

Acretismo placentário de diagnóstico tardio: relato de caso

Late diagnosis in placental accretism: Case Report

Thaís Faria Tannure¹, Júlio César Soares Aragão^{2*}, Renira Faria Tannure³

¹Graduada em Medicina; ²Doutor em Medicina Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda UniFOA; ³Especialista em Ginecologia e Obstetrícia Fundação André Arcoverde

Resumo

Objetivo: apresentar e discutir um caso de acretismo placentário de diagnóstico tardio e analisar os aspectos evolutivos da doença em face aos dados provenientes do conhecimento corrente na matéria **Metodologia:** o formato adotado neste artigo foi o de relato de caso, sendo seguido de discussões relevantes quanto ao seu manejo à luz de outros relatos e de textos científicos recentes. **Resultados:** o caso apresentado consiste em uma retenção placentária por acretismo, cursando com sangramento e necessidade de reabordagem por meio de intervenção histeroscópica para resolução satisfatória. **Conclusão:** apesar de alguns casos divergirem do curso clássico da doença, a correlação da anamnese direcionada na história progressiva da paciente com o auxílio de exames complementares se faz de suma importância para um diagnóstico, ainda que de suspeição, no período pré-natal. A avaliação individualizada, incorporando racionalmente novas tecnologias, possibilita a condução de um tratamento que viabilize a preservação da fertilidade, se houver possibilidade, e a prevenção de possíveis complicações futuras.

Palavras-chave: Placenta Acreta. Ultrassonografia. Hemorragia. Histeroscopia.

Abstract

Objective: to present and discuss a case of late diagnosis placental accretism and analyze evolutionary aspects of the disease in face of the data coming from the current publications on the subject **Methodology:** the format used in this article was the case report, followed by relevant discussions to its management in the light of other reports and recent scientific texts. **Results:** the presented case consists of a placental retention by accretism, with hemorrhage and necessity of hysteroscopic intervention for satisfactory resolution. **Conclusion:** although some cases diverge from the classic course of the disease, the correlation of directed anamnesis in the patient's previous history with the aid of complementary exams is becomes extremely important for a diagnosis, even of suspicion, in the prenatal period. The individualized evaluation, rationally incorporating new technologies, allows the conduction of a treatment that allows the preservation of fertility, if possible, and the prevention of possible future complications.

Key words: Placenta Acreta. Ultrasound. Hemorrhage. Hysteroscopy.

INTRODUÇÃO

Acretismo placentário é definido como aderência anormal da placenta ao útero em consequência da ausência total ou parcial da decídua basal. Apresenta-se em três graus: acreta, increta e percreta (MONTENEGRO; REZENDE, 2018).

Como fator de risco mais relevante é apontada a cesariana prévia, porém também são relacionados idade materna acima de 35 anos, aumento da paridade, defeitos endometriais e leiomioma submucoso (HAGHENBECK-ALTAMIRANO et al., 2013).

Sua principal manifestação clínica consiste em hemorragia profusa que pode ocorrer após a tentativa de dequitação. Para minimizar a morbidade e mortalidade maternas e fetais, é importante que o diagnóstico seja feito ainda no período pré-natal, diagnóstico geralmente possibilitado pela ultrassonografia (ZUGAIB, 2015).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de acretismo placentário com sintomas e diagnóstico tardios, analisando os aspectos evolutivos à luz da bibliografia recente sobre o assunto.

METODOLOGIA

O formato adotado para a comunicação dos dados foi o de relato de caso, definido como “uma importante fonte de informação que, em geral, permanece esquecida ou excluída dos grandes estudos multicêntricos, e que pode fornecer subsídios fundamentais para o melhor tratamento dos pacientes em determinadas situações” (YOSHIDA, 2007, p. 112).

O texto dedicar-se-á ao relato do caso e será complementado por discussões relevantes quanto ao seu manejo à luz de outros relatos e de textos científicos publicados nos últimos 5 anos (ARAGÃO; TAVARES, 2009). A paciente autorizou a utilização dos dados de seu caso por escrito em consonância com os princípios éticos de pesquisa. Além disso, ações de pesquisas e relatos de casos com preceptorial do internato são previstas no âmbito do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro

Correspondente/Corresponding: *Júlio César Soares Aragão – End: Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, 1325, Três Poços, Volta Redonda – Rio de Janeiro – CEP: 27240-560 – Tel: (24) 3340-8400 / 99845-1858/ Fax: 3340-8404 – E-mail: jaragaum@gmail.com

Universitário de Volta Redonda” registrado no CONEP sob o numero CAAE: 30457714.1.0000.5237.

RELATO DE CASO

A.N.R, 21 anos, sexo feminino, primípara, parto vaginal há 29 dias, sem intercorrências, foi admitida em um hospital privado do interior do estado do Rio de Janeiro no dia 22 de junho de 2016 com queixa de sangramento por via vaginal de intensidade moderada/intensa há aproximadamente 48h. Ao exame foi observado que a paciente se encontrava afebril, com útero em tamanho normal, colo posterior e fechado, sangramento moderado e sem odor fétido. Foram solicitados hemograma completo, PCR, VHS e coagulograma; os quais não apresentaram alterações. A paciente apresentava ultrassonografia pélvica por via transvaginal realizada no dia anterior por solicitação médica que revelou endométrio centrado, com espessura de 4.5 mm, apresentando área hipocogênica discretamente heterogênea, de limites parcialmente definidos, na parede posterior, medindo cerca de 28.0mm x 28.0mm, que ao doppler colorido demonstrou aumento da vascularização com fluxo de baixa resistência causada possivelmente por restos placentários. Não se obteve demais achados dignos de nota. Administrou-se ocitocina diluída em soro glicosado e cefalotina. Após o término da medicação instituiu-se a alta.

No dia seguinte a paciente retornou ao hospital com os mesmos sintomas e achados no exame físico. Foram prescritas as mesmas medicações do dia anterior. O exame de imagem foi repetido dois dias após o primeiro e apresentou resultados similares aos já citados. Neste momento, a paciente não se queixava de sangramento.

Em 05 de julho de 2016 foi realizado β -HCG da paciente que apresentou o valor inferior a 25mUI/mL, descartando gestação e doença trofoblástica. Após 15 dias apresentou recrudescimento do sangramento de moderada intensidade cessando espontaneamente em 04 dias.

No dia 30 de julho de 2016, foi realizada a vídeo-histeroscopia que evidenciou tecido decidual no fundo uterino e vascularização típica sugerindo acretismo placentário. Esta hipótese diagnóstica foi confirmada devido ao exame histopatológico que na microscopia observou restos deciduais que ultrapassavam a camada basal do endométrio. Posteriormente, realizou-se nova USG por via transvaginal que não apresentou alterações.

DISCUSSÃO

A placenta é uma estrutura glandular temporária fixada na parede do útero, fisiologicamente aderida na sua camada endometrial. O útero, por sua vez, é composto por três camadas: endométrio, dividido pelas regiões compacta, esponjosa e basal; miométrio e perimétrio. A fixação do embrião se dá na camada esponjosa do endométrio, pois há um rico plexo vascular (MONTENEGRO; REZENDE, 2018).

O acretismo placentário é uma situação anômala, na qual as implantações das vilosidades coriônicas placentárias ultrapassam a camada endometrial (MONTENEGRO; REZENDE, 2018). Quando o grau de invasão ultrapassa a decídua basal, denomina-se placenta acreta; a partir da invasão do miométrio, increta; e no momento em que a penetração chega à serosa uterina podendo atingir algumas vezes órgãos adjacentes, como a bexiga, denomina-se percreta. Há também a subclassificação em total, parcial e focal, devido à quantidade de tecido placentário envolvido (ZUGAIB, 2015). O presente caso é constituído de uma placenta acreta devido ao fato de não haver comprometimento miometrial ou peritoneal.

Segundo Pereira (2014), o grupo de risco para desenvolver placenta acreta possui grávidas com antecedentes de cesariana anterior e placenta prévia na presente gravidez, sobreposta à cicatriz uterina. Além disto, também são considerados fatores predisponentes idade materna avançada, multiparidade, aderências endometriais, miomectomia prévia, embolização de artérias uterinas, leiomiomas submucosos, distúrbios hipertensivos da gravidez e hábitos tabágicos (COELHO et al., 2009; FEITOSA et al., 2015). De acordo com dados levantados por Freitas (2015) a incidência tem aumentado devido a maior prevalência dos seus fatores de risco. Em geral, apresenta-se pelo menos um fator de risco identificável, o que não foi verificado no caso descrito.

A primeira manifestação clínica do quadro é a hemorragia pós-parto grave, que ocorre logo após a tentativa de separação da placenta, com volume variável de acordo com a superfície de aderência e grau de penetração. Na tentativa de remoção do tecido, pode haver perdas hemáticas, alterações de coagulação e choque hipovolêmico (BAGGIERI et al., 2011; MEHROTRA; PATEL, 2018). Os casos de placentação percreta, com comprometimento da bexiga, pode haver hematúria de intensidade variável (NUNES et al., 2013).

Devido à gravidade das complicações, é importante que o diagnóstico seja feito ainda no período pré-natal pela possibilidade de minimizar as mortalidades maternas e fetais. Para isso, o médico necessita conhecer os antecedentes da paciente e utilizar o estudo ultrassonográfico com doppler colorido (SÁNCHEZ et al., 2013). Com o doppler, é possível observar lacunas vasculares irregulares, anormalidade da espessura do miométrio basal e presença de vasos tortuosos invadindo o miométrio. Em casos de incerteza diagnóstica, pode-se fazer uso de ressonância nuclear magnética (PEREIRA, 2014), embora alguns estudos não vejam vantagens deste método sobre aquele (DWYER et al., 2008).

A histerectomia total abdominal é o tratamento mais indicado para os casos de acretismo placentário (BAGGIERI et al., 2011). Em casos de menor extensão de penetração, é possível tomar medidas menos agressivas a fim de preservar a fertilidade da paciente. Quando há um diagnóstico precoce, recomenda-se cesariana eletiva

no intuito de diminuir a perda sanguínea intra operatória, realizada a partir da 35^a. semana com maturidade pulmonar fetal comprovada (ZUGAIB, 2015).

Em casos de menor repercussão o uso da abordagem histeroscópica tem tomado vulto, sendo considerado uma alternativa viável e segura para alguns casos (HEQUET et al., 2013). Mesmo em situações tardias, o método é eficaz e seguro, sendo cada vez mais indicado na terapia do acretismo (GOLAN et al., 2011), embora os resultados reprodutivos destas pacientes ainda possam ser questionados (BLANC et al., 2011). No presente caso, por tratar-se de uma paciente primípara, a opção por uma abordagem capaz de manter as funções reprodutivas é de fundamental importância para minimizar o impacto da doença na vida da paciente.

CONCLUSÃO

O caso relatado não apresentou uma evolução clássica de acretismo placentário, pois os dados clínicos divergiam dos fatores predisponentes para desenvolvimento da afecção, além da manifestação tardia do quadro. A suspeita de restos placentários advindos do parto vaginal só foi definitivamente descartada a partir da histeroscopia associada ao laudo histopatológico. Porém, ao exame ultrassonográfico, a comprovação da existência de fluxo de baixa resistência possibilitou o direcionar o diagnóstico para acretismo placentário.

A paciente em questão obteve uma boa resolutividade do seu caso, sem comprometimento absoluto da fertilidade, por se tratar de um acretismo focal, com menor área de extensão da invasão. Desta forma, foi possível a realização de histeroscopia, a qual não acarretou complicações.

O presente relato de caso amplia e enseja a discussão sobre os aspectos clínicos e complementares do acretismo na prática médica. Apesar de alguns casos divergirem do curso clássico da doença, a correlação da anamnese direcionada na história pregressa da paciente com o auxílio de exames complementares se faz de suma importância para o diagnóstico, ainda que de suspeição, no período pré-natal. A avaliação individualizada, incorporando racionalmente novas tecnologias, possibilita a condução de um tratamento que viabilize a remissão da doença, a preservação da fertilidade e a prevenção de possíveis complicações futuras.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, J. C. S.; TAVARES, M. Como preparar um relato de caso clínico. **Cadernos UniFOA**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, p. 1-3, 2009.
- BAGGIERI, R. A. A. et al. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. **Arq. méd. Hosp. Fac. Ciênc. Méd. Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 96-101, 2011.
- BLANC, J. et al. Is uterine-sparing surgical management of persistent postpartum hemorrhage truly a fertility-sparing technique? **Fertil steril.**, New York, v. 95, n. 8, p. 2503-2506, 30 June 2011.
- COELHO, A. M. et al. Desfecho obstétrico na placenta prévia. **Acta obstét. ginecol. port.**, Coimbra, v. 3, n. 3, p. 121-127, 2009.
- DWYER, B. K. et al. Prenatal Diagnosis of Placenta Accreta: Sonography or Magnetic Resonance Imaging? **J. ultrasound med.**, New York, v. 27, n. 9, p. 1275-1281, Sept. 2008.
- FEITOSA, H. N. et al. Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem acretismo em maternidade terciária. Jan. 2015.
- FREITAS, R. V. DE. **Placenta Percreta** – que orientação clínica?. 2015. 18 f. Trabalho (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 16 jun. 2015.
- GOLAN, A. et al. Operative Hysteroscopy to remove retained products of conception: novel treatment of an old problem. **J. minim. invasive gynecol.**, Philadelphia, v. 18, n. 1, p. 100-103, Jan. 2011.
- HAGHENBECK-ALTAMIRANO, F. J. et al. Diagnóstico antenatal de acretismo-percreta placentario. **Ginecol. obstet. Méx**, Mexico, v. 81, 2013.
- HEQUET, D. et al. Delayed hysteroscopic resection of retained tissues and uterine conservation after conservative treatment for placenta accreta. **Aust. N. Z. j. obstet. gynaecol.**, Melbourne, v. 53, n. 6, p. 580-583, 1 Dec. 2013.
- MEHROTRA, D. R.; PATEL, D. J. Placenta percreta with bladder invasion: a case report. **Indian j. appl. res.**, Ahmedabad, v. 7, n. 11, 16 ago. 2018.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. DE. **Rezende obstetrícia fundamental**. 14. ed. [s.l.]: Grupo Gen – Guanabara Koogan, 2018.
- NUNES, C. et al. Placenta accreta – como abordar? **Acta obstét. ginecol. port.**, Coimbra, v. 7, n. 1, p. 58-61, 2013.
- PEREIRA, M. F. A. M. **O valor diagnóstico da ecografia no acretismo placentário**. 12 jun. 2014.
- SÁNCHEZ, N. et al. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. **Ginecol. obstet. Méx.**, México, v. 81, 2013.
- YOSHIDA, W. B. Redação do relato de caso. **J. vasc. bras.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 112-113, 2007.
- ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. [s.l.]: Manole, 2015.

Submetido em: 29/09/2018

Aceito em: 18/01/2019