

Sangramentos na Gestação

Hemorragias na Primeira Metade da Gestação

Abortamento:

É definida como interrupção da gestação com concepto pesando < 500 gramas ou idade gestacional < 20/22 semanas.

Classificação:

Clínico precoce: quando ocorre até 12 semanas de gestação.

Clínico tardio: quando ocorre após a 12ª semana.

Etiologia: As principais causas são as anomalias cromossômicas, principalmente a trissomia do cromossomo 16.

Formas clínicas:

1- Ameaça de abortamento:

Clínica: sangramento discreto, colo fechado, com ou sem dor

Exames: Beta HCG normal / US mostra saco gestacional íntegro

Conduta: repouso relativo, abstinência sexual, antiespasmódicos, apoio psicológico

Diagnóstico diferencial: gravidez ectópica, realizar beta HCG seriado e US

2-Abortamento inevitável:

Definição: ainda não ocorreu eliminação de tecido fetal ou placentário

Clínica: sangramento com colo uterino aberto

Exames: beta HCG positivo, mas em declínio. No US pode haver hematoma retrocorial, saco gestacional irregular ou ausência de batimentos cardíacos fetais

Conduta: esvaziamento uterino. Até 8 semanas de gestação pode haver resolução espontânea em 70% casos

3-Abortamento completo:

Definição: já ocorreu expulsão de todo material ovular

Clínica: sangramento escasso ou ausente com colo fechado

Exames: Beta HCG negativo ou decrescente. US com endométrio < 15 mm

4-Abortamento incompleto:

Definição: ocorreu eliminação parcial dos produtos ovulares

Clínica: colo aberto ou fechado

Exames: US com ecos hiperecogênicos amorfos e mal definidos

Conduta: esvaziamento uterino

5-Abortamento infectado:

Definição: complicação do aborto incompleto. São infecções polimicrobianas pela ascensão de germes do trato genital inferior feminino. Os principais envolvidos são anaeróbios (peptococos, peptoestreptococos), gram negativos (E.coli), Clostridium perfringens (ou welchii) e bacteroide

Clínica: Febre, útero amolecido e doloroso à palpação, colo aberto. Pode evoluir para sepse. Quadro associado ao Clostridium costuma ser sombrio.

Conduta: Clindamicina (ou metronidazol) e gentamicina venosos. Se febre persistir por mais de 48 horas acrescentar ampicilina Esvaziamento uterino + infusão de ocitocina (minimiza risco de perfuração uterina)

Profilaxia antitetânica

6- Abortamento retido:

Definição: retenção do ovo morto por mínimo de 4 semanas

Conduta: repetir US 15 dias após o primeiro para confirmar o diagnóstico. Se confirmado, realizar esvaziamento uterino

Complicação: coagulação intravascular disseminada se ficar por >4 semanas

7-Abortamento habitual:

Definição: ≥ 3 episódios consecutivos de abortamento espontâneo.

Primário quando todas as gestações se interromperam.

Secundário quando as interrupções foram antecedidas por gestações a termo

Métodos para esvaziamento uterino

AMIU: Na aspiração manual intra-uterina há menor risco de perfuração uterina, formação de sinéquias e necessidade de dilatação do colo uterino. Procedimento de eleição para gestações abaixo de 12 semanas.

Aspiração à vácuo: semelhante a AMIU, mas necessidade de sistema à vácuo.

Curetagem: opção quando AMIU está indisponível, idade gestacional > 12 semanas ou há grande quantidade de material. Maior risco de perfuração uterina. Se isso ocorrer deve-se interromper o procedimento, infundir ocitocina e observar. Nova curetagem somente poderá ser feita com visão direta laparoscópica ou guiada por ultrassom.

Microcesariana: reservada para casos que não se resolveram por via vaginal e que apresentam hemorragias volumosas.

Pode-se ainda utilizar misoprostol e ocitocina de forma paralela.

Gestação ectópica:

Implantação ovular fora da cavidade endometrial. O principal local de ocorrência são as tubas uterinas, sendo em ordem decrescente de frequência, na região ampolar, região ístmica, intersticial e fimbrial. Pode ocorrer também no colo uterino, na região cervical, no ovário ou ser até abdominal.

Fatores de risco

Podemos citar: doença inflamatória pélvica, alterações anatômicas na trompa, DIU (apenas em caso de falha do método), gravidez ectópica anterior, cirurgia tubária anterior, endometriose, reprodução assistida, tabagismo, primeiro intercurso sexual com < 18 anos, uso frequente de duchas vaginais, infertilidade tratada com indutores da ovulação, infecção ginecológica antiga.

Prenhez tubária

Clínica: dor pélvica, atraso menstrual e início de sangramento vaginal discreto. Na rotura tubária há um quadro agudo de sangramento intraperitoneal, dor e choque, sendo a porção ístmica o principal local de ocorrência. Quando não ocorre rotura tubária (maioria dos casos) o

quadro é menos intenso.

Sinais: Dor no ombro (sinal de Laffon) devido à irritação do nervo frênico, equimose periumbilical (Sinal de Cullen), dor ao toque do fundo de saco de Douglas (Sinal de Proust), dor à mobilização do colo

Diagnóstico: é feito com associação entre clínica, ultrassom e beta HCG. Caso o ultrassom transvaginal não mostre saco gestacional intraútero e o beta HCG for > 1500 mU/ml a suspeita de ectópica é reforçada. Além disso, os níveis de beta HCG dobram a cada dois dias nas gestações tóxicas, o que não ocorre na ectópica. A culdocentese (punção do fundo de saco posterior) é útil quando não se dispõe de ultrassom, elevando ainda mais a suspeita de ectópica rota havendo sangue incoagulável. O Doppler ao mostrar fluxo sanguíneo de baixa resistência na artéria tubária do lado comprometido e ao sugerir intensa neoformação vascular pode também auxiliar no diagnóstico de prenhez tubária. A videolaparoscopia está indicada quando os outros métodos não foram capazes de dar certeza diagnóstica.

Tratamento: Laparoscopia ou laparotomia. Pode-se tentar tratamento medicamentoso com metotrexate se houver idade gestacional < 6 semanas, saco gestacional $< 3,5$ cm, ausência de BCF e beta HCG < 5000 mU/ml.

Doença trofoblástica gestacional:

Há proliferação anormal do tecido trofoblástico.

Classificação:

Benigna (mola hidatiforme): mola completa ou mola incompleta

Maligna (neoplasia trofoblástica gestacional): mola invasora (corioadenoma destruens), coriocarcinoma e tumor trofoblástico de sítio placentário

Fatores de risco:

Idade > 40 anos, intervalo interpartal curto, SOP, abortamentos prévios, mola hidatiforme anterior, tabagismo, inseminação artificial, entre outros.

Mola hidatiforme

Completa: XX ou XY, com cromossomos de origem paterna. Ausência de feto.

Incompleta: XXX, XXY ou XYY, sendo dois genomas paternos e um materno. Há presença de tecido fetal, entretanto a gestação costuma ser inviável.

Clínica: sangramento vaginal, útero amolecido e aumentado para idade gestacional, vômitos, cistos teca-luteínicos ovarianos, elevado beta HCG. No tipo completa pode ocorrer eliminação de vesículas. Pode cursar com pré-eclâmpsia precoce.

Diagnóstico: é feito com estudo histopatológico. O US pode sugerir (“tempestade de neve” ou “flocos de neve”).

Tratamento: esvaziamento uterino (preferir AMIU ou vácuo aspiração para reduzir risco de perfuração do útero). Se prole já for constituída, alguns indicam histerectomia. Os cistos teca-luteínicos tendem a regredir espontaneamente.

Seguimento: deve ser feito pelo risco de malignização. Realizar dosagem seriada de beta HCG até 6 meses do primeiro resultado negativo. Indicar anticoncepção hormonal para se evitar gravidez nesse período.

Neoplasia Trofoblástica Gestacional

Pensa-se em malignização quando não ocorre regressão do beta HCG. A mola invasora é a principal representante. Já o tumor trofoblástico de sítio placentário é bastante agressivo e seu diagnóstico costuma ser tardio. Caracteristicamente este último tipo de tumor não produz níveis elevados de beta HCG, mas sim de lactogênio placentário.

Tratamento: Quimioterapia. Em alguns casos pode-se associar histerectomia e retirada de nódulos metastáticos.

Hemorragias na Segunda Metade da Gestação

Placenta prévia:

É a principal causa de sangramento no terceiro trimestre. É definida como implantação da placenta no segmento inferior do útero após 28 semanas de gestação.

Classificação

Placenta prévia total: todo orifício interno do colo é recoberto pela placenta.

Placenta prévia parcial: parte do orifício interno é recoberto pela placenta.

Placenta prévia marginal: o bordo placentário tangencia a borda do orifício interno, sem ultrapassá-lo.

Fatores de risco: Multiparidade, idade materna avançada, cicatriz uterina prévia, aborto provocado, tabagismo, grande volume placentário (gemelar, hidropsia).

Clínica: Sangramento vermelho vivo, indolor, intermitente, repetitivo e geralmente progressivo. Há tônus uterino normal e ausência de sofrimento fetal.

Diagnóstico: Na suspeita de placenta prévia deve-se evitar o toque vaginal, pois esse pode precipitar descolamento de áreas maiores de placenta, com desencadeamento de hemorragia vultuosa. O exame especular ajuda a confirmar a origem uterina do sangramento.

O padrão ouro para diagnóstico é a ultrassonografia transvaginal.

Devemos atentar para o fato que placentas prévias diagnosticadas no início da gestação podem “migrar”, não sendo encontradas no terceiro trimestre.

Diagnósticos diferenciais: descolamento prematuro de placenta (principal), rotura do seio marginal, vasa prévia e rotura uterina.

Via de parto

Nos casos de placenta prévia total deve-se realizar cesárea com 38 semanas. Entretanto, quando há hemorragia maciça, pode-se optar pela interrupção antes desse período, mas idealmente após 34 semanas.

Na placenta prévia parcial a conduta também é cesariana, exceto em multíparas com parto já próximo ao fim e sangramento discreto.

Já nas situações de placenta prévia marginal pode-se tentar parto vaginal, obtendo-se maiores taxas de sucesso se a borda placentária distar > 2 cm do orifício interno. Sempre observar sangramento. Alguns autores, nesse caso, recomendam amniotomia para reduzir a perda sanguínea devido à compressão mecânica da apresentação sobre o segmento inferior do útero.

Complicações: Acretismo placentário: aderência de forma anormal da placenta ao útero.

Vasa prévia: os vasos do cordão umbilical se interpoem na frente da apresentação fetal.

Descolamento prematuro de placenta:

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é a separação intempestiva da placenta implantada no corpo uterino, antes do nascimento do feto, em gravidez acima de 20 semanas. Sabe-se ainda que descolamentos acima de 50% da área placentária são incompatíveis com a vida fetal.

Fatores de risco

- Síndromes hipertensivas: é o principal fator envolvido na fisiopatologia do DPP
- Traumatismo abdominal: maior probabilidade de ocorrência nas placentas inseridas na parede anterior do útero
- Redução volumétrica abrupta do útero: esvaziamento intempestivo da polidramnia ou após parto de primeiro gemelar
- Brevidade do cordão: por tração direta do cordão, quando da descida da apresentação fetal durante o trabalho de parto
- Versão fetal externa
- Drogas: cocaína, tabagismo à levam ao DPP por má perfusão placentária com necrose e infartos da decídua basal
- Anemia: também relacionado à isquemia placentária
- Miomatose uterina: principalmente se os miomas estiverem no local de implantação da placenta
- Corioamnionite
- Idade materna avançada (provável má perfusão placentária)

Fisiopatologia

O processo surge com sangramento no espaço retroplacentário, iniciando plano de clivagem. Parte do sangue coagula e fica retido no espaço retroplacentário, formando o hematoma retroplacentário, já outra parte descola as membranas e flui para o exterior, configurando a hemorragia externa. Em 20% dos casos, o sangue pode ficar totalmente retido, não ocorrendo sangramento vaginal, constituindo a hemorragia oculta.

Essa infiltração sanguínea da parede uterina acaba por irritar o miométrio levando a contrações, com elevação do tônus basal (hipertonia autêntica). Soma-se a isso o aumento da frequência das metrossístoles.

Toda essa atividade hiperdinâmica eleva o consumo de oxigênio pelo miométrio, o que acarreta hipóxia do órgão. Sucede-se, então, uma segunda fase, com o órgão perdendo sua capacidade contrátil e surgindo a hipotonia uterina. (útero de Couvelaire, ou apoplexia útero-placentária).

Ocasionalmente, por solução de continuidade, o sangue pode atingir a cavidade ovular, formando o que chamamos de hemoâmnio.

Clínica: Hemorragia vaginal, dor abdominal e hipertonia uterina. É importante saber, entretanto, que a quantidade de sangramento externo guarda pouca correlação com o grau de DPP. Quando há hemorragia oculta, o principal sinal clínico pode ser coagulopatia, com choque hipovolêmico materno, insuficiência renal e coagulação intravascular disseminada.

Pulso paradoxal de Boero: o pulso arterial materno pode inicialmente ter amplitude e frequência normais, discordante do estado hipovolêmico.

A cardiocografia pode evidenciar sofrimento fetal.

Diagnóstico: É iminente clínico. O US tem como principal papel afastar o diagnóstico de placenta prévia, sendo este o principal diagnóstico diferencial do DPP.

Os exames laboratoriais visam apenas rastrear as complicações do DPP: anemia, choque hipovolêmico e discrasia sanguínea.

Conduta

Feto vivo: em geral, preconiza-se realização do parto via cesariana.

Feto morto: a via ideal é a vaginal, no entanto, o feto morto pode descolar ainda mais a placenta o que implica em risco maior de coagulopatia. Portanto, neste caso, a interrupção também deve ser realizada o mais rápido possível. Se houver dilatação do colo < 8 cm ou apresentação fetal alta há indicação de parto cesáreo. Já se houver dilatação ≥ 8 cm e apresentação fetal baixa pode-se tentar parto vaginal. A amniotomia deve ser empregada, sempre que possível, pois reduz a compressão da veia cava inferior, dificulta a ampliação da área de descolamento, melhora a hipertonia uterina, coordena as contrações, identifica o hemoâmnio, diminui a pressão intrauterina, diminui risco de coagulopatias e acelera o trabalho de parto.

Complicações

As principais são o choque hipovolêmico, insuficiência renal aguda, necrose hipofisária

(Síndrome de Sheehan) e coagulação intravascular disseminada.

Rotura uterina:

Consiste no rompimento parcial ou total do miométrio, podendo ocorrer na gestação ou no parto. É uma das mais graves complicações obstétricas.

Etiologia

Traumática: determinadas pelas quedas sobre o útero. Exemplos: acidentes de trânsito, ferimentos penetrantes, versão por manobras externas, manuseio da cavidade uterina (DIU, curetagem, objetos com fim abortivo)

Espontânea: habitualmente fúndicas, exceto nos casos de deiscência de cicatriz de cesárea.

Fatores de risco

Cirurgias uterinas anteriores, adenomiose, multiparidade, processos infecciosos, penetração excessiva do trofoblasto (acretismo placentário, neoplasia trofoblástica), desproporção cefalopélvica, apresentação anômala, malformações uterinas, sobredistensão uterina.

Clínica da rotura uterina intraparto

Sinais de iminência de rotura uterina/Síndrome de Bandl-Frommel:

Sinal de Bandl: distensão do segmento inferior, formando depressão em faixa infraumbilical que separa o corpo uterino do segmento inferior.

Sinal de Frommel: estiramento dos ligamentos redondos, desviando o útero anteriormente.

Sinais de rotura uterina consumada:

Ocorre interrupção das metrossístoles e surgimento de sofrimento fetal grave. Pode haver hemorragia discreta, grave ou oculta.

Sinal de Clark: enfisema subcutâneo sentido por crepitação à palpação abdominal, que é produzido pela passagem de ar para o peritônio e tecido subcutâneo do abdome, devido a comunicação do útero com o meio externo pela vagina.

Sinal de Reasens: subida da apresentação, podendo ser sentido pelo toque vaginal com a

subida da apresentação na pelve. Alguns autores consideram este sinal patognomônico de rotura uterina.

Tratamento

Dependerá da extensão da lesão, podendo variar de uma simples rafia do útero até histerectomia e sutura de outros órgãos eventualmente lesados.

Rotura de vasa prévia:

Os vasos prévios são caracteristicamente vasos fetais que se ocupam entre o orifício interno do colo do útero e à frente da apresentação. Tem forte associação com a inserção vilamentosa do cordão umbilical (vasos sanguíneos fetais se inserem na placenta sem revestimento da geléia de Wharton)

Clínica

Na amniorrexe há ruptura de um vaso fetal, com sofrimento fetal por hemorragia. O prognóstico é pior quando a veia fetal é acometida, pois esta costuma ser única, enquanto as artérias fetais presentes no cordão estão em número de dois.=

Rotura de seio marginal:

No periparto pode haver pequenas roturas nessa região, levando a sangramento vaginal, de origem materna, indolor em pequena quantidade. Apresenta-se com tônus uterino normal e sem comprometimento do bem estar fetal. Ao ultrassom observa-se uma placenta normo posicionada.