

RELATO DE CASO

ACRETISMO PLACENTÁRIO: PLACENTA PERCRETA.

PLACENTARY ACRETISM: PLACENTA PERCRETA.

Helaine Bueno Moraes¹, Carolina Rodrigues Costa², Karol-layne Macena Martins³, Rômulo Braga Pires⁴, Pedro Miranda Portugal Júnior⁵, Leandro Sousa Araújo⁶, Thiago Siqueira Monteiro⁷, Taynara Soares Pereira⁸, Valdir Francisco Odorizzi⁹



ACESSO LIVRE

Citação: Moraes HB, Costa CR, Martins KM, Pires RB, Júnior PMP, Araújo LS, Monteiro TS, Pereira TS, Odorizzi VF (2021) Acretismo placentário: placenta percreta. Revista de Patologia do Tocantins, 8(1).

Instituição: ¹ Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal do Tocantins- Campus de Palmas. ² Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal do Tocantins- Campus de Palmas. ³ Acadêmica do curso de medicina da Universidade de Gurupi- TO. ⁴ Médico pela Universidade Federal do Tocantins- Campus de Palmas. ⁵ Médico pela Universidade Federal do Tocantins- Campus de Palmas. ⁶ Médico pela Universidade de Gurupi-TO (UNIRG). ⁷ Médico pela ITPAC- Campus de Porto Nacional-TO ⁸ Médica Residente em Obstetrícia e Ginecologia pela Universidade Federal do Tocantins- Campus de Palmas. ⁹ Médico, Professor Adjunto IV da Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT) no curso de Medicina, Professor do Programa de Residência Médica da UFT na área de medicina de Família e Comunidade e de Ginecologia e Obstetrícia. Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Pós-Doutorado em Biodiversidade e Biotecnologia pela Bionorte.

Autor correspondente: Helaine Bueno Moraes.
helainebuenodmoraes@gmail.com

Editor: Carvalho A. A. B. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 12 de maio de 2021.

Direitos Autorais: © 2021 Moraes et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acretismo placentário é uma complicação gestacional, definida pela implantação anômala da placenta, que se caracteriza conforme o grau de profundidade da implantação em: placenta acreta quando as vilosidades coriônicas aderem ao miométrio até um terço de sua parede, com ausência de decídua basal, increta quando penetram profundamente o miométrio e percreta quando chegam à serosa uterina podendo invadir órgãos adjacentes. A placenta percreta é pouco comum, mas uma causa importante de morbimortalidade materna, devido ao alto risco de complicações. **DESENVOLVIMENTO:** O presente relato apresenta o caso de uma gestante de 36 anos, GV PCIII NII A0 com 39 semanas, realizou 08 consultas de pré-natal e obteve diagnóstico de placenta percreta no momento do parto. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os profissionais de saúde devem atentar-se sobre a gravidade da placenta percreta e a importância do diagnóstico precoce do acretismo placentário. Por meio de uma anamnese detalhada afim da identificação de fatores de risco como: cesáreas anteriores, placenta prévia e multiparidade e de exames de imagem (ultrassom, ressonância magnética e, ultrassom com doppler) que podem facilitar o diagnóstico.

Palavras Chave: Mortalidade Materna; Placenta Acreta; Fatores de Risco.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Placental accretism is a gestational complication, defined by anomalous implantation of the placenta, which is characterized according to the degree of implantation depth: placenta accreta when the Placental accretism is a gestational complication, defined by anomalous implantation of the placenta, which is characterized according to the degree of implantation depth: placenta accreta when the chorionic villi adhere to the myometrium up to one third of its wall, with the absence of a decidua basalis, placenta increta when they penetrate the myometrium deeply and placenta percreta when they reach the uterine serosa, which can invade adjacent organs. The placenta percreta is uncommon, but an important cause of maternal morbidity and mortality, due to the high risk of complications. **DEVELOPMENT:** The following report presents the case of a 36-year-old pregnant woman, GV PCIII NII A0 with 39 weeks, who attended 08 prenatal consultations and was diagnosed with a placenta percreta at the time of childbirth. **FINAL CONSIDERATIONS:** Healthcare professionals should pay attention to the severity of the perpetual placenta and the importance of early diagnosis of placental accretism. Through, a detailed anamnesis in order to identify risk factors such as: previous cesarean sections, placenta previa and multiparity, associated with imaging tests (ultrasound, magnetic resonance and doppler ultrasound) that can facilitate the diagnosis.

Keywords: Maternal Mortality; Placenta Accreta; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

Acretismo placentário é a aderência anormal da placenta na parede uterina, consiste na ausência ou na desordem da decídua basal, camada mais profunda do endométrio. Caracteriza-se como placenta acreta, increta ou percreta, de acordo com o grau de profundidade de implantação¹. Na placenta acreta a aderência ocorre devido à ausência focal da decídua basal, já na increta o vilo coriônico penetra profundamente o miométrio. E na placenta percreta o vilo coriônico chega até a serosa uterina podendo atingir órgãos adjacentes.²

A etiopatogenia do acretismo placentário está relacionada a uma deficiente decidualização do local de implantação da placenta, com ausência de decídua basal e irregularidade ou ausência da camada de Nitabuch, condicionando uma inserção direta das vilosidades coriônicas no miométrio.³

Nos últimos 50 anos aumentou-se a prevalência do acretismo placentário, sua incidência é de 1: 2.500 gestações.⁴ Isso correlaciona-se ao aumento no número de cesáreas em todo o mundo, tanto por ter sido facilitado o acesso as pacientes que tem indicação, como pela realização indiscriminada do procedimento⁵. Mas vale ressaltar, que os defeitos que são encontrados nas cicatrizes de cesarianas anteriores apresenta uma degeneração miometrial, bem como uma reduzida ou até mesmo ausente reepitelização no local da cicatriz. E atualmente é sabido que as cicatrizes uterinas apresentam impacto direto na implantação.⁶

Tem como principal fator de risco placenta prévia (incidência de 9,3% em gestantes com placenta prévia e 0,004% em gestações sem placenta prévia), idade materna avançada (2% em mulheres abaixo de 35 anos sem cesarianas prévias a 39% em mulheres com duas ou mais cesarianas), multiparidade e cirurgia uterina prévia, incluindo cesarianas.⁷

O diagnóstico precoce pode ser feito através de imagem ultrassonográfica, ressonância magnética, USG com Doppler colorido e Power Doppler. A ultrassonografia (USG) é ainda a modalidade mais acessível.¹

A placenta acreta é causa de importante morbidade materna, sérias complicações como hemorragia pós-parto, coagulopatias, perfuração uterina, choque, infecção, perda da fertilidade a até morte.⁸

O objetivo desse artigo é apresentar o caso de uma paciente em sua quinta gestação, que durante o parto foi diagnosticada com placenta percreta, dessa forma, pretende-se alertar os profissionais de saúde sobre a gravidade desta patologia e a importância do diagnóstico precoce do acretismo placentário para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente, 36 anos, GVPCIIIPNIA0, admitida com 39 semanas de gestação, relatando dor em baixo ventre, disúria, associada à diarreia. Ao exame físico, toque vaginal: colo fechado, posterior, grosso. Secreção vaginal esbranquiçada com grumos. Foi diagnosticada com ITU vigente sendo tratada com dose de ataque de ceftriaxona (02g endovenoso) e encaminhada ao centro cirúrgico para cesariana, tendo iteratividade como indicação.

Foi admitida em bom estado geral, verbalizando, deambulando, com sinais vitais estáveis, iniciou-se a cirurgia na qual foi observada invasão da placenta na camada serosa do útero, bexiga, colo uterino e vagina. Após histerotomia transplacentária o RN foi retirado vivo, único, sexo feminino, com boa vitalidade e entregue ao pediatra.

A paciente ficou instável hemodinamicamente no momento da cirurgia, necessitando de transfusão sanguínea e drogas vasoativas. Houve ampliação da incisão de transversa infraumbilical para incisão mediana. Foi solicitado pelo obstetra acompanhamento do cirurgião geral e a paciente foi submetida à anestesia geral com intubação orotraqueal.

Realizaram-se lises das aderências, ureterolise bilateral, rebaixamento vesical e ressecção de lesão vesical. Seguido de histerectomia, ressecção do 1/3 superior de vagina e anexectomia esquerda por sangramento anexial. Posteriormente, cateterização dos ureteres bilateralmente, fechamento vesical e vaginal, hemostasia, finalizando com fechamento por planos.

A paciente foi encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde ficou por 04 dias. Após estabilidade clínica paciente saiu da UTI, usou sonda vesical de demora por 28 dias e ficou internada por 14 dias até melhora do estado geral.

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce do acretismo placentário é imprescindível para evitar as complicações desta patologia. São utilizados critérios ultrassonográficos na suspeita de acretismo placentário, são eles: adelgaçamento da zona hipoeoica retroplacentária (ausência do espaço sonoluciente subplacentário); lacunas vasculares irregulares; irregularidade da espessura do miométrio basal com áreas finas e outras mais espessas ou ausentes e presença de vasos tortuosos invadindo o miométrio, interior da placenta e parede vesical. A avaliação pelo USG indica sensibilidade de 75%, especificidade de 14%, valor preditivo positivo de 50% e valor preditivo negativo de 33%.⁹

No Doppler colorido destacam-se: distância menor que 1 mm entre a interfase serosa uterina e a interfase da bexiga e os vasos retroplacentários. Atualmente, recentes avanços na USG, com Doppler colorido e Power Doppler, permitem o estudo dos vasos e a mensuração da velocidade e fluxo do sangue placentário. Os padrões de pulsatilidade venosa, associados à presença de lacunas venosas e ao fluxo venoso complexo retroplacentário, são considerados critérios doplerfluxométricos para placenta acreta.¹⁰

A ressonância magnética (RM) é útil na imagem obstétrica. Os tecidos moles são claramente visíveis, caracteriza-se mais precisamente a massa uterina e, avalia-se o espaço retroperitoneal. O sinal de acretismo placentário apresenta-se como um hipersinal placentário invadindo o miométrio. Porém, a RM não aumenta a possibilidade do diagnóstico de acretismo.⁹

Embora possa existir uma suspeita forte de placenta percreta na ecografia obstétrica, com ou sem apoio da ressonância magnética nuclear (RMN), o diagnóstico definitivo só é

estabelecido durante a cirurgia abdominal ou após o parto, com a visualização intra-operatória de uma invasão placentária atingindo a serosa e/ou estruturas adjacentes ao útero, ou com a dificuldade/impossibilidade mecânica de remover a placenta seguida de uma análise histopatológica dos tecidos extraído.¹¹ A paciente em questão realizou USG durante o pré-natal, mas não obteve nenhuma suspeita de acretismo placentário, por ser um exame examinador dependente e dinâmico é passível de falhas.

A placenta acreta assume-se como um problema potencialmente grave durante a dequitação, quando ocorre retenção placentária e subsequente hemorragia pós-parto maciça, levando frequentemente a: coagulação intravascular disseminada (CID); histerectomia pós-parto; lesão iatrogênica dos ureteres, bexiga, intestino ou estruturas neuro-vasculares; reação transfusional aguda; desequilíbrio hidro-eletrolítico ou insuficiência renal aguda.¹² As grávidas com cesariana anterior, associado à placenta prévia atual sobre a cicatriz uterina, têm risco acrescido de acretismo placentário e de complicações iatrogênicas durante a cesariana.¹²

A clínica da paciente era sugestiva de acretismo placentário: múltipara, 3 cesáreas prévias. No entanto, devido à raridade de casos de placenta acreta e, principalmente, percreta na maternidade onde foi atendida, não se houve suspeita do caso, tendo sido realizado o ato com os cuidados de rotina, sem a equipe multidisciplinar, mas que foi sendo composta ao longo do procedimento cirúrgico em critério de emergência.

4. 4. Khong Y. The pathology of placenta accreta, a worldwide epidemic. *J Clin Pathol.* 2008; 61:1243-6.
5. Althabe F e. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15194252>
6. Hubinont C. et al. A clinic-pathologic study of placenta percreta. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 140, n. 3, p. 365-369, 8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29194617>.
7. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005; 26(1):89-96.
8. Torloni MR, Moron AF, Camano L. Placenta Prévia: Fatores de Risco para o Acretismo. *Rev Bras. Ginecol., Obstet.* v. 23, n.7, p. 417- 422, Aug. 2001.
9. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelman RR. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler US, and MR imaging. *Radiology.* 1997; 205(3):773-6.
10. Chou MM, Tseng JJ, Ho ES, Hwang JI. Three-dimensional color power Doppler imaging in the assessment of uteroplacental neovascularization in placenta previa increta/percreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185(5): 1257-60
11. Raquel F, Diogo AC. Placenta percreta: que orientação clínica? *Acta Obstet Ginecol Port* 2015; 9(3):250-255.
12. Placenta accreta. Committee Opinion No. 529. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012; 120:207-11
13. Nunes C, Inês P, Sonia B, Nuno C, Luís MG. Placenta acreta – como abordar? *Acta Obstet Ginecol Port* 2013; 7(1):58-61

CONCLUSÃO

Perante o diagnóstico de acretismo placentário, uma abordagem multidisciplinar e uma programação cirúrgica minuciosa, num hospital com cuidados diferenciados, são fulcrais para a diminuição da morbidade e mortalidade materna e neonatal, com a obtenção de desfechos favoráveis. É ainda de extrema importância que a grávida e a sua família estejam plenamente esclarecidas acerca dos riscos que este diagnóstico envolve, nomeadamente a importante morbimortalidade materna associada e o risco de morte da grávida.¹³

No caso em questão não houve preparação prévia para condução do parto da paciente, já que não havia suspeita. Placenta percreta é rara, mas apresenta alta morbimortalidade, portanto é fundamental que os profissionais de saúde saibam identificar fatores de risco e achados sugestivos nos exames de imagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta – summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta.* 2002; 23(2-3): 210-4.
2. 2. Kapernick OS. Postpartum hemorrhage, the anormal pierperium In: Pernoll ML, editor. *Current obstetric and gynecologic diagnosis & treatment.* 7th ed. East Norwalk: Appleton & Lange; 1984. p. 568-88.
3. 3. Garmi G, Salim R. Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int.* 2012; 2012:1-7.