

Resultados maternos, perinatais e complicações imediatas e tardias de gestações com diagnósticos de Espectro da Placenta Acreta

Palavras-Chave: PLACENTA, ACRETISMO, COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS

Autoras:

JULIANA G. DOS SANTOS DA SILVA, FCM-UNICAMP

Prof^(a). Dr^(a). HELAINE MARIA BESTETI PIRES M MILANEZ (orientadora), FCM-UNICAMP

INTRODUÇÃO:

O Espectro da Placenta Acreta (EPA) compreende uma variedade de distúrbios aberrantes da implantação placentária com retenção completa ou parcial da placenta durante o parto. Tradicionalmente dividia-se em placenta acreta, increta e percreta. Entretanto, em 2019, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) publicou uma nova classificação para diagnóstico de distúrbio do Espectro da Placenta Acreta, a qual buscou reunir critérios clínicos padronizados para o diagnóstico diferencial entre placenta aderente e invasivas, levando em conta critérios clínicos e histológicos, sendo este dividido em graus variando do grau 1 (placenta anormalmente aderente) ao grau 3c em que há invasão de órgãos pélvicos ¹.

Os fatores de risco relacionados à placentação anormal incluem: múltiplas cesáreas anteriores e placenta prévia como principais, sendo o aumento no risco relativo, respectivamente, de 8 e 51 vezes ².

O padrão-ouro de diagnóstico de placentação anormal é fornecido pelo estudo histopatológico intra ou pós-operatório. Pode ser suspeitado por imagem (US, RM), dosagem de marcadores de danos placentários ou durante o trabalho de parto ³.

O manejo da forma mais grave da inserção placentária anormal, o percretismo placentário, ainda continua controverso, com muitas condutas divergentes. Indica-se que o parto de pacientes estáveis com EPA deva ocorrer entre 34 semanas e 36 semanas. Pode-se decidir pelo tratamento conservador que consiste em deixar a placenta in situ, uma opção para alguns casos em que há o desejo de preservar a fertilidade, sendo, entretanto, um tratamento de exceção ⁴

METODOLOGIA:

Desenho do estudo: Estudo retrospectivo.

Tamanho da amostra: foram incluídas todas as gestantes portadoras de EPA atendidas no serviço no período entre 2017 e 2023, totalizando 23 casos estudados.

Critérios de inclusão: Mulheres com gestações complicadas com diagnóstico de EPA, que foram diagnosticadas através de Ecografia ou RM, acompanhadas no CAISM-UNICAMP, durante o período do estudo.

Critérios de exclusão: casos em que as informações necessárias não estiverem disponíveis na revisão dos prontuários dessas mulheres.

Variáveis: Idade materna, Escolaridade, Cor, Estado Civil, Antecedentes Obstétricos, Complicações na gestação; anestesia durante o parto; intercorrências durante a realização da cesárea, cateterização de ureteres e histerectomia; sangramento intra-parto, necessidade de ressecção de bexiga por invasão vesical, complicações imediatas, necessidade de transfusão de sangue e de reabordagem cirúrgica, complicações urinárias tardias e dados do RN ao nascimento (peso, estatura, Índice de Apgar, capurro, ocorrência de óbito fetal e outras complicações).

Coleta de Dados: levantamento dos prontuários clínicos do CAISM das Clínicas.

Análise Estatística: foi feita análise descritiva inicial. A prevalência dos fatores pesquisados foi avaliada a partir de frequências simples (n) e relativas (%).

Este projeto foi realizado em conjunto com a aluna Larissa de Lima Monte, que analisou a correlação diagnóstica entre achados radiológicos e anatomopatológicos de gestações com diagnósticos de Espectro da Placenta Acreta complicadas

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Relativo à identificação, observou-se a média de idade no parto entre as pacientes de 31,8 anos (variando de 26 a 40 anos). Sobre os antecedentes obstétricos, conforme já observado em literatura², 95,4% das pacientes apresentavam ao menos uma cesárea prévia. Dentre estas, 42,8% apresentaram 1 cesárea anterior, 19% apresentaram 2 cesáreas, e 33,3% passaram por 3 ou mais cesáreas. Além disso, 63,6% das pacientes apresentaram ao menos um aborto prévio.

Acerca das complicações na gestação, foi observado em 72,7% das pacientes associação de placenta prévia centro total com sinais de acretismo placentário. Outras comorbidades em maior frequência apresentadas pelas pacientes foram DMG em 27,2% e gestação gemelar em 9%.

Em 21 pacientes foi realizada cesárea+histerectomia em nosso serviço. Nestas foi realizada a intervenção com as equipes em conjunto: obstetrícia, urologia e vascular, o que contribui para redução de morbimortalidade⁵. Após a cesárea, seguiu-se com colocação de duplo J em primeiro tempo cirúrgico e embolização de artérias uterinas em segundo tempo. Por fim, foi realizado a histerectomia, em 80,9% optou-se pela realização total, sendo que nestas em 17,6% também foi necessário a ooforectomia (duas bilaterais e uma a esquerda) por processo aderencial e invasão placentária. Nos outros casos (19,1%), foi optado pela histerectomia subtotal.

Dentre as intercorrências durante o parto, observou-se: aderência da placenta em parede vesical em 22,7%, retirada de anexo por aderência placentária em 13,6% e cada um dos seguintes em uma frequência de 4,5%: visualização de candidíase vaginal durante a cesárea com necessidade de

realização de fluconazol intraparto, aderências em omento, parede abdominal e peritônio, retirada inadvertida de duplo J por estar conectado a SVD, endometriose extensa e lesão inadvertida de ureter.

No caso do estudo em que não foi realizada cirurgia, a paciente foi transferida ao hospital por suspeita de retenção placentária após perda gestacional com 22s6d de gemelares. Na origem, foi realizado parto vaginal, seguindo-se com óbito fetal, necessidade de realização de três curetagens e transfusão de 9 concentrados de hemácias. Em nosso serviço, foi realizada conduta conservadora com embolização de artérias uterinas, triagem infecciosa regular, com estabilidade dos achados em US após procedimento.

Relativo às complicações imediatas e mediatas nestas pacientes, foi observada em maior frequência trombose venosa profunda em 14,2%, o que pode estar relacionado com a realização de procedimento endovascular de rotina⁶. A segunda principal complicação foi a pré-eclâmpsia pós-parto em 9,5%, bem como elevação de níveis pressóricos, mas com protocolo de pré-eclâmpsia negativo e hematúria com resolução após 48 horas.

Outras complicações observadas com uma frequência de 4,5% cada, foram as seguintes: atelectasia, dor intensa em região glútea com uso de bloqueio anestésico para resolução, necessidade de uso de DVA para manutenção de estabilidade hemodinâmica, deiscência de ferida operatória, infecção do trato urinário, íleo paralítico, febre de foco indeterminado (resolvida após introdução de gentamicina+clindamicina), cefaleia pós raquianestesia e infecção de ferida operatória.

Sobre a necessidade de transfusão sanguínea, esta ocorreu em 31,8% dos casos. Destes, em 42,8% a transfusão ocorreu intraparto e nos outros casos no pós-operatório imediato. Quanto à quantidade de concentrado de hemácias, em 42,8% casos foi necessário apenas 1 CH, enquanto nos outros foram necessários 3 concentrados ou mais. Em 28,5% dos casos ocorreu também a reposição de PFC em conjunto.

Relativo às complicações tardias, observou-se retenção placentária, sepse de foco urinário (paciente ainda em uso de duplo J), obstrução uretral seguida de hidronefrose, queixa de polaciúria, disúria e dispaúria, ITU, hematoquezia, infecção de FO, bacteriúria assintomático, exérese de granuloma vaginal em fundo de saco de cerca de 1cm após 9 meses, ITU de repetição, abdome agudo obstrutivo por bridas após 6m. Em nenhum dos casos foi necessária reabordagem cirúrgica.

Por fim, relativo aos recém-nascidos, observou-se prematuridade em 72,7% dos casos. Em 9% dos casos houve óbito fetal, sendo que em um deles o óbito ocorreu após parto vaginal com 22s6d de gemelar em serviço externo e no outro houve interrupção legal da gestação por má-formação fetal (body wall).

CONCLUSÕES:

Através do presente estudo, pode-se concluir que o principal fator associado ao desenvolvimento de percretismo placentário é a manipulação uterina prévia, notadamente cirurgias cesarianas. A principal complicação imediata observada foram eventos tromboembólicos, o que pode relacionar-se a embolização de rotina de artérias uterinas realizada no serviço. A baixa morbimortalidade materna e

fetal decorre da presença de equipe experiente, multidisciplinar e protocolos bem-estruturados. Por fim são necessários mais estudos e com maiores amostras acerca da condução expectante, bem como das condutas mais invasivas.

BIBLIOGRAFIA

1. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR. Placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(6):B2–b16.
2. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1458–1461.
3. Mahalingam HV, Rangasami R, Premkumar J, Chandrasekar A. Placenta accreta scoring system (PASS)—assessment of a simplified clinico-radiological scoring system for antenatal diagnosis of placenta accreta. *Egypt J Radiol Nuclear Med.* 2021;52(1):42.
4. Silver R., Barbour K., et al. Placenta Accreta Spectrum: Accreta, Increta and Percreta. *Obstet Gynecol Clin N Am* 42 (2015) 381-402
5. Society of Gynecologic Oncology, American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal–Fetal Medicine, A.G. Cahill, et al. Placenta Accreta Spectrum. *Am J Obstet Gynecol*, 219 (6) (2018), pp. B2-B16
6. Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*, 197 (4) (2007), pp. 402 e401-405