

DESCOLAMENTO PRÉVIO DA PLACENTA

Data de aceite: 02/07/2023

**Maria Laura Vasconcelos Moreira Lopes
de Goes**

Beatriz Metedeiro Nunes Câmara

Dra. Eliane de Albuquerque Moura
Ginecologista

INTRODUÇÃO

O Descolamento Prévio de Placenta (DPP) é uma questão de emergência em saúde pública, visto que se revela como uma causa importante de mortalidade materna e perinatal, é responsável por aproximadamente 10% dos partos prematuros e possui uma incidência global de 1%. Dados apontam que a taxa de mortalidade perinatal em gestantes com DPP é cerca de 20 vezes maior do que naquelas genitoras não acometidas por essa patologia. Estudos apontam que 40% a 60% dos DPPs ocorreram antes de 37 semanas de gestação e 14% ocorreram antes de 32 semanas. Porém, deve-se considerar que as taxas de incidência de idade gestacional mudam dependendo

da etiologia (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019; Sarvasi; Sobrino, 2019; Paiva et al., 2023).

Clinicamente, o DPP manifesta-se na gestante por dor abdominal, associada ou não a sangramento vaginal geralmente escuro. Em até 20% dos casos o sangramento é oculto, em decorrência da topografia da placenta. Nas placentas fúndicas, o sangramento só se exterioriza com a saída da placenta, facilitando a infiltração miometrial e piora do prognóstico. Embora seja menos comum, é possível que se verifique na gestante, desde o início, traços de hipovolemia como taquicardia, palidez e extremidades frias e sudoréticas. Esse quadro clínico pode culminar em riscos maternos associados ao DPP: perda maciça de sangue, coagulopatia intravascular disseminada, insuficiência renal e até evoluir para morte materna. Abordando a gestante em trabalho de parto, é preciso mencionar que a dor permanece entre as contrações e o sangramento vaginal, presente na grande maioria dos casos, pode se manifestar

como hemorragia exteriorizada, hemoâmnio ou sangramento retroplacentário. Como complicações obstétricas, há o risco de hemorragia abrupta via vaginal e intraoperatória, podendo progredir para uma histerectomia puerperal, choque hipovolêmico, coagulação intravascular disseminada e até óbito fetal (Sarvasi; Sobrino, 2019; Cardoso et al., 2012).

O DPP pode ser classificado em três graus. No grau I, o sangramento é discreto ou ausente, a hipertonia uterina ausente, a hemodinâmica está inalterada, coagulopatias estão ausentes e a vitalidade fetal é preservada. Já no grau II, o sangramento é moderado, há hipertonia uterina, hemodinamicamente há taquicardia e hipotensão postural, verifica-se queda do fibrinogênio e a vitalidade fetal está comprometida. Por fim, no grau III, caracteriza-se o óbito fetal, o sangramento já é visto como importante, há hipertonia uterina, hemodinamicamente há hipotensão e há uma subdivisão em 3a (sem coagulopatias) e 3b (coagulopatias presentes) (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

DEFINIÇÃO

O Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) é definido como a separação prematura da placenta normalmente inserida, de forma parcial ou completa, com diagnóstico estabelecido a partir 20^a semana de gestação (Ananth; Kinzler, 2022).

FISIOPATOLOGIA

O Descolamento Prematuro da Placenta tem como causa básica a ruptura de vasos maternos na decídua basal. Essa ruptura gera um sangramento que se acumula e forma um hematoma, separando a placenta da decídua. Acerca do sangramento decidual, vale salientar que o DPP pode ser parcial quando esse é autolimitado ou, nos casos em que se expande, pode evoluir para uma separação completa da placenta. Além disso, o sangramento pode ser eliminado pelo colo do útero ou permanecer retido (hematoma retroplacentário), assim como pode infiltrar-se no líquido amniótico ou até no miométrio. Como consequência desse processo fisiopatológico de ruptura de vasos, a porção descolada da placenta perde a função primária de troca gasosa e nutrição fetal, culminando no comprometimento do feto quando o restante da unidade fetoplacentária não consegue compensar esse dano (Tedesco; Patella; Filho, 2014; Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

Geralmente, o processo que desencadeia o DPP está relacionado a anormalidades no desenvolvimento precoce das artérias espiraladas, o que seria responsável por desencadear uma necrose decidual, inflamação placentária, infarto e ruptura dos vasos com o consequente sangramento já descrito inicialmente na fisiopatologia da doença. Quanto à ruptura vascular, há diferença entre as manifestações clínicas decorrentes da hemorragia arterial e venosa: a hemorragia arterial, de alta pressão, no centro placentário desencadeia rapidamente os sintomas fatais do DPP, enquanto a hemorragia venosa, de baixa pressão, na periferia placentária é responsável pelos sintomas que surgem ao longo do tempo no quadro clínico da doença (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

Na patogênese do DPP, ocorre a produção de trombina por duas vias, o que pode resultar na hipertonia uterina, produção de citocinas inflamatórias capazes de romper prematuramente as membranas, distúrbios de coagulação e deficiência da ação da progesterona. Em uma das vias de produção de trombina, é o sangramento decidual já descrito que libera tromboplastina, gerando trombina. Na outra via de produção, por sua vez, a hipóxia resultante do processo patológico produz fator de crescimento endotelial vascular, o qual atua em células endoteliais teciduais induzindo a expressão significativa de tromboplastina, gerando a trombina (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

ETIOLOGIA

O descolamento de placenta é uma resposta do corpo a acontecimentos externos ou até mesmo a problemas do próprio organismo materno. Dentre as causas do descolamento, podemos mencionar os traumas abdominais, mesmo que os eventos mecânicos estejam relacionados com apenas 9% dos casos (Ananth; Kinzler, 2022).

Como as causas do descolamento não são bem definidas, é de extrema importância considerar os fatores de risco. Como por exemplo, as síndromes hipertensivas que aumentam em 5 vezes as chances de descolamento e o tabagismo que aumenta em 2,5 as chances de ocorrer um deslocamento (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019; Ananth; Kinzler, 2022).

Nesse contexto, é de extrema importância ressaltar que o descolamento prévio de placenta ocorrido em outra gestação é o fator de risco mais alarmante para o fenômeno.

Bem como, o uso de drogas, gravidez gemelar, distúrbios da coagulação, gestantes com mais de 40 anos (Paiva et al., 2023).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é essencialmente clínico, na grande maioria dos casos, caracterizando-se por contrações dolorosas com hipertonia uterina, sangramento vaginal e sinais de comprometimento da vitalidade fetal. A ultrassonografia é utilizada apenas para afastar o seu principal diagnóstico diferencial, a placenta prévia. O coágulo retroplacentário, de forma geral, não é identificado precocemente por esse método de imagem. (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019; Paiva et al., 2023). Os sinais clínicos que evidenciam esse processo são: sangramento vaginal, dor abdominal ou nas costas e contrações uterinas.

A avaliação das principais alterações hematológicas, a anemia e a fibrinogenemia, sempre que possível, já deve ser iniciada no momento da internação. O teste de Weiner, que é um método simples realizado à beira do leito e avalia indiretamente o nível de fibrinogênio, realizado com uma amostra de sangue e tubos de ensaio e dará uma predição dos níveis de fibrinogênio materna e conseqüentemente do prognóstico materno e fetal, tendo em vista a avaliação com boa acurácia o estado de coagulação da paciente.

Concomitantemente, para investigar os achados laboratoriais, leva-se em consideração a correlação do grau de anormalidade hematológica com o grau de hemorragia materna. Nesse sentido, essa investigação é necessária se analisada com cautela, visto que o deslocamento grave pode levar à coagulação intravascular disseminada, que pode resultar no óbito fetal (Paiva et al., 2023).

O Descolamento Prévio de Placenta pode ser classificado em 4 classes, de acordo com a sua gravidade e levando em consideração alguns fatores, como o sangramento vaginal, a contração uterina, os sinais vitais maternos, o nível de sofrimento fetal e os níveis de fibrinogênio.

Grau	Sangramento	Útero	Mãe	Feto	Fibrinogênio
DPP assintomático	O descolamento é descoberto após o parto, em decorrência de coágulos de sangue aderidos à placenta, pois a gravidez decorreu sem problemas.				
1- DPP Leve	Nulo ou discreto	Não está contraído	Sem alterações	Sem sofrimento	Níveis normais
2- DPP moderada	Nulo ou moderado	Moderadamente contraído	Aumento da frequência cardíaca e diminuição da pressão arterial	Sinais de sofrimento	Níveis baixos
3- DPP grave	Nulo ou intenso	Muito contraído	Choque circulatório	Evolui para óbito	Níveis muito baixos

TRATAMENTO

A conduta deve ser imediata a partir do diagnóstico clínico, em decorrência da gravidade materna e fetal, que não permite delongas. Deve haver a atuação de uma equipe multidisciplinar que ofereça suporte a compensação clínica, avaliação clínica do déficit de fibrinogênio, se possível, e antes de condução para o centro cirúrgico, realização da amniotomia, diminuindo a passagem de tromboplastina na circulação e reduzindo assim o risco de coagulopatia. (Souza et al., 2022; Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

Em primeiro lugar, faz-se necessário definir o grau de descolamento (Grau 1, 2 ou 3), segundo o estado hemodinâmico materno e a vitalidade do feto, para então designar o melhor tratamento. Nesse sentido, de modo geral ocorre a hospitalização e monitorização dos sinais vitais da paciente, e em algumas situações é realizada a reposição volêmica, por intermédio de infusão de cristaloides. (Souza et al., 2022).

Dessa maneira, o protocolo de tratamento segue da seguinte forma: no grau 1, o diagnóstico é feito no pós-parto, portanto, não houve repercussões maternas ou fetais, já no grau 2, se iminente é possível a realização do parto vaginal e no grau 3 que é o caso do feto morto, o parto vaginal é aconselhável. (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

Por conseguinte, a tipagem sanguínea, hemograma completo e coagulograma são avaliações laboratoriais maternas incluídas no tratamento. Bem como, a monitorização

cardíaca fetal contínua desde que o feto esteja em risco de hipoxemia ou de desenvolver acidose (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019; Paiva et al., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, é notória a relevância do tema para o estudo das emergências obstétricas, tendo em vista o número de mortes e sérias complicações materno-fetais nos casos de Descolamento Prévio de Placenta. Assim, é fundamental um acesso mais abrangente aos serviços de saúde pública, assim como uma participação efetiva dos profissionais em equipes multidisciplinares para uma eficaz assistência durante o pré-natal, parto e puerpério.

A prática do pré-natal até o momento do parto é imprescindível para identificação de possíveis riscos, já que assim pode-se melhorar o prognóstico ou até prevenir o desenvolvimento dessa patologia responsável por um índice tão significativo de morbimortalidade materno-fetal.

Por fim, vale ressaltar o importante papel da comunidade científica que deve permanecer estudando medidas profiláticas para os fatores de risco, métodos atualizados de tratamento e de diagnóstico, facilitando o manejo do DPP, bem como contribuindo epidemiologicamente para a redução da incidência.