

A group of four healthcare professionals, including a man and three women, are seated around a table in a meeting. They are all dressed in professional attire, such as white lab coats and business suits. They appear to be engaged in a discussion, with some holding notebooks and pens. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue filter.

PLACENTA PRÉVIA

curso • **Obstetrícia**

• DEFINIÇÃO

A placenta prévia (PP), ou inserção viciosa da placenta é definida como a implantação heterotópica da placenta sobre o orifício cervical interno (OI), após as 28 semanas, de modo a cobri-lo total ou parcialmente, ou ainda tangencia-lo a uma distância menor que 5 cm. A PP é a segunda causa mais comum de sangramento na segunda metade da gestação, atrás do descolamento prematuro de placenta normoinserida. A incidência da PP gira em torno de 0,5-1% das gestações. A presença desta entidade aumenta o risco de: hemorragia anteparto, intraparto e pós parto; necessidade de transfusão sanguínea; histerectomia periparto; septicemia; vasa prévia; apresentação anômala a termo e placenta acreta.

Utiliza-se 28 semanas como limite pois nesse período termina a chamada migração placentária, nome do processo de 'movimentação' da placenta ao longo da gestação em decorrência do estiramento das fibras uterinas e da acomodação fetal, sendo assim após esse período tem-se mais certeza em firmar diagnósticos de PP. A migração é uma teoria que parece estar relacionada à maior vascularização no fundo uterino, o que estimula o crescimento placentário em relação a esse e induz a degradação das vilosidades periféricas devido ao menor suprimento sanguíneo. Estima-se que cerca de 90% das PP diagnosticadas por meio de USG antes das 28 semanas normalizarão a posição até o termo, devido ao processo de migração.

A inserção placentária pode ser classificada de 3 formas:

1) Implantação tópica

Inserção placentária ocorrendo em local habitual, no segmento corporal da cavidade uterina.

2) Implantação heterotópica

Inserção placentária na cavidade uterina porém ocorrendo em local diferente do habitual. Essas localizações anômalas podem ser: na região angular ou cornual,



ou seja, nos ângulos da cavidade uterina; placentação baixa, que ocupa o segmento inferior mas não recobre o OI; localização cervical, no qual há implantação placentária na cavidade do colo uterino.

3) Implantação ectópica

Quando a inserção placentária ocorre fora do útero, ou seja, numa gestação ectópica.

A PP, se subdivide de acordo com a localização da placenta em relação ao OI:

1) Placenta prévia completa ou central ou total

Aquela que recobre inteiramente o colo uterino.

2) Placenta prévia parcial ou central parcial

Aquela que recobre parte do OI

3) Placenta de inserção baixa ou lateral

Inserção placentária ocorre no segmento inferior uterino, a borda placentária não recobre o OI mas o tangência, distando cerca de 2-3 cm (como não se interpõe efetivamente entre a apresentação fetal e o colo uterino, algumas fontes não consideram esse tipo de inserção como placenta prévia, outras ainda utilizam menos de 5 cm como medida).

• FISIOPATOLOGIA

O local de inserção da placenta normalmente está relacionado aos locais mais vascularizados do útero, como o fundo e a parte superoposterior. Os demais locais apresentam, geralmente, pobreza vascular. Algumas condições, no entanto, como alterações inflamatórias e atróficas do endométrio, levam a uma



vascularização anormal e que por isso se relaciona a placentação heterotópica. A placenta tenta achar novos locais mais bem vascularizados para se inserir.

Algumas condições que levam à hipóxia relativa ocasionam uma hipertrofia placentária, na tentativa de compensar a área de troca. Com isso, observa-se também aumento da ocorrência de placentação prévia.

• FATORES DE RISCO

1) Cicatriz uterina prévia

Esse é o **principal fator de risco** para placenta prévia. O número de cesarianas prévias aumenta progressivamente o risco para ocorrência de PP. Há ainda aumento do risco de hemorragia durante a cesariana em pacientes com história de cesariana prévia e aumento do risco de acretismo placentário

2) Idade

A partir de 35 anos há um aumento de cerca de 3,5x a chance de ocorrer PP.

3) Multiparidade

Múltiparas têm um risco cerca de 5x maior de PP em relação às primíparas.

4) Endometrite

Ter tido endometrite previamente predispõe a ocorrência de PP.

5) Abortamento provocado, especialmente, se houver história de curetagem uterina prévia

É observado uma maior incidência de PP nesse grupo de pacientes. Aquelas pacientes que foram submetidas à curetagem uterina prévia possuem algumas alterações estruturais que levam ao aumento de inserção viciosa da placenta.



*Outras intervenções uterinas, como miomectomias, por exemplo, também aumentam chance de PP.

6) Situações de grande volume placentário

Em situações como gestação múltipla e hidropsia fetal, há um maior relaxamento uterino que favorece o deslizamento e fixação do ovo ao segmento inferior.

7) Tabagismo

Provoca hipoxemia materno-fetal levando a um aumento compensatório da placenta e por conta disso há maior chance de inserção recobrando o OI.

• APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Paciente apresenta história de **sangramento vermelho vivo, indolor e espontâneo**. É mais frequentemente encontrado no fim do segundo trimestre / início do terceiro trimestre devido ao estiramento miometrial que ocorre no segmento inferior do útero, levando ao descolamento da placenta e ao sangramento. Em alguns casos, pode se manifestar como **sangramento sentinela**, o qual é intermitente e abundante, de coloração também vermelho viva, gerando repercussões maternas, estando por isso associado a necessidade de hemotransfusões e internações.

Diferentemente do descolamento prematuro de placenta (DPP) normoinserida, no qual ocorre formação de hematoma e coagulopatias associadas, na PP, todo o sangramento é exteriorizado e não há alterações da coagulação associadas. Assim, na **PP tem-se uma relação direta entre o grau de sangramento e o comprometimento materno**, refletindo a morbi-mortalidade.

Durante o exame físico deve ser avaliado os sinais vitais maternos, atentando-se para sinais de instabilidade clínica. No exame obstétrico, à palpação abdominal podem ser encontradas apresentações anômalas e estática fetal alterada (maior frequência de situações oblíquas e transversas e de apresentações pél-



vicas e cefálicas altas - interposição da placenta). Deve ser sempre identificado os batimentos cardíofetais (BCF) que geralmente se encontram normais.

O exame especular permite identificar a origem e a quantidade de sangramento, devendo ser realizado de forma cuidadosa para evitar intensificar o sangramento. O **toque vaginal NUNCA** deve ser realizado no caso de suspeita de inserção viciosa da placenta pelo risco de desencadear sangramento mais intenso que poderia comprometer o binômio gestante-feto. O toque vaginal evidenciaria um tecido esponjoso e a ausência de rechaço fetal.

• DIAGNÓSTICO

Mediante a suspeita clínica, devem ser realizados exames laboratoriais e de imagem para definir o diagnóstico.

1) Laboratório

Solicitar hemograma (atenção para hematócrito e hemoglobina), tipagem sanguínea e fator Rh e coagulograma.

2) Ultrassonografia

2.1. Transabdominal

É realizada de rotina no 2º trimestre (entre 20 e 23 semanas) a fim de avaliar a morfologia fetal e a localização placentária. Essa permite determinar a localização placentária em relação ao OI, e deve ser realizada com a bexiga semi-cheia.

2.2. Transvaginal

A técnica é realizada utilizando uma determinada inclinação do transdutor e deve ser posicionado cerca de 2-3 cm do colo, o que impede que o transdutor esteja em contato direto com o orifício do colo, e por isso essa via pode ser realizada de maneira segura. É o **melhor método de avaliação** da placenta prévia,



devendo ser **sempre** solicitada mediante suspeita após ultrassonografia transabdominal ou dúvida diagnóstica.

3) Dopplerfluxometria

Complementa a avaliação ultrassonográfica por permitir identificar a região de inserção do funículo na placenta. Auxilia principalmente na avaliação da presença de acretismo placentário (ou increta ou percreta) com invasão de órgãos da região, devendo por isso ser sempre realizado nos casos de PP.

4) Ressonância Magnética

É um método de imagem que permite também diagnóstico do local de implantação placentária, com resultados muito semelhantes à avaliação por meio da ultrassonografia transvaginal. Devido ao maior custo e menor disponibilidade é um recurso menos utilizado.

5) Diagnóstico Diferencial

Devem ser suspeitas diagnósticas as causas de sangramentos na segunda metade da gestação:

5.1. Descolamento Prematuro de Placenta

É a primeira causa de sangramentos na segunda metade, devendo por isso sempre ser pensado. Difere da PP na medida em que se apresenta clinicamente como um sangramento súbito e grave, escurecido e associado a dor abdominal e hipertonia uterina, que promove repercussões materno-fetais de grande importância.

5.2. Outras causas

Rotura uterina, rotura de seio marginal, vasa prévia, sangramentos por lesões cervicais, vaginais ou vulvares.



• CONDUTA

A conduta varia conforme a presença e intensidade do sangramento vaginal, a idade gestacional e o tipo de inserção viciosa da placenta.

1) Sangramento importante com repercussão hemodinâmica materna

É raro, mas caso ocorra, está indicada a interrupção imediata da gestação, independente da idade gestacional, e por via alta, ou seja, por meio de cesariana de urgência.

2) Sangramento pequeno/moderado ou na PP assintomática

A conduta deve então se basear na idade gestacional e no tipo de inserção viciosa.

2.1. Pré termo

A. Caso não haja sangramento ativo (assintomático ou sangramento resolvido): está indicado o acompanhamento ambulatorial em centro de referência, com repouso domiciliar, abstinência de coito e orientações quanto à novo sangramento. Deve ser indicada a interrupção da gestação se PP total ou parcial, por meio de cesárea eletiva com 37 - 38 semanas. Se PP marginal, o parto vaginal pode ser considerado.

B. Caso haja sangramento ativo: está indicada a internação da gestante, avaliação materno-fetal e deve ser realizada corticoterapia para acelerar maturação pulmonar e definir interrupção da gestação conforme a inserção viciosa: se PP total ou parcial proceder com cesariana eletiva; se PP marginal, considerar a indução do parto vaginal.

2.2. Termo



A. Caso não haja sangramento ativo (assintomático ou sangramento resolvido): está indicada a internação com 38 semanas, avaliação materno-fetal e cesariana eletiva, se PP parcial ou total; caso PP marginal, considerar a distância para o OI, e disponibilidade de realizar uma cesariana de urgência intraparto, para definir se há possibilidade de realizar parto vaginal.

B. Caso haja sangramento ativo: está indicada a internação da gestante, avaliação hemodinâmica materna, da vitalidade fetal e solicitar exames laboratoriais complementares. No caso de PP total ou parcial, proceder com cesariana de urgência, e no caso de PP marginal, avaliar, conforme a distância para o OI, e disponibilidade de realizar uma cesariana de urgência intraparto, a possibilidade de realizar parto vaginal.

***Parto vaginal na PP:** pode ser considerado mediante a presença de condições materno-fetais, com placenta marginal, de menor grau, de borda fina e distando pelo menos mais de 2cm do OI, apresentação cefálica encaixada, com monitorização e vigilância contínua, e disponibilidade para realizar intervenção cirúrgica de urgência. Nesse caso, está **SEMPRE** indicado realizar a **amniotomia precoce** a fim de favorecer a insinuação fetal o que possibilita uma compressão mecânica da borda placentária, reduzindo o sangramento (método de Puzos).

***Cesariana na PP:** é indicação absoluta na PP total e parcial, e quase sempre é o melhor método também na PP marginal. A técnica operatória preferida é a incisão uterina segmentar transversa, mas em alguns casos de apresentação anômala ou placenta anterior pode ser realizada a incisão corporal.

*Na vigência de PP com sangramento ativo é imprescindível que o local de atendimento tenha disponibilidade de suporte transfusional.

• COMPLICAÇÕES

Atualmente devido ao maior acompanhamento pré natal e disseminação da ultrassonografia, o diagnóstico de PP é mais precoce, o que reduziu a morbimortalidade materna relacionada a essa condição. Porém, para o feto ainda re-



presenta um risco considerável associado à prematuridade e correlação com malformações fetais.

São complicações da PP:

1) Atonia e hemorragia pós parto aumentadas

Esse aumento se justifica pela menor contratilidade do segmento uterino inferior relacionado a infiltração trofoblástica na inserção viciosa. Em alguns casos, a hemorragia se torna severa, sendo necessário intervenções cirúrgicas como sutura hemostática de B-Lynch (forma de sutura que permite a compressão mecânica em útero atônico visando controlar hemorragias no pós parto), ligadura de artéria uterina e ilíacas internas, cateterização seletiva dos vasos uterinos e/ou embolização desses (procedimento menos disponível e mais caro) e até a histerectomia.

2) Risco aumentado para acretismo placentário.

3) Maior chance de apresentações anômalas.

4) Risco aumentado de prematuridade, ruptura prematura de membranas.

5) Risco aumentado para infecções puerperais.

6) Maior chance de discinesias uterinas, distócias de parto e lacerações de trajeto.

