgico da hemorragia pós-parto**. FEMINA. 2020;48(10):615-22)

DULAY ANTONETTE T, MD, **Main Line Health System, Placenta previa**. outubro 2020, Manuais MSD.

TREVISAN, karina Fernandes , **Placenta Prévia é indicação de cesárea**. Disponível em < <https://www.commadre.com.br/placenta-previa-e-indicacao-de-cesarea>>. Acesso em: 15 de abril de 2023, commadre. 15:30.

LAX A, et al. **The value of specific MRI features in the evaluation of suspected placental invasion**. Magn Reson Imaging. 2007;25:87-93, Medline.

LOCKWOOD Charles, et al. **Placenta prévia: Epidemiologia, características clínicas, diagnóstico, morbidade e mortalidade**, maio de 2022, UptoDate.

FILHO, Agnaldo Lopes da silva; D'ABREU, Barbara Flecha. **Protocolos e condutas em ginecologia e obstetrícia: Placenta Previa**. 1º ed. Medbook, 2021. 186 p.

MAZOUNI C, et al. **Placenta accreta: a review of current advances in prenatal diagnosis**. Placenta. 2007;28:599-603. Medline.

Marianne Belleza, R.N. **Placenta Previa Nursing Care Plan and Management**. Disponível em < <https://www.nurseslabs.com/placenta-previa> >. Acesso em: 20 de abril de 2023, 16:30.

WARSHAK CR, et al. **Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta**. Obstet Gynecol. 2006;108:573-581. Medline