



# MÓDULO GINECO OBSTETRÍCIA

curso • SUSEME EMERGÊNCIA E CTI

Este ebook tem como objetivo preparar para o concurso  
SUSEME-acadêmico bolsista.

Ressaltamos que o conteúdo deste ebook é resumido e não deve ser usado com o intuito de se estudar amplamente sobre os temas aqui presentes. Portanto, este material não contempla todas as informações necessárias durante a formação acadêmica.

Indicamos ao aluno que não tem como meta ser aprovado neste concurso o uso dos conteúdos presentes em nossos cursos do plano PRO, os quais foram estruturados para reforço universitário



## ÍNDICE

SÍNDROME HELLP .....	3
HEMORRAGIAS DO PRIMEIRO E TERCEIRO TRIMESTRES.....	6
SANGRAMENTO NA PRIMEIRA METADE DA GRAVIDEZ.....	6
Aborto .....	6
Gestação ectópica .....	11
Doença trofoblástica gestacional (dtg) .....	13
SANGRAMENTO NA SEGUNDA METADE DA GRAVIDEZ.....	16
Descolamento prematuro de placenta .....	16
Placenta prévia (pp) .....	18
Rotura do seio marginal.....	20
Rotura de vasa prévia.....	20
Rotura uterina .....	21
VAGINOSE, CANDIDÍASE E HERPES .....	22
VAGINOSE BACTERIANA.....	22
CANDIDÍASE .....	22
OUTRAS VULVOVAGINITES .....	23
HERPES GENITAL.....	24



## SÍNDROME HELLP

### VISÃO GERAL

A síndrome HELLP ocorre em 10 a 20% das mulheres que têm pré-eclâmpsia com características graves ou eclâmpsia. Apresenta altas taxas de mortalidade materna e perinatal, cuja gravidade é inversamente proporcional com idade gestacional. Baseia-se em uma tríade (nem sempre simultânea) que inclui: a **disfunção hematológica** (plaquetopenia) e **hepática** (elevação das enzimas hepáticas), na presença de **anemia hemolítica microangiopática** (hemólise).

H emolysis

E levated

L iver enzymes

L ow

P latelets

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A maioria das gestantes com a síndrome HELLP tem hipertensão e proteinúria, mas algumas não apresentam nenhuma delas. Algumas manifestações clínicas podem incluir os sinais de eminência de eclâmpsia, como alterações visuais, presença de escotomas cintilantes, epigastralgia, disfunção renal, dentre outros.



## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é laboratorial. Considera-se icterícia, aumento do LDH ( $>600\text{UI/l}$ ), aumento das bilirrubinas totais ( $>1,2\text{mg/dl}$ ), **presença de esquizócitos** (células capacete) **no sangue periférico** ( $>5\%$  no campo microscópico), **elevação das TGO e TGP** ( $>70\text{UI/l}$ ) e contagem de **plaquetas**  $<100000/\text{mm}^3$ . O sistema de coagulação está ativado, possivelmente secundário à disfunção celular endotelial, ocasionando ativação plaquetária.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os diagnósticos diferenciais incluem esteatose hepática aguda da gestação, síndrome hemolítico-urêmica, trombocitopenia idiopática, doenças da vesícula biliar, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e púrpura trombocitopênica trombótica (PTT).

## TRATAMENTO

Quando a síndrome HELLP é diagnosticada, a conduta é ativa e a interrupção da gravidez deve ocorrer de forma imediata após a estabilização clínica da paciente. A via de parto é de indicação obstétrica.

Conforme o Ministério da Saúde, recomenda-se uso de dexametasona  $10\text{mg IV}$ , de  $12/12\text{h}$ , sempre que plaquetas  $<50000\text{mm}^3$ ; apesar do benefício de corticoterapia ser duvidoso.

A transfusão de plaquetas é indicada quando  $<20000\text{mm}^3$  se parto vaginal; ou  $<50000\text{mm}^3$ , se parto cesáreo.



Quando a paciente estiver com PA superior ou igual a 160x110 mmHg deve ser prescrita hidralazina IV e sulfato de magnésio IV para controle pressórico e estabilização clínica.

A corticoterapia para amadurecimento pulmonar fetal com betametasona ou dexametasona deve ser feita em gestações < 34 semanas, desde que haja estabilidade clínica materna.

## HEMORRAGIAS DO PRIMEIRO E TERCEIRO TRIMESTRES

### Sangramento na Primeira Metade da Gravidez

**ETIOLOGIAS** - Dentre as causas obstétricas de hemorragia gestacional antes da 20ª a 22ª semanas, podemos incluir: **aborto** (mais comum), **gestação ectópica** e **doença trofoblástica gestacional**.

### ABORTO

**DEFINIÇÃO** - Abortamento compreende a interrupção da gestação antes das primeiras 20 a 22 semanas gestacionais ou nascimento de fetos com <500g de peso (isto é, antes da viabilidade).

**CAUSAS** - Entre as causas, podemos citar: anomalias cromossômicas, anomalias uterinas, alterações endócrinas, doenças maternas e infecções.

**CLASSIFICAÇÃO** - Pode ser classificada de acordo com o quadro clínico, a idade gestacional e a periodicidade.



Classificação	Quadro clínico
<b>Ameaça de aborto</b>	Sangramento vaginal leve, cólicas abdominais leves ou ausentes, orifício do colo uterino fechado. Saco gestacional regular e embrião com atividade cardíaca. Altura uterina compatível com atraso menstrual.
<b>Aborto inevitável ou iminente ou em curso</b>	Sangramento vaginal acentuado, cólicas intensas e colo uterino dilatado (permeável ao toque). Placenta descolada, saco gestacional distorcido ou irregular, em posição baixa.
<b>Aborto incompleto</b>	Sangramento vaginal importante ou intermitente, cólicas intensas, colo uterino entreaberto e saída de restos ovulares (observado). Ecos intrauterinos agrupados, eco endometrial irregular e espessura endometrial >15mm.
<b>Aborto completo</b>	História de sangramento vaginal, colo uterino fechado (impérvio), saída total do saco gestacional (útero vazio). Endométrio linear ou espessura endometrial de até 15mm (em geral descrito como endométrio fino).
<b>Aborto infectado</b>	Sangramento vaginal, colo uterino aberto e saída de secreção purulenta e fétida; associa-se ao quadro de infecção dependente do grau de comprometimento (febre, taquicardia, anemia, abdome doloroso e dor a mobilização do colo do útero ao toque). Retenção dos produtos da concepção, endométrio espesso e irregular.
<b>Aborto retido</b>	Sangramento vaginal variável, cessação dos sintomas de gravidez, útero de tamanho menor que o esperado e colo uterino fechado. Embrião com comprimento cabeça-nádega >7mm, sem atividade cardíaca à ultrassonografia transvaginal.
<b>Gestação anembrionada</b>	Sangramento vaginal variável (pode estar ausente) e orifício interno do colo fechado. Ausência de embrião à ultrassonografia transvaginal, com diâmetro interno médio do saco gestacional >25mm; ausência de vesícula vitelínica, com diâmetro do saco gestacional >8mm.



Classificação	Idade gestacional
Precoce	$\leq 12$ semanas gestacionais
Tardio	$> 12$ semanas gestacionais

Classificação	Periodicidade
Esporádico	$< 3$ episódios consecutivos de abortamento
Recorrente ou habitual	$\geq 3$ episódios consecutivos de abortamento

**Observação:** Entre as causas de aborto recorrente, listamos:

- 1. Incompetência istmocervical (IIC):** Consiste em **orifício interno do colo uterino incompetente**, decorrentes de conização, curetagem e amputação cervical, por exemplo (porém, mesmo pacientes sem procedimentos cervicais prévios podem ter IIC). O diagnóstico clínico se baseia na história de dilatação cervical indolor no 2º trimestre ou dilatação e encurtamento do colo (atual). O tratamento consiste em **cerclagem uterina (técnica de McDonald)**, idealmente na 12-16 semanas gestacionais, dilatação  $< 3$ cm e sem herniação de bolsa.
- 2. Síndrome Antifosfolípídeo (SAAF):** Consiste em uma **trombofilia autoimune**. O diagnóstico é por meio de 1 critério clínico (trombose arterial ou venosa, abortamento recorrente, pré-eclâmpsia grave ou restrição de crescimento intrauterino precoces) + 1 critério laboratorial (presença de anticorpos antifosfolípídeos (aPL), a saber: anticardiolipina, anti-beta2 glicoproteína1 e anticoagulante lúpico). O tratamento engloba AAS + heparina profilática (apenas em eventos obstétricos) ou terapêutica (com história de trombose).





**Observação:** Sobre os critérios de **interrupção legal da gestação**, no Brasil, incluem: (1) **Risco de vida para gestante:** Trata-se de um abortamento terapêutico. Com autorização da paciente, deve ser atestado por dois médicos, com notificação da Comissão de Ética do Hospital. Realizada até 20 semanas gestacionais. (2) **Vítima de violência sexual:** É permitida após informar a Unidade de Saúde, após o cálculo da idade gestacional compatível; não requer BO ou autorização judicial e o médico pode se recusar a fazer o procedimento. Realizada até 20 semanas gestacionais. (3) **Anencefalia:** Pode ser interrompida em qualquer idade gestacional, com desejo da paciente. É necessário o diagnóstico ultrassonográfico a partir de 12ª semana gestacional, com duas imagens (sagital e transversal) e laudo assinado por dois médicos.

**DIAGNÓSTICO** - O **diagnóstico** baseia-se no exame físico (considera a perviedade do colo uterino) e subsidiários, tais como **beta-HCG**, **USG pélvica** (especialmente a transvaginal, que é o método mais valioso), **hemograma** e **tipagem sanguínea** (se Rh negativo).

Da USG pélvica, a ordem de observação é: saco gestacional (se beta-HCG >2000), vesícula vitelínica (se saco gestacional >8mm), embrião (se saco gestacional >25mm) e batimento cardíaco fetal (BCF) (se embrião com comprimento cabeça-nádega >7mm).

**TRATAMENTO** - Quanto à conduta, é variável de acordo com o tipo de abortamento.

De modo geral, adota-se medidas sintomáticas e acompanhamento em ameaça de aborto e aborto completo. Em casos de aborto inevitável, incompleto e retido, deve-se realizar **esvaziamento uterino**; associando à antibioticoterapia para aborto infectado. O esvaziamento uterino cirúrgico (preferencial) inclui aspiração



manual intrauterina (**AMIU**) (método de escolha até 12 semanas gestacionais) e **curetagem** (maior risco de perfuração); e, clínico, uso de **misoprostol** (visa expulsão de feto >12 semanas gestacionais; em geral, é seguido de esvaziamento uterino cirúrgico) ou ocitocina (não preferencial).

Tratamento	
<b>Ameaça de abortamento</b>	Repouso e sedativos. Não há indicação de progesterona pelo Ministério da Saúde.
<b>Abortamento em curso, iminente ou inevitável</b>	Esvaziamento uterino, que pode ser por dilatação e curetagem ou aspiração manual intrauterino (AMIU) (método preferencial até 12 semanas gestacional). O material deve ser enviado a anatomia patológica para investigação.
<b>Aborto retido*</b>	Uso de misoprostol e esvaziamento uterino, seguido de envio de material a anatomia patológica. Em <12 semanas, adota-se misoprostol 200µg, via vaginal, seguido de AMIU ou curetagem após 4 horas, ou misoprostol 800µg, de 12/12h, em 3 doses. Entre 13 e 17 semanas, usa-se misoprostol 200µg, via vaginal, de 6/6h, em 4 doses. Avalia-se posteriormente a necessidade do uso de AMIU ou curetagem. Entre 12 e 22 semanas, realiza-se misoprostol 100µg, via vaginal, de 6/6h, em 4 doses; se necessário, repetir após 24h da última dose.

**Observação:** As complicações do tratamento são: hemorragia (por atonia uterina, laceração cervical, perfuração uterina, restos ovulares e coagulopatia), perfuração uterina, sinéquias uterinas e lesão de órgão adjacente (em especial, bexiga e alças intestinais).



## GESTAÇÃO ECTÓPICA

**DEFINIÇÃO** - É a implantação e o desenvolvimento do ovo fora da cavidade corporal do útero, sendo que o principal sítio de implantação é a ampola da tuba uterina (98%).

**FATORES DE RISCO** - Os fatores de risco são doença inflamatória pélvica (DIP), aderências, endometriose, cirurgia tubária prévia (como laqueadura tubária), gestação ectópica anterior, falha de DIU, reprodução assistida, abortamento provocado ou salpingite e tabagismo.

**QUADRO CLÍNICO** - A tríade clínica é **dor abdominal (>95%)**, **atraso menstrual (>75%)**, **sangramento vaginal discreto (>65%)**. As outras manifestações são sintomas gravídicos, síncope e por vezes tenesmo. No exame físico, verifica-se massa anexial palpável, defesa abdominal e irritação peritoneal, bem como dor à palpação do fundo de saco de Douglas, sinal de Laffon (dor no ombro por irritação do nervo frênico), sinal Blumberg (dor ou piora da dor à compressão e descompressão súbita do ponto de McBurney) e sinal Cullen (equimose periumbilical decorrente de hemorragia retroperitoneal).

**EXAMES COMPLEMENTARES** - Dos exames subsidiários, destaca-se **beta-HCG**, cuja elevação <54% em 48h e cujo valor não >1500mUI/ml (valor discriminatório), requer observação de saco gestacional, suspeita-se gestação extrauterino.

A **USG** auxilia na exclusão e no tratamento clínico de gestação ectópica, com sensibilidade >70% no primeiro exame. A presença de saco gestacional, anel tubário e formação anexial sólida ou complexa (indicativo de coágulo), associada de líquido livre, são sugestivos de gestação ectópica. Pode-se observar também imagem heterogênea com fluxo à dopplerfluxometria.

Na **culdocentese**, exame sem solicitação rotineira, a evidência de sangue incoagulável indica ruptura tubária.



A **laparoscopia** apresenta valor diagnóstico e terapêutico.

**DIAGNÓSTICO** - O diagnóstico é por meio de: (1) quadro clínico, (2) beta-HCG (valor >1500mUI/ml) e (3) imagem ultrassonográfica.

**TRATAMENTO** - O tratamento cirúrgico pode ser realizado por via **laparotomia** ou **laparoscopia** (preferencial). Sendo a primeira, cirurgia aberta, vantajosa por menor incidência de gestação ectópica persistente. A laparoscopia é contraindicada em casos de instabilidade hemodinâmica, obesidade, gestação ectópica intersticial e tamanho gestacional >6cm.

A **salpingostomia** consiste em tratamento cirúrgico conservador, com abertura da tuba uterina e aspiração do saco gestacional. É indicada em tubária íntegra e manutenção do desejo reprodutivo.

A **salpingectomia**, por sua vez, é adotada em prole completa e instabilidade hemodinâmica. trata-se de um tratamento cirúrgico radical, com retirada das trompas uterinas, juntamente com o saco gestacional. É indicada em instabilidade hemodinâmica, tubária rota, sinal de hemoperitônio, diagnóstico inconclusivo, gravidez ectópica avançada (beta-HCG >5000mUI/ml, massa anexial >4cm e presença de atividade cardíaca embrionária), seguimento difícil e contraindicação ao tratamento clínico.

Quanto ao tratamento medicamento, adota-se **metotrexato** 50mg/m<sup>2</sup>, que é um antagonista de ácido fólico. As formas de aplicação incluem injeção direta sobre o ovo, IM em dose única (mais comum) e IM em doses alternadas.

Os **critérios de seleção para uso de metotrexato** são: estabilidade hemodinâmica, pouca sintomatologia, ausência de contraindicação clínica (função e enzimas hepáticas, hemograma e plaquetas, e função renal normais), gravidez ectópica íntegra, ausência de atividade cardíaca embrionária, massa ectópica ≤4cm, beta-



HCG <5000mUI/ml, desejo reprodutivo e pequena quantidade de líquido livre. De modo complementar, as **condições ideais** para maior eficácia são saco gestacional <3,5cm, embrião sem atividade cardíaca e beta-HCG <5000mUI/ml.

Entre os efeitos colaterais, listam neutropenia febril, alopecia reversível, fotossensibilidade, reação anafilática e pneumonite intersticial.

É importante acompanhar a queda de  $\geq 15\%$  entre o 4º e 7º o dia após a primeira aplicação; se, houver elevação ou queda <15%, realiza-se mais uma dose de metotrexato. O seguimento envolve dosagem semanal de beta-HCG até a negatização, seguido de USG, e liberar gestação após 3 meses do metotrexato (quimioterápico com possível teratogenia).

Outras recomendações incluem abstinência sexual, dieta laxativa, evitar ingestão de AINE, álcool e vitaminas com ácido fólico e evitar exposição solar.

Por fim, a **conduta expectante** é considerada em casos de beta-HCG baixo (<1000mUI/ml) e decrescente, massa ectópica <3cm ou não detectável, ausência de BCF, sem evidência de rotura tubária e estabilidade hemodinâmica. Além disso, quando há desejo reprodutivo, pouca dor ou sangramento, bem como confiabilidade na gestante para seguimento.

## DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (DTG)

**DEFINIÇÃO** - É a proliferação anormal do trofoblasto. Pode ser classificado em **benigna**, que engloba mola incompleta e completa; ou **maligna**, que compreende mola invasora, coriocarcinoma e tumor trofoblástico do sítio placentário.

**FATORES DE RISCO** - Os fatores de risco são idade precoce (<16 anos) ou avançada (>40 anos), mola anterior, inseminação artificial, tabagismo e abortamento prévio.



**MOLA HIDATIFORME** - De **evolução benigna**, a mola hidatiforme tem como apresentação clínica o **sangramento vaginal intermitente** e progressivo, útero amolecido, indolor e maior do que a idade gestacional calculada, aspecto em sanfona (cresce e diminui), com **eliminação de vesículas** (em forma de “sagu” ou “suco de ameixa”), bem como dor abdominal e **hiperêmese**. Outros dados sugestivos incluem cisto tecaluteínicos, pré-eclâmpsia precoce, hipertireoidismo e HCG muito elevado.

Na USG, destacam-se imagens em “**tempestade de neve**”, caracterizado por material heterogêneo com áreas hiperecogênicas e anecóicas.

Pode ser **precoce**, quando ocorre <10 semanas de gestação, caso assintomático, com sangramento genital e gestação incipiente ou não evolutiva; ou **tardia**, quando ocorre >10 semanas, observando hemorragia genital, intercorrências clínicas, “tempestade de neve” e alteração placentária somado a malformação fetal. Além disso, pode ser **completa** ou **incompleta** (vide a tabela).

TIPOS DE MOLA HIDATIFORME		
Características	Completa	Incompleta
Cariótipo	46 XX/XY	69 XXY/ XXX/ XYY
Feto	Não	Sim ou Não
Beta-HCG	Muito elevado	Pouco elevado
Cistos tecaluteínicos	Comum	Raro
USG	Ecos amorfos	Ecos dispersos + feto
NTG (forma maligna)	10-30%	5-10%

O diagnóstico é por meio de quadro clínico e histopatologia.



O tratamento baseia-se em **vacuoaspiração**, AMIU, curetagem e histerectomia profilática (sem retirar os cistos). O acompanhamento é realizado com dosagem de beta-HCG seriado: semanal até zerar, seguido de mensal até 6 meses do 1º resultado negativo; além de acompanhamento clínico e ultrassonográfico, raios-X de tórax e anticoncepção.

O tratamento consiste em **esvaziamento molar**, seguido de acompanhamento clínico-laboratorial ou **histerectomia profilática** (em caso de prole constituída; não há necessidade de retirar os cistos). É importante ressaltar que o esvaziamento uterino é realizado em emergência e em casos de complicações clínicas, tais como hemorragia genital, pré-eclâmpsia grave, hipertireoidismo clínico. O método de eleição é **vacuoaspiração** uterina elétrica (padrão-ouro), não utilizando ocitocina ou prostaglandinas para maturação cervical. Outras opções terapêuticas são AMIU e curetagem (deve ser evitada pelo risco de embolização trofoblástica). Todo seu produto deve passar por exame histopatológico, visando detecção precoce diante do risco de evolução para neoplasia trofoblástica.

O acompanhamento é realizado com dosagem de beta-HCG seriado: semanal até zerar, seguido de mensal até 6 meses do 1º resultado negativo; além de acompanhamento clínico e ultrassonográfico, raios-X de tórax e anticoncepção. Orienta-se não engravidar até a negatificação do HCG.

### NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (NTG)

Caracteriza-se por deportação vilosa/metastática, via hematogênica. Os locais de implantação mais comuns são pulmão, órgãos pélvicos, cérebro e fígado.

O diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) é considerada em casos de **beta-HCG seriado** com elevação (variação >10%) por duas semanas,

estabilização ou platô dos níveis (variação <10%) por três semanas ou ausência de negatificação em seis meses. Ademais, o surgimento de metástase (vagina e



pulmão), USG com imagem intramiometrial e RI e PI das artérias uterinas baixos são sugestivos.

Dos tipos de NTG, a **mola invasora** é mais comum, sendo uma sequela da mola hidatiforme. O **coriocarcinoma** ocorre após qualquer tipo de gestação, com alto índice de metástase; e, o **tumor trofoblástico** do sítio placentário se caracteriza por produção de lactogênio placentário (hPL).

O tratamento depende da idade e paridade, bem como a classificação de risco. Em baixo risco, realiza-se monoquimioterapia; e em alto risco, poliquimioterapia. A cirurgia histerectomia é adotada em casos de exceção, especialmente em estadiamento IV.

## Sangramento na Segunda Metade da Gravidez

### DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

**DEFINIÇÃO** - É a perda prematura da interface feto-materna da placenta por sangramento dissecante, podendo ser oculto (sem exteriorização) ou vultuoso (80%). Ocorre após a 20ª semana gestacional. Trata-se de uma emergência obstétrica.

**FATORES DE RISCO** - Os fatores de risco são trauma, idade >35 anos, corioamnionite, uso de drogas (cocaína), tabagismo, polidramnia e gemelaridade e hipertensão (principal).

**QUADRO CLÍNICO** - O quadro clínico é marcado por dor abdominal, taquissístolia, hipertonia uterina e sofrimento fetal agudo (caracterizado, a





exemplo, por bradicardia fetal). Em caso de **sangramento** (80%), apresenta **coloração escura**.

**DIAGNÓSTICO** - O diagnóstico é clínico, e se baseia na anamnese, antecedentes pessoais/obstétricos, exame físico.

Vale lembrar que a USG apresenta sensibilidade de 25%. Apresenta pouco valor diagnóstico especialmente na fase inicial. Pode ser confirmatória diante da identificação do hematoma retroplacentário e coágulos no estômago fetal.

**TRATAMENTO** - As medidas gerais englobam monitorização materna, oxigênio em máscara, reposição volêmica e solicitação de exames, como hemograma, coagulograma e tipagem sanguínea.

Sobre a **conduta obstétrica**, considera-se a condição fetal: quando vivo, indica-se início do parto por via mais rápida (em geral, cesariana); e, quando morto, realiza-se preferencialmente via vaginal (maior segurança materna). O parto cesáreo é indicado, se não houver condições maternas e sem evolução do trabalho de parto >6 horas.

Em ambas as vias de parto, é válido realizar **amniotomia** previamente, com objetivo de reduzir a pressão do hematoma, a infiltração miometrial e a tromboplastina para mãe.

Entre as complicações, cita-se:

- **Útero de Courvelaire:** Trata-se de **apoplexia uteroplacentária**, isto é, infiltração do miométrio pelo sangue, podendo dificultar a contração uterina. O tratamento é massagem somado a ocitócito; e, em casos refratários, sutura B-Lynch, ligadura hipogástrica/uterina ou histerectomia).
- **Síndrome de Sheehan**, que se refere à necrose hipofisária com amenorreia.
- **Coagulopatia intravascular disseminada (CIVD)**, que decorre da passagem da tromboplastina para circulação materna.



## PLACENTA PRÉVIA (PP)

**DEFINIÇÃO** - A placenta prévia refere-se à inserção da placenta em porções inferiores do útero, caracterizada pela localização da placenta próxima ou sobre o orifício interno do colo uterino. Pode ser total, parcial, marginal ou lateral.

É confirmada após 28 semanas gestacionais (no 3º trimestre).

A placenta de inserção baixa é descrita quando não atinge o orifício interno do colo, mas se localiza até 2cm do mesmo.

**FATORES DE RISCO** - Os fatores associados são idade materna avançada (>35 anos), cesárea anterior, cicatriz uterina (decorrente de miomectomia, por exemplo), curetagens uterinas repetidas, cicatriz uterina, endometrite, gemelaridade, tabagismo e placenta prévia em gestação anterior.

Há uma associação com o **acretismo placentário** (invasão demasiada do tecido placentário no útero e estruturas adjacentes), que pode ser identificado na RNM.

**QUADRO CLÍNICO** - O quadro clínico é caracterizado por **sangramento progressivo, repetitivo ao longo da gravidez** (cada vez mais grave), **espontâneo**, de coloração **vermelho-vivo, indolor**, bem como **ausência da hipertonia e sofrimento fetal**.

**QUADRO CLÍNICO** - O diagnóstico é clínico. O toque uterino é contraindicado.

Realiza-se **exame especular**, que é obrigatório para o diagnóstico.

A USG (em especial, transvaginal) permite diagnóstico confirmatório.



**TRATAMENTO** - Quanto à conduta, indica-se interrupção da gestação em casos de feto prematuro com sangramento intenso e a termo; e, tratamento conservado para prematuros com sangramento leve/moderado.

A via de parto de escolha é cesariana, quando PP total e parcial (em sua maioria); e, vaginal, avaliada em PP marginal. Pode ser precedida de amniotomia.

**COMPLICAÇÕES** - A placenta de inserção anormal ou viciosa tem como complicações, a **apresentação fetal anormal**, **penetração uterina anormal** (acretismo placentário) e **puerpério anormal** (hemorragia e infecção).

**Observação:** O **acretismo placentário** apresenta diagnóstico suspeito quando há placenta prévia e história de parto cesário anterior. Deve-se solicitar USG (1º exame) ou RM, já no período pré-natal. Quanto à classificação, pode ser acreta (perfura endométrio), increta (invade miométrio) e percreta (invade serosa). O tratamento padrão é histerectomia, podendo considerar o conservado em casos acreta.

Parâmetros	Descolamento Prematuro da Placenta (DPP)	Placenta Prévia (PP)
Início	Súbito, grave desde o começo	Insidioso, com gravidade progressiva
Hemorragia	Ocultas em 20%, única e dolorosa	Visível, de repetição, indolor
Sangue	Escuro	Rutilante
Sofrimento fetal	Grave e precoce	Ausente ou tardio
Hipertonia	Típica	Ausente
Hipertensão	Típica	Rara



Estado materno	Sinais de anemia grave sem relação com as perdas sanguíneas externas	Sinais de anemia proporcional às perdas sanguíneas
Ultrassonografia	Possivelmente normal	Confirmação do diagnóstico

## ROTURA DO SEIO MARGINAL

O seio marginal circunda a placenta e representa um dos seios coletores do sangue venoso materno; consiste na extrema periferia do espaço interviloso.

O quadro clínico (semelhante a placenta prévia) da rotura do seio marginal é sangramento vermelho vivo, indolor, espontâneo, discreto e periparto; além de tônus uterino normal e sem sofrimento fetal.

O diagnóstico é presuntivo, com USG normal; e, definitivo, através do exame histopatológico pós-parto. Apresenta bom prognóstico e conduz ao parto vaginal.

## ROTURA DE VASA PRÉVIA

Vasa prévia é uma condição rara em que vasos fetais correm desprotegidos pelas membranas ovulares, interpostos entre o orifício interno do colo e a apresentação fetal. Desse modo, a rotura de vasa prévia se refere à **ruptura de vasos umbilicais desprotegidos** entre a apresentação fetal e o colo uterino.

Dentre os fatores de risco, destacam-se a inserção velamentosa de cordão, implantação baixa de placenta, placentas bilobadas ou sucenturiadas e gestações concebidas por fertilização in vitro.



O quadro clínico é **sangramento vaginal indolor, de origem fetal**, geralmente **após amniorrexe ou amniotomia**, sem outros sinais e sintomas maternos. Há **sofrimento fetal agudo**, caracterizado por bradicardia e desacelerações, bem como rápida deterioração do seu bem-estar (e alta mortalidade fetal). A conduta é **parto cesáreo de emergência**.

## ROTURA UTERINA

A sua incidência relaciona à **cicatriz uterina** (parto cesáreo ou cirurgia uterina prévia), ao **uso inadequado de ocitocina** e ao **trauma**. Os fatores de risco são cirurgia uterina prévia, uso de Kristeller, parto obstruído, malformação uterina, hiperdistensão uterina (polidrâmnio e gemelar), multiparidade, doença trofoblástica gestacional, pressão no fundo uterino e acretismo placentário.

O quadro clínico é caracterizado por **sinal de Bandl** (distensão do segmento inferior com elevação próximo à pube, ou seja, anel separando o corpo do segmento) e **sinal de Frommel** (retesamento ou distensão dos ligamentos

redondos), na **iminência de rotura**. Além disso, as manifestações pós-rotura são **sangramento vaginal, dor abdominal aguda, desaparecimento de contrações uterinas, ausência de batimentos cardíacos fetais e instabilidade hemodinâmica materna**.

O diagnóstico é clínico, com confirmação intraoperatória; conduz-se à laparotomia e **cesárea de urgência**.



## VAGINOSE, CANDIDÍASE E HERPES

**VISÃO GERAL** - Sobre a microbiota vaginal, destaca-se os **bacilos de Doderlein** (lactobacilos acidófilos). Estes são responsáveis pelo meio vaginal ácido (**ph <4,5**), resultante do seu papel conversor de glicogênio para ácido láctico.

### Vaginose Bacteriana

É a **vulvovaginite mais frequente**. É causada pela proliferação excessiva (10-20%) de bactérias anaeróbicas, sendo a principal a **Gardnerella vaginalis**, decorrente da alcalinização vaginal (por exemplo, por relações sexuais com múltiplos parceiros). Observa-se redução dos lactobacilos.

O corrimento vaginal caracteriza-se **por leucorreia acinzentada (ou esverdeada)**, fina e aquoso (**fluido**), e **odor fétido** tipo pescado (anaeróbio). Além disso, para o diagnóstico, nota-se **ph >4,5**, **teste do KOH ou Whiff positivo** e “**clue cells**”, células-alvo ou indicadoras na microscopia.

Para o diagnóstico, considera-se a presença de **3 critérios de Amsel**: (1) corrimento acinzentado, fino e homogêneo, (2) **ph >4,5**, (3) teste de aminas (Whiff) positivo, e (4) presença de clue cells (células-alvo). Vale ressaltar que o padrão-ouro é o esfregaço corado por Gram e avaliado pelo sistema de Nugent.

O tratamento é **metronidazol 500mg, VO, de 12/12h, por 7 dias**, inclusive em gestantes. Como **não é uma infecção sexualmente transmissível (IST)**, não é necessário tratar parceiros e rastrear outras ISTs.

### Candidíase

Também é uma vulvovaginite, o agente etiológico é **Cândida albicans**, na maior parte dos casos.

Das manifestações clínicas, destacam-se **prurido**, ardor e **corrimento vaginal** espesso, **esbranquiçado**, aderido às paredes vaginais e em nata, semelhante ao



**queijo cottage** (aderente às paredes vaginais). Além disso, verifica-se eritema, edema e escoriações.

Observa-se **ph vaginal <4,5**, teste das aminas negativo, **leucócitos aumentados** e presença de **pseudo-hifas** ou leveduras **ao exame a fresco**.

O tratamento indicado é **miconazol**, creme 2%, via vaginal, uma aplicação, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou, nistatina 100000UI, por 14 dias. A segunda opção terapêutica é fluconazol 150mg VO (dose única). Não é necessário tratar se assintomático. Vale lembrar que **não se trata de IST**.

Um importante diagnóstico diferencial é **vaginose citolítica**, caracterizada por leucorreia, prurido, ph <4,5, sem patógenos à microscopia, aumento de lactobacilos e citólise; tipicamente no período pré-menstrual, o tratamento consiste em alcalinização do meio vaginal.

## Outras Vulvovaginites

1. **Tricomoniase vaginal**: É uma infecção vaginal causada por **protozoário** flagelado anaeróbico **Trichomonas vaginalis**, altamente e **sexualmente**

**transmitido**. Caracteriza-se por **corrimento volumoso, amarelo-esverdeado** e **espumoso/bolhoso**, além do colo em framboesa. Pode levar à inflamação, prurido e mal cheiro. Nota-se ph >4,5. À microscopia, observa-se protozoário móvel (flagelado). O tratamento se baseia em **metronidazol 500mg, VO, 12/12h, por 7 dias**, ou 2g VO, em dose única. Os efeitos colaterais incluem intolerância gástrica e gosto metálico. A alternativa terapêutica é clindamicina 300mg, VO, 12/12H, por sete dias. **É uma IST**; desse modo, o tratamento deve incluir a convocação das parcerias sexuais. Um importante diagnóstico diferencial é **vaginose atrófica**, caracterizada por corrimento amarelado, ph >5 e, à microscopia, ausência de patógeno, aumento de polimorfonucleares e de células basais e parabasais; responde à terapia estrogênica tópica.



2. **Vaginite inflamatória:** Substituição dos lactobacilos por estreptococos do grupo B. Caracteriza-se por irritação e corrimento purulento.
3. **Vaginite por corpo estranho:** Ocorre frequentemente em crianças.
4. **Vaginose citolítica:** Diagnóstico diferencial da candidíase. Decorre da acidez excessiva e subsequente lise celular. Caracteriza-se por corrimento vaginal grumoso e ardência, tipicamente no período pré-menstrual. Tratamento consiste em alcalinização por meio de ducha vaginal com bicarbonato de sódio 2 vezes por semana, a cada 2 semanas.
5. **Vaginite atrófica:** Em geral, no período pós-menopausa. Responde à terapia de estrogênio tópico.

## Herpes Genital

É a infecção sexual transmissível mais comum e incurável (fases latentes e recidivas), sendo a principal causa de **úlceras genitais**. O agente etiológico é vírus herpes simplex, especialmente genótipo II.

Apresenta-se evolutivamente com **múltiplas** lesões bilaterais **vesiculares**, ulcerosas e crostosas, **dolorosas e limpas**, além do quadro sistêmico (febre e mialgia), especialmente na primoinfecção. Vale lembrar que pode observar **adenopatia dolorosa sem fistulização**. Pode acometer tanto a genitália externa quanto na vagina e o colo uterino (com queixa de corrimento sanguinolento).

O tratamento visa encurtar a crise e adota-se **aciclovir 400mg, 3x/dia, por 7 dias** (primeiro episódio ou primoinfecção) **ou por 5 dias** (em caso de recorrência) **ou por 6 meses** ( $\geq 6$  episódios/ano; dose supressiva). Contraindica-se parto vaginal na presença de lesão ativa herpética.

