



SANGRAMENTO NA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO

curso • **Obstetrícia**

• INSERÇÃO ANÔMALA DA PLACENTA

É caracterizada pela penetração mais profunda da placenta na camada esponjosa, o que dificulta a dequitação placentária, a qual fica anormalmente aderida. A isso se chama acretismo placentário.

O principal fator de risco associado é a presença de cicatrizes uterinas prévias, estando relacionado a placenta prévia, inserção em segmento inferior, outros procedimentos cirúrgicos (curetagens), idade avançada, multiparidade, síndrome de Asherman, leiomioma submucoso etc.

A maioria é assintomática até o momento do parto, apresentando como manifestação sangramento profuso no momento da tentativa de descolamento placentário. Há maior risco de rotura uterina no caso de acretismo placentário associado à cesarianas prévias.

A confirmação diagnóstica ocorre somente no momento do parto, mas mediante alguns achados ultrassonográficos pode ser levantada a suspeita. A Ressonância Magnética pode ser usada de forma complementar. São complicações possíveis aquelas associadas à hemorragias profusas como a coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda, síndrome do desconforto respiratório agudo grave, etc.

O acretismo placentário pode ser classificado em:

1) Placenta acreta

Vilosidades penetram até a camada esponjosa, permanecendo mais aderidas e com plano de clivagem irregular e defeituoso, dificultando o secundamento e oferece maior chance de hemorragias - Conduta: retirada manual da placenta + curetagem, se insucesso, avaliar a histerectomia (se já com prole constituída e sem desejo de novos filhos, pode ser realizada a histerectomia total abdominal).



2) Placenta increta

Penetração da placenta até o miométrio. Não há plano de clivagem para descolamento = sem indicação de tentativa de extração manual. Indicação de histerectomia direto.

3) Placenta percreta

Vilosidades alcançam até a serosa e pode até atingir outros órgãos (sendo a bexiga o órgão mais comum - pode cursar com hematúria na gestação). Podem causar hemorragias intraperitoniais. Não é possível realizar extração manual, também estando indicada a histerectomia. Nos casos de acometimento de órgãos, deve ser realizado manutenção da placenta e realizar a ligadura do cordão próximo à implantação da placenta e prescrever metotrexato.

*Nos casos em que há confirmação diagnóstica previamente ao trabalho de parto, deve ser programada cesariana eletiva - reduz morbidade materna.

*Acretismo placentário é uma das principais indicações para histerectomia periparto.

• ROTURA UTERINA

É uma das complicações mais graves na obstetrícia, e é uma das causas de hemorragia da segunda metade da gestação.

1) Pode ser subdividida em:

1.1. Total (ou completa)

Estando associada a ruptura da cavidade e da serosa que pode ser espontânea ou traumática. Geralmente está associada ao uso inadequado de ocitócitos, fórceps, manobras obstétricas de pressão no fundo uterino ou acidentes com trauma abdominal.



1.2. Parcial (ou incompleta, ocorrendo a rotura uterina com preservação da camada serosa, geralmente está associada à deiscência de cicatriz uterina prévia e durante o trabalho de parto pode se tornar completa).

2) Fatores de risco

Cirurgia com abordagem miometrial prévia (cesariana, sendo ela o principal fator de risco, algumas miomectomias, etc), indução do parto inadequada, trauma uterino (perfurações pós curetagem, ou abortos provocados, ou traumas por arma branca ou de fogo), manobras de kristeller, sobredistensão uterina, canal de parto obstruído (desproporção cefalopélvica, apresentações anômalas, tumores etc), versão externa/interna e extração podal.

3) Rotura uterina na gestação

Se apresenta inicialmente como um quadro de abdome agudo, semelhante à gestação ectópica rota, mas difere dessa na medida em que a ocorrência é tardia (ocorrendo na segunda metade) e por ser mais lenta, com extrusão fetal progressiva para a cavidade abdominal. Com isso, são palpáveis duas massas, o útero e o feto, além da presença de dor importante em hipogastro e metrorragia.

Há risco fetal e materno: O feto encontra-se com BCF inaudível e a mãe pode evoluir para choque hipovolêmico. Há risco aumentado de infecções. Deve ser feita uma laparotomia exploradora com rafia simples da lesão em dois planos, na tentativa de manter futuro obstétrico (em múltiparas, realizar HTA).

4) Rotura uterina no parto

Associado ao enfraquecimento da musculatura uterina (multiparidade, processos infecciosos, adenomiose, NTG, acretismo, cicatrizes uterinas); obstrução do canal de parto que leva a contrações exageradas (indução inadequada, desproporção cefalopélvica, apresentação anômala, tumores, etc). O local da rotura geralmente é corporal ou segmentário ou segmento corporal, e se complica com acometimento de outros órgãos



- Sinais de iminência de rotura : **Síndrome de Bandl-Frommel** - ocorrem contrações uterinas intensas e muito dolorosas, com distensão do segmento uterino inferior (percebe-se a palpação o relevo do anel separando o corpo uterino do segmento inferior distendido - sinal de Bandl) + retesamento dos ligamentos redondos, desviando o útero anteriormente (sinal de frommel) + alteração da frequência cardíaca fetal.
- Sinais de rotura consumada: dor súbita e lancinante, parada imediata da progressão do trabalho de parto, palpação de partes fetais no abdome e de enfisema subcutâneo (sinal de Clark), ao toque vaginal percebe-se que houve regressão da insinuação, com ascensão da apresentação fetal para dentro do abdome (sinal de Reasens). Morte fetal é regra, não sendo mais auscultado BCF (salvo se a rotura for prontamente identificada e a paciente submetida a cesariana em poucos minutos). Há risco de hemorragia com choque hipovolêmico.

*É possível que com deiscência de cicatriz haja rotura incompleta, com manutenção de feto dentro do útero e com vitalidade fetal preservada.

- Conduta: identificar rapidamente quadro e abordagem cirúrgica imediata - rafia x histerectomia variando conforme grau de rotura e conforme a idade materna etc.

• ROTURA DE VASA PRÉVIA

Os vasos prévios são uma anomalia de inserção do funículo umbilical na placenta, na qual os vasos cruzam o segmento uterino inferior (sem aposição de tecido placentário), assim se colocando à frente da apresentação fetal. Tem risco de 60 a 70% de morte fetal quando há ruptura das membranas.

1) Fatores de risco

1.1. Inserção velamentosa do funículo umbilical

Os vasos sanguíneos umbilicais deixam o cordão umbilical antes da inserção



placentária, sem a proteção da geleia de Warthon, ou seja, percorrem entre os folhetos das membranas ovulares. Sem a proteção da geleia tornam-se mais propícios a traumatismos. A inserção velamentosa pode se dar em diferentes locais da placenta, podendo ter ou não repercussão clínica a depender do local de inserção. No entanto, cerca de 50% das vasas prévias estão relacionadas à inserção velamentosa.

1.2. Inserção marginal do cordão umbilical

Quando o cordão umbilical se insere periféricamente na placenta há também maior chance de vasa prévia

1.3. Placentas bilobadas

Há completa segmentação da placenta em dois lobos, havendo diferentes veias e artérias umbilicais que se unem em um único cordão. A disposição desses vasos pode ser tb facilitador de vasa prévia

1.4. Placenta sucenturiada

Há um lobo acessório, adicional. Os vasos se entendem até esse lobo. Essa condição favorece placenta prévia e vasa prévia. Há ainda risco de retenção do lobo, com maior chance de sangramento.

2) Quadro clínico

Presença de hemorragia no final da gravidez ou durante o trabalho de parto, associado a amniorrexe ou amniotomia, isso porque com a ruptura das membranas, há o traumatismo dos vasos nela inseridos, levando a ruptura dos mesmos e ao sangramento. O sangramento é de sangue fetal, levando a um comprometimento importante da vitalidade desse, devendo ter diagnóstico e conduta rápidos.



3) Diagnóstico clínico

Devem ser rastreadas por dopplerfluxometria pacientes com placentação baixa, com placenta bilobada, sucenturiada e de reprodução assistida.

3.1. Conduta

Se rotura de membranas e trabalho de parto fazer cesariana imediata e transfusão sanguínea neonatal; está indicado cesariana eletiva a partir de 36 semanas.

• ROTURA DE SEIO MARGINAL

O Seio marginal é a área onde a face materna e fetal da placenta se encontram (extrema periferia do espaço interviloso - espaço no qual há trocas materno-fetais, entre a face materna e fetal da placenta). O quadro clínico é o sangramento vaginal vermelho vivo, indolor contínuo e de pequena quantidade, numa placenta normoinserida, sem haver repercussões materno-fetais. A comprovação é feita por meio do histopatológico pós-parto. Deve haver somente monitorização materno-fetal. É considerada uma das principais causas de sangramento na 2ª metade da gestação, em gestação avançada.

