

AUSÊNCIA DE HEMORRAGIA PUERPERAL EM PLACENTA RETIDA PÓS-ABORTAMENTO ESPONTÂNEO: RELATO DE CASO

Gabriela Lemos de Almeida Melo¹,
Gilka Paiva Oliveira Costa²

¹ Estudante do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); ² Professor Adjunto do Departamento de Medicina Interna, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Autor para correspondência:
Gabriela Lemos de Almeida Melo
E-mail: gabi_lemos@hotmail.com

RESUMO

Justificativa: Considerada a principal causa de morte materna em todo o mundo, a hemorragia puerperal acontece, em sua maioria, nas primeiras quatro horas pós-parto. É definida como a perda sanguínea maior que 500ml após o parto vaginal ou uma perda maior que 1000 ml após o parto cesáreo. Pode ser classificada como primária ou secundária e várias são as etiologias: atonia uterina, trauma, desordens da coagulação e retenção de tecido placentário. **Objetivo:** Relatar um caso de placenta retida pós abortamento espontâneo sem hemorragia associada. **Relato do caso:** Paciente de 25 anos com história obstétrica de duas gestações, sendo a primeira com evolução para o parto normal e a segunda que resultou em abortamento espontâneo na 20ª semana de gestação, sem dequitação espontânea da placenta, porém com estabilidade hemodinâmica. A curetagem, a ultrassonografia e vídeo-histeroscopia evidenciaram placenta aderida à parede posterior do útero. O exame histopatológico revelou ausência de malignidade e confirmou diagnóstico de placenta retida. **Discussão:** Retenção de tecido placentário corresponde a uma das causas de hemorragia puerperal e ocorre quando a placenta não se descola total ou parcialmente do seu sítio habitual após 30 minutos da saída do concepto. Para a paciente foram aventadas as hipóteses diagnósticas de acretismo placentário, tumor de sítio trofoblástico e restos ovulares. O resultado do exame histopatológico confirmou a hipótese de placenta retida, sendo a paciente submetida a preparação do colo uterino com retirada total da placenta através da curetagem. **Conclusão:** A presença de tecido placentário na cavidade uterina é considerada um dos principais contribuintes para hemorragia pós-parto e mortalidade materna. No caso relatado, a ausência de hemorragia após vários dias de retenção placentária e que permitiu uma conduta expectante, traz à literatura a ocorrência desta possibilidade que deverá ser avaliada em estudos maiores podendo-se evitar condutas menos invasivas.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto. Abortamento Espontâneo. Placenta Retida. Placenta Acreta. Curetagem.

ABSTRACT

Justification: Considered as the main cause of maternal death in the whole world, the puerperal hemorrhage happens, in their majority, in the first 4 hours postpartum. It can be classified as primary or secondary, and several are the etiologies: uterine atonia, trauma, coagulation disorders and retention of placental tissues. **Objective:** report a case of placenta retained after miscarriage, but without clinical bleeding. **Case report:** Patient 25 years old with obstetric history of two pregnancies: first evolving to normal delivery and the second with miscarriage at 20 weeks of gestation without spontaneous placental delivery of the placenta, but hemodynamic stability. The curettage, ultrasound and video hysteroscopy showed placenta attached on the posterior wall of the uterus. The pathology revealed no malignancy and confirmed diagnosis of retained placenta. **Discussion:** Retention of placental tissue corresponds to one of the causes of puerperal hemorrhage and occurs when the placenta does not fully or partially extricate from its usual site after 30 minutes of the concept. For the patient the diagnostic hypotheses of placental accretion, tumor of trophoblastic site and ovular remains were suggested. The results of the histopathological examination confirmed the hypothesis of retained placenta, and the patient underwent preparation of the uterine cervix with complete removal of the placenta through curettage. **Conclusion:** The presence of placental tissue in the uterine cavity is considered a major contributor to postpartum haemorrhage and maternal mortality. In the case reported, the absence of hemorrhage after several days of placental retention and that allowed an expectant behavior, brings to the literature the occurrence of this possibility that should be evaluated in larger studies and that may avoid less invasive conducts.

Keywords: Postpartum Hemorrhage. Spontaneous Abortion. Retained Placenta. Placenta Accreta. Curettage.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que aproximadamente 529.000 mulheres morram anualmente devido a complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.¹ No Brasil, 74% das causas de óbito materno correspondem às obstétricas diretas: pré-eclâmpsia/eclâmpsia, as hemorragias e as infecções, podendo a maioria ser evitadas com uma assistência adequada ao pré-natal, parto, puerpério, urgências e emergências obstétricas.²

Define-se hemorragia pós-parto como a perda sanguínea maior que 500 ml em parto transvaginal e 1000 ml em parto cirúrgico e representa cerca de 30% dos óbitos maternos de causa obstétrica. Ela pode ser imediata, quando ocorre nas primeiras 24 horas, ou tardia, quando ocorre após esse período da expulsão do concepto. As causas de hemorragias pós-parto imediatas mais frequentes são lacerações do canal de parto, retenção placentária, inversão uterina, distúrbios de coagulação, atonia uterina e placentação anômala. Já a hemorragia pós-parto tardia tem como causas restos placentários ou hematoma puerperal. Mesmo com apropriada terapêutica, cerca de 3% dos partos vaginais evoluem com hemorragia pós-parto grave.³

A presença de tecido placentário na cavidade uterina é uma das importantes causas de hemorragia puerperal tardia e um dos principais contribuintes para a mortalidade materna. A retenção placentária é a ausência de dequitação placentária espontânea após 30 minutos da saída do concepto. Os principais fatores de risco para essa patologia são quadros que levem a hiperdistensão uterina, tais como o polidrâmnio, gestação gemelar e macrosomia fetal, bem como condições que comprometam a contração e retração uterina como leiomiomas, hipoproteïnemia, grande multiparidade, obesidade, hemorragia pós-parto em gestação anterior e idade materna acima de 35 anos.⁴

O presente relato propõe a discussão sobre a possibilidade de uma conduta expectante na ausência de hemorragia em casos de retenção placentária.

RELATO DE CASO

Luciana Santos de Araújo, 25 anos, parda, natural de João Pessoa e procedente de Caaporã-PB foi encaminhada à maternidade de alto risco do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) pela maternidade Frei Damião, ambos os serviços localizados no Município de João Pessoa-PB.

A paciente apresenta história obstétrica de duas gestações de cônjuges diferentes, sendo a primeira com parto normal há sete anos e a segunda gestação que resultou em abortamento espontâneo com 20 semanas de idade gestacional, sem dequitação espontânea da placenta. Paciente relata que em ambas as gestações realizou acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde de seu município. A primeira evoluiu sem intercorrências para o parto normal, já a segunda relata ter apresentado dores tipo cólica de forma intermitente em baixo ventre, sem associação com sangramento. Porém, com 20 semanas de idade gestacional, abriu um quadro de sangramento sendo levada para a Maternidade Frei Damião onde viram que se tratava de um quadro de abortamento inevitável. Após o abortamento, seguiu-se à curetagem uterina ainda na maternidade Frei Damião com observação de placenta aderida à parede posterior do útero. No dia seguinte, realizou-se nova curetagem, sem sucesso. Exame de ultrassonografia transvaginal visualizou placenta aderida à parede uterina posterior, sendo então encaminhada para o Hospital Universitário Lauro Wanderley para a realização de uma vídeo-histeroscopia diagnóstica. Os achados histeroscópicos eram sugestivos de tecido trofoblástico fortemente aderido à parede uterina posterior sem limites precisos com o endométrio, sendo coletado material para anatomopatológico. As hipóteses diagnósticas sugeridas foram acretismo placentário, tumor de sítio trofoblástico e restos ovulares. Foi sugerido acompanhamento com dosagem da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) quantitativa, ultrassom transvaginal com Doppler e ressonância nuclear magnética. A possibilidade de histerectomia após o resultado da ressonância foi aventada.

Exame de ultrassonografia realizado evidenciou volume uterino de 785cm³; presença de formação hipoecogênica e homogênea em parede posterior com volume estimado em 160cm³, compatível com tecido placentário; vascularização de característica trofoblástica; ovários com dimensões e textura normais.

Vale ressaltar que durante todos os dias de internação, a paciente apresentou-se estável hemodinamicamente, sem hemorragia vaginal. Usava em média dois absorventes por dia devido discreto sangramento.

A dosagem do beta-hCG inicial foi de 7553, com posterior regressão para 2535 e 1509 sendo colhidos num intervalo de sete dias cada. O anatomopatológico revelou ausência de malignidade no material colhido e a RNM evidenciou o útero de contornos regulares e dimensões aumentadas com volume estimado de 933 cm³. Observou-se uma formação expansiva nodular sólida no interior da cavidade endometrial, de contornos lobulados, predominando na região

fúndica e parede posterior onde se destacavam redução da espessura miometrial e má definição da interface com o miométrio. A referida formação tinha cerca de 182 cm³ de volume estimado. A paciente foi novamente submetida à ultrassonografia transvaginal, sendo visualizado massa sem sinais de acretismo placentário. Obtendo-se como hipótese apenas retenção placentária, seguiu-se com a preparação do colo uterino com Misoprostol 100 mcg via vaginal. Após cerca de 5h da medicação, a paciente apresentou sangramento vaginal intenso, palidez, hipotensão e queda da hemoglobina de 11 para 7,4 mg/dl, sendo encaminhada imediatamente ao centro cirúrgico, onde foi submetida à curetagem uterina com retirada total da placenta através de cureta fenestrada. Paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrência, com sangramento vaginal discreto recebendo alta hospitalar em boas condições clínicas e com reposição de ferro.

DISCUSSÃO

Aborto é definido como a interrupção da gravidez por volta da 20 a 22 semanas de gestação com feto pesando menos que 500g. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a idade gestacional menor que 20 semanas, já o Ministério da Saúde (MS) e a Febrasgo como sendo menor que 22 semanas.⁵ Esse é um assunto bastante controverso na literatura, porém pouco interfere no caso em questão, pois o foco do trabalho não é diagnosticar se foi ou não um quadro de aborto, e sim relatar um quadro de ausência de hemorragia após vários dias de retenção placentária.

A mola hidatiforme (MH) é uma complicação da gravidez relativamente infrequente mas que pode evoluir para doença com comportamento maligno. Ela está incluída em um grupo mais amplo conhecido como Doenças Trofoblásticas Gestacionais (DTGs), que, além da MH, fazem parte do grupo as formas que apresentam comportamento maligno. Há duas entidades histopatológicas da mola hidatiforme, a mola parcial (MHP) e a completa (MHC) que se diferenciam entre si nos aspectos morfológicos, histopatológicos e no cariótipo. De um modo geral, do ponto de vista clínico, as portadoras de mola hidatiforme apresentarão o volume uterino aumentado e sangramento vaginal irregular no primeiro trimestre de gravidez, além de complicações como hiperêmese e pré-eclâmpsia. Outro fator relevante é que a dosagem de gonodotrofinas coriônicas (hCG) geralmente encontram-se com títulos superiores ao valor esperado para a idade gestacional. Quando há suspeita de mola, o diagnóstico é feito pela avaliação histopatológica do material e deve-se evitar o uso de drogas que provoquem contrações uterinas, pois as contrações uterinas antes do esvaziamento da mola aumenta o risco de evolução para doença

persistente e de embolização trofoblástica para vasos pulmonares.⁶ Na paciente em questão foi aventada a hipótese diagnóstica de mola hidatiforme, no entanto o quadro clínico não era sugestivo já que ela não apresentou quadro de sangramentos intermitentes durante a gestação nem de hiperêmese gravídica e a dosagem de beta hcg apresentou queda relevante durante todo o processo. O resultado do anatomopatológico excluiu a hipótese de mola, pois evidenciou apenas presença de tecidos placentários.

Observa-se um aumento na taxa de cesarianas em todo o mundo, gerando preocupações devido às complicações decorrentes dessa via de parto: placenta prévia, acretismo placentário e rotura uterina.⁷ Placenta acreta é definida como anexo anormal da placa coriônica ao miométrio, tendo como principais fatores de risco a placenta prévia e cicatrizes uterinas prévias. Como houve um aumento da taxa de cesariana e de procedimentos uterinos nos últimos anos, observou-se o aumento da incidência de placenta acreta. Para as mulheres jovens com desejo de fertilidade futura, pode-se tentar o tratamento conservador com a histeroscopia. No entanto, ao tentar preservar a fertilidade, observa-se um aumento da morbidade devido às hemorragias frequentes e complicações infecciosas. Portanto, a histerectomia cesariana é preferida nos demais casos.⁸ A hipótese diagnóstica de acretismo placentário também foi sugerida para a paciente do caso. Porém, como visto nos dados da literatura, a paciente não apresenta um de seus principais fatores de risco: a cicatriz uterina prévia. Além disso, para a resolução do quadro de acretismo, geralmente opta-se pela histerectomia pois o tratamento conservador aumenta a morbidade devido às hemorragias frequentes. Na paciente, além de ela não ter apresentado quadro de hemorragias, após a preparação do colo uterino como Misoprostol, foi submetida à curetagem uterina com retirada total da placenta através de cureta fenestrada, o que não aconteceria caso fosse uma placenta acreta devido ao anexo anormal da placa coriônica ao miométrio.

A presença de tecido placentário na cavidade uterina é considerada um dos principais contribuintes para hemorragia pós-parto e mortalidade materna. O período de dequitação da placenta pode ser adiada por uma má contratilidade do miométrio ou por uma anormal aderência da placenta.⁹ Após a expulsão fetal, a dequitação fisiológica ocorre em cerca de 15 minutos.¹⁰ Quando esta não ocorre em até trinta minutos, chamamos de retenção placentária, a qual é uma das importantes causas de hemorragia puerperal tardia, tendo-se uma perda sanguínea em mais de 500 ml nos casos de partos vaginais.² Os sinais e sintomas de restos de produtos retidos pós-abortamento incluem a hemorragia vaginal, dor abdominal e febre.¹¹ No caso relatado da paciente,

temos uma retenção placentária por 22 dias confirmada com o exame histopatológico, no entanto sem hemorragia vaginal associada. Optou-se para a paciente o tratamento conservador, o que traz a literatura a ocorrência desta possibilidade, evitando-se assim, condutas menos invasivas e preservando a fertilidade futura da paciente.

CONCLUSÃO

O caso em tela apresenta a possibilidade de conduta expectante para casos de retenção placentária sem hemorragia ou infecção. Novos estudos devem ser acrescentados à literatura de forma a permitir que esta possibilidade seja avaliada em estudos maiores e que possam nortear condutas menos invasivas, permitindo a preservação da fertilidade futura das pacientes que apresentem essa condição.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: The World Health Organization; 2004.
2. Alfredo AC, Arnaldo AAC, Bartholomeu PC, Hélvio BS, Ivete CTC, Janine S. et al. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição.
3. Baggieri RAA, Vicente GS, Santos JA, Cabalero MHC, Barbosa HM, Baggieri RFA. et al. **Hemorragia pos parto: prevenção e tratamento.** Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa. São Paulo 2011;56(2):96-101.
4. Vieira CS, Carvalho RC, Duarte G, Nogueira AA, Yano RK, Quintana SM. Hemorragia puerperal: qual melhor uterotônico para profilaxia? **FEMNA**, Ribeirão Preto, jul 2007, vol35, n7
5. Konopka CK. Protocolo de Abortamento – Hospital Universitário de Santa Maria. Março 2016. [Acesso em 14 de nov 2016]; Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/protocolos/clinicos/implantados/abortamento.pdf>
6. Andrade JM. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 94-101, Feb. 2009 .
7. Nikolajsen S, Løkkegaard ECL, Bergholt T. **Reoccurrence of retained placenta at vaginal delivery: An observational study.** Acta Obstet Gynecol Scand 2013; 92:4 1–42.
8. Hequet D, Morel O, Soyer P, Gayat E, Malartic C, Barranger E. **Delayed hysteroscopic resection of retained tissues and uterine conservation after conservative treatment for placenta accrete.** Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2013; 53: 580–583 DOI: 10.1111/ajo.12138
9. Belachew J, Cnattingius S, Mulic-Lutvica A, Eurenus K, Axelsson O, Wikström AK. **Risk of retained placenta in women previously delivered by caesarean section: a population-based cohort study.** BJOG 2014;121:224–229.
10. Aurélio AC. Atenção Humanizada à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Organizado por Maria Benita Spinelli. Recife: EDUPE, 2008 [Acesso em 14 nov 2016]; Disponível

em: <http://docplayer.com.br/2581122-Atencao-humanizada-a-mulher-no-ciclo-gravidico-puerperal.html>

11. Abbasi S, Jamal A, Eslamian L, Marsousi V. **Role of clinical and ultrasound findings in the diagnosis of retained products of conception.** *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 32: 704–707