

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SORAIA ZANON SALIM FRIZERA

**ACRETISMO PLACENTÁRIO – A IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO
PRECOCE**

VITÓRIA, ES

2020

SORAIA ZANON SALIM FRIZERA

**ACRETISMO PLACENTÁRIO – A IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO
PRECOCE**

“Trabalho apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo, como sendo um requisito parcial para que se possa obter o título de Ginecologia e Obstetrícia”

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Salles Marques dos Santos

VITÓRIA/ES

2020

RESUMO

O acretismo placentário (AP) é uma patologia obstétrica com alta morbimortalidade materno-fetal (9,5%), que ocorre em 1: 2500 nascimentos, com incidência de 0,9%. É definida como a inserção anormal da placenta na parede uterina e até mesmo fora desta, secundária a um defeito da decídua basal, que permite que as vilosidades coriônicas invadam o miométrio. De acordo com a profundidade, divide-se em: Acreta (se houver comprometimento da camada superficial), Increta (se invadir o miométrio) e Percreta (se invadir a serosa, afetando os tecidos adjacentes). Portanto, tem sido descrito que o manejo da placenta acreta pode ser acompanhado, até 13%, por lesões no trato urinário, intestino ou ruptura uterina. O objetivo deste estudo é apresentar um caso de acretismo placentário e descrever os principais conceitos desta patologia, nem tão comum e potencialmente grave.

Palavras-chave: acretismo placentário, estudo de caso, principais conceitos

ABSTRACT

Placental accretism (BP) is an obstetric pathology with high maternal-fetal morbidity and mortality (9.5%), which occurs in 1: 2500 births, with an incidence of 0.9%. It is defined as the abnormal insertion of the placenta secondary to a defect of the basal decidua, which allows the chorionic villi to invade the myometrium. According to the depth, it is divided into: accreta if there is compromise of the superficial layer, increase if it invades the myometrium and percretes if it invades the serosa, affecting the adjacent tissues. Therefore, it has been described that the management of the placenta accreta can be accompanied, up to 13%, by lesions in the urinary tract, intestine or uterine rupture. The aim of this study is to present a case of placental accreta, to describe the main concepts of this pathology, not so common and potentially serious.

Keyword: placental accretism, case study, main concepts

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

AP – Acretismo placentário

PP – Placenta prévia

FIV – Fertilização *in vitro*

RM – Ressonância Magnética

US – Ultrassonografia

IG – Idade gestacional

CTI – Centro de tratamento intensivo

BP - Placental accretism

PC – Parto cesárea

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1 - útero e placenta	10
Figura 2 - cavidade uterina	10
Figura 3 - US de 2º trimestre	12
Figura 4 - Ressonância magnética fetal (arquivo pessoal)	13
Figura 5 - Ressonância magnética fetal (arquivo pessoal)	13
Figura 6 - Esquema da circulação placentária	20
Figura 7 - US evidenciando placenta prévia	20
Figura 8 - Ressonância Magnética evidenciando Acretismo	25

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1- DO ESTUDO DE CASO	8
2- DO CONCEITO	13
3- DOS FATORES DE RISCO	16
4- DIAGNÓSTICO	18
3.1- INTRAPARTO	18
3.2- ANTEPARTO	18
5- DAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO	19
4.1- ULTRASSONOGRRAFIA	22
4.2- ECOGRAFIA DOPPLER COLORIDO	23
4.3- MARCADORES BIOQUÍMICOS	25
6- DO PRÉ-PARTO	25
7- DO PARTO	27
8- DO INTRA-OPERATÓRIO	28
9- DO PÓS-OPERATÓRIO	30
10- DA PRESERVAÇÃO UTERINA E GERENCIAMENTO EXPECTANTE	31
10.1- DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CONSERVADOR	34
10.2- DO ACOMPANHAMENTO APÓS O TRATAMENTO CONSERVADOR	35
11- DISCUSSÃO	35
12- METODOLOGIA	37
13- CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
14- REFERÊNCIAS	39

INTRODUÇÃO

O acretismo placentário (AP) é uma patologia obstétrica com alta morbimortalidade materno-fetal (9,5%), que ocorre em 1: 2500 nascimentos, com incidência de 0,9%. É definida como a inserção anormal da placenta secundária a um defeito da decídua basal, que permite que as vilosidades coriônicas invadam o miométrio. De acordo com a profundidade, divide-se em: Acreta (se houver comprometimento da camada superficial), Increta (se invadir o miométrio) e Percreta (se invadir a serosa, afetando os tecidos adjacentes). Portanto, tem sido descrito que o manejo da placenta acreta pode ser acompanhado, até 13%, por lesões no trato urinário, intestino ou ruptura uterina (Santana S C, et. al. 2010).

Entre os fatores de risco estão: histórico de cesariana anterior (quanto maior o número de cesarianas, maior o risco), placenta prévia (PP), fertilização in vitro (FIV), idade materna acima de 35 anos, tabagismo e cirurgias uterinas anteriores. O diagnóstico é confirmado pela ausência da dequitação placentária após o nascimento do feto, com presença de vilosidades placentárias invadindo o miométrio. A análise histopatológica pode confirmar o diagnóstico em casos que evoluam para histerectomia. No entanto, em alguns casos, a hemorragia pode ser controlada sem histerectomia, ficando a análise patológica indisponível. Um diagnóstico pré-natal precoce e preciso permite avaliar as diferentes alternativas terapêuticas, a fim de reduzir a morbimortalidade associada (Santana S C, et. al. 2010).

Os exames de imagem são importantes na avaliação pré-natal de pacientes com fatores de risco e fornecem aos médicos informações relevantes sobre extensão e tratamento. Atualmente, em pacientes com suspeita de Acretismo Placentário, recomenda-se a realização de ressonância magnética (RM) da pelve nos casos em que o ultrassom é inconclusivo ou a avaliação placentária é limitada.

Como a incidência de Acretismo Placentário tem aumentado, o desafio dos médicos é identificar pacientes com fatores de risco, realizar uma avaliação pré-natal precoce e determinar o manejo adequado, a fim de reduzir as taxas de morbimortalidade materno-fetal associadas.

Dessa forma, o uso de imagens de diagnóstico não invasivas pode ser um pilar fundamental na abordagem. O objetivo deste estudo é apresentar um caso de Acretismo Placentário, descrever os principais conceitos desta patologia nem tão comum e potencialmente grave.

1- DO ESTUDO DE CASO

- IDENTIFICAÇÃO:

FMAR, 40 ANOS, residente em Serra/ES, casada, Pastora.

- HGO:

Menarca aos 13 anos.

G3P2 (PC)A0

- PC há 18 anos, 39 semanas, Peso: 3184g.

- PC há 14 anos, 38 semanas, Peso: 3315g.

- Ambas gestações espontâneas, sem intercorrências durante o pré natal e parto.

- HPP:

Nega comorbidades, alergia medicamentosa e vícios.

02 cesáreas prévias. Nega outras cirurgias.

- HF:

Mãe diabética. Nega outros históricos.

- HDA:

Paciente assintomática, comparece para dar início a pré-natal. Idade gestacional na primeira consulta de 17 semanas e 02 dias de gestação (calculada por primeira USG com 10 semanas e 02 dias). Gestação atual originada por Fertilização In Vitro.

Trouxe exames laboratoriais de 1º trimestre: sem alterações. Ultrassonografia obstétrica morfológica de 1º trimestre evidenciando Placenta de inserção baixa.

Com 21 semanas deu início a sangramento vaginal de pequena monta. Ao exame físico: BCF 136 bpm, movimentação fetal presente. Especular: colo sem lesões, sangue tipo borra de café em fundo de saco, sem sangramento ativo. Toque não realizado. Foi orientado repouso e uso de Progesterona 400mg/dia via vaginal.

Permaneceu durante todo o restante do Pré Natal com sangramento intermitente tipo borra de café, mantendo uso de progesterona e repouso.

Com 35 semanas foi realizada Ressonância Magnética para avaliação de Acretismo Placentário devido à presença de fatores como Placenta Prévia, cicatriz uterina, gestação por FIV.

Ressonância magnética confirmou diagnóstico de Placenta Prévia Total e sugeriu presença de acretismo placentário.

Foi indicada cesárea com 37 semanas de gestação. Feito reserva de 03 Concentrados de Hemáceas e de vaga de CTI. Solicitado urologista de sobreaviso.

Durante a cesárea, observado tecido placentário na serosa uterina ao abrir a cavidade abdominal. Realizada histerotomia segmentar, com extração transplacentária de feto cefálico. Feto vivo, feminino, chorou ao nascer, clampeado cordão precocemente para resolução do quadro materno. Placenta apresentava-se completamente aderida ao útero, iniciada então histerectomia, com ligamento de artérias uterinas em primeiro momento, para conter o sangramento.

Houve importante perda sanguínea, com evolução rápida para choque hipovolêmico (Hb intra operatório: 5,7). Paciente foi entubada, recebeu 05 concentrados de hemácias no intra-operatório, além de 02 concentrados de plasma. Feita a histerectomia e foi necessário solicitar a presença de urologista para resolução de lesão de bexiga. Foi observado tecido placentário também na bexiga, ressecado. introduzido cateter duplo J à direita e posterior reimplante ureteral. À revisão final de hemostasia, ovário esquerdo apresentava sangramento importante, não solucionado com rafia, sendo optado então por sua retirada. Todas as peças foram enviadas à patologia para análise.

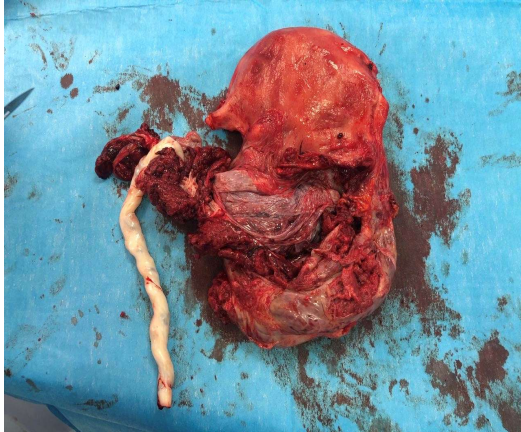


Figura 1 – útero e placenta após histerectomia (arquivo pessoal).

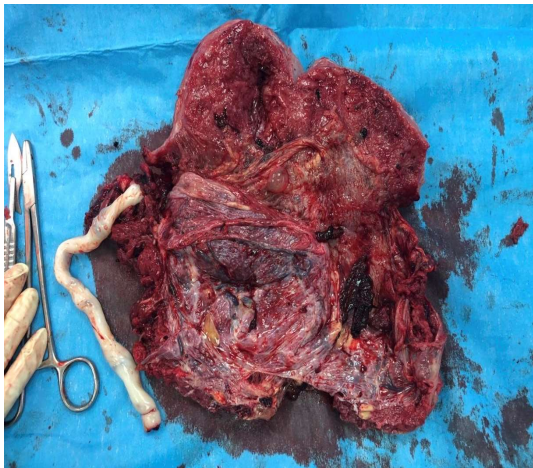


Figura 2 – útero com cavidade aberta, mostrando tecido placentário entremeado a tecido uterino (arquivo pessoal).

Paciente foi encaminhada para o CTI no pós operatório imediato, entubada, em uso de droga vasoativa, porém estável.

Exames ao chegar no CTI: Hemácias 2,68; Hb 7,6; Hematócrito 22,2%; Leucócitos 18800 com 4% de bastões; Plaquetas 111000; bilirrubina total 1,69 (BD 0,72; BI 0,97); Creatinina 0,42; Gasometria arterial: Ph 7,392; PCO2 29,9; Po2 240,3; Na 138,2; K 138,2; Ca 1,1; lactato ,0; Mg 1,1; PCR 5,7 ureia 17,3; TAP 60,5%;

No 1º pós operatório já havia sido extubada e encontrava-se em VNI com máscara de O2. Não houve necessidade de novas hemotransfusões. Permaneceu por

03 dias no CTI, recebendo alta para a enfermaria já com importante melhora clínica e laboratorial.

Recebeu alta médica no 6º dia pós-parto, permanecendo com sonda vesical de demora, que seria retirada em 14 dias, conforme orientação do urologista.

Último hemograma antes da alta médica: Hemácias 2,89; Hb 8,0; Hematócrito 23,4%; Leuco 11400 com 3% de bastões; Plaquetas 110000.

Laudo anatomopatológico das peças cirúrgicas confirmou tratar-se de placenta percreta (placenta com invasão até bexiga), com implantação placentária em colo uterino.

- EXAMES DE IMAGEM:

USG obstétrica de 1º trimestre (30/07/18): feto único, cefálico; BCF 168 bpm; biometria fetal de 10 semanas e 02 dias. Placenta anterior grau 0. ILA normal.

USG obstétrica morfológica de 1º trimestre (14/08/18): útero em AVF, miométrio heterogêneo às custas de 02 miomas, sendo 01 subseroso fúndico de 13mm e outro intramural corporal posterior medindo 23mm. Endométrio contendo saco gestacional de inserção fúndica, com presença em seu interior de feto vivo, BCF 153 bpm. Biometria pelo CCN 12 semanas e 05 dias. TN 1,2 mm. Osso nasal Presente. Placenta de inserção baixa. Colo uterino fechado, com 27 mm de comprimento.

USG obstétrica 2º trimestre (04/09/18): feto cefálico, com BCF 144 bpm; Placenta prévia total, grau 0; ILA normal. Peso 141 g. Biometria 15 semanas e 06 dias. Miomas corporal posterior medindo 17 mm, 8 mm e 20 mm de diâmetro.

USG obstétrica Morfológica de 2º trimestre (17/10/18): feto em apresentação pélvica, com BCF 138 bpm; Biometria fetal de 22 semanas; Peso 472g; Morfológico fetal normal. Placenta de inserção baixa, grau 0 de maturidade. ILA normal.

USG obstétrica de urgência após sangramento vaginal (19/10/19): feto pélvico, com BCF 162 bpm; Placenta anterior prévia parcial, grau 0. ILA normal. Peso 524g; Biometria fetal 22 semanas e 01 dia.

USG obstétrica realizada após novo episódio de sangramento vaginal importante (24/10/18): feto cefálico, com BCF 135 bpm; Biometria fetal de 22 semanas e 01 dia. Peso 473g; Placenta corporal anterior, grau 0 de maturidade, porém sua borda distal encontra-se sobre o óstio interno do canal cervical (placenta prévia marginal). ILA normal. Colo uterino fechado, medindo 3,5 cm.

USG obstétrica (19/11/18): feto cefálico, com BCF 127 bpm; Placenta anterior prévia parcial, grau 1 de maturidade; Biometria fetal de 26 semanas e 05 dias; ILA normal. Peso 973g.

USG obstétrica (11/12/18): feto cefálico; BCF 135 bpm; Biometria fetal 29 semanas e 03 dias; Peso 1418g; Placenta prévia total. ILA normal. Doppler normal.

USG obstétrica (18/01/19): feto cefálico; BCF 136 bpm; ILA normal; Placenta prévia total, com textura heterogênea. Biometria fetal 36 semanas. Doppler normal.



Figura 3: Ultrassonografia obstétrica de 2º trimestre (arquivo pessoal)

Ressonância Magnética fetal (30/01/19): Placenta homogênea, corporal anterior, prévia, recobrimo completamente o orifício interno do colo uterino, demonstrando importante afilamento com perda do sinal miometrial no seu aspecto ântero-lateral direito, achado este que favorece possível acretismo placentário, porém não sendo específico. Importante ureterohidronefrose bilateral, sobretudo à direita, com tortuosidade ureteral.

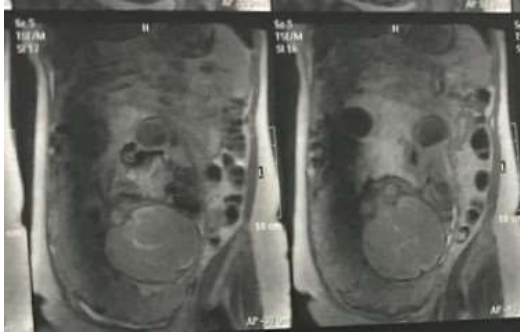


Figura 4: Ressonância Magnética fetal (arquivo pessoal).



Figura 5: Ressonância Magnética Fetal (arquivo pessoal).

2- DO CONCEITO

A placenta prévia é uma complicação obstétrica na qual a placenta é inserida parcial ou totalmente no segmento uterino inferior, recobrando o orifício interno do colo do útero, e é uma das principais causas de hemorragia pré-parto. Pode ser classificada como prévia total (recobre todo o orifício interno do colo), parcial (recobre parte do orifício interno) ou marginal (recobre a margem do orifício interno do colo). A incidência de placenta prévia total compreende até 5,6% das gestações (Feng, Y. et. al. 2018).

A placenta acreta, ou acretismo placentário, é uma condição patológica na qual o trofoblasto placentário invade além do endométrio devido a um defeito na decídua basal (Resnik, R. et. al. 2019).

O espectro de placenta acreta (acreta, increta, percreta) é caracterizado pela falha na decídua, que permita o contato direto do tecido das vilosidades coriônicas ao miométrio subjacente. Isso leva à invasão excessiva, placenta aderente e sangramento. Os distúrbios da inserção placentária são classificados de acordo com a profundidade da penetração miometrial. Na Placenta Acreta, vilosidades são incorporadas no miométrio na ausência de decídua; na Placenta Increta, vilosidades incorporam-se mais profundamente no miométrio, enquanto na Placenta Percreta, as vilosidades penetram através da serosa uterina, podendo atingir outros órgãos. Se a patologia resulta da falta de decídua ou da invasão excessiva do trofoblasto é controverso (Tantbirojn P, et. al. 2008).

Estima-se que a forma mais comumente encontrada seja a Placenta acreta (63%), seguida da Placenta Percreta (22%) e placenta Increta em torno de 15% (Resnik, R. et. al. 2019).

A principal morbidade associada a essa placentação anormal decorre principalmente de uma perda significativa de sangue que ocorre no momento do parto, exigindo maior permanência hospitalar materna e transfusão de sangue.

Além disso, acredita-se que gestações complicadas pela placenta acreta estejam associadas ao aumento da incidência de lesão de bexiga, lesão ureteral, embolia pulmonar, necessidade de uso de ventilação mecânica, reabordagem cirúrgica e admissão na unidade de terapia intensiva (UTI).

Os fatores de risco para placenta acreta incluem parto cesáreo prévio, instrumentação uterina e cicatriz uterina prévia, os quais podem estar associados a danos ou ausência da decídua basal. Outros fatores importantes são placenta prévia, Fertilização in Vitro, tabagismo, idade materna acima de 35 anos, grande multiparidade e aborto recorrente, que serão explorados em tópico subsequente (Santana S C, et. al. 2010).

Dado o aumento contínuo das cesáreas em todo o mundo, a relação entre cirurgia uterina prévia e o risco de placenta prévia e acreta está ganhando importância. Observou-se que uma cesárea anterior duplica o risco de placenta prévia em uma gravidez subsequente, e essas mulheres estão particularmente em risco de desenvolverem placenta acreta (Silver R M, et. al. 2006).

A adesão anormal da placenta impede a separação normal da placenta no momento do parto, resultando em hemorragia uterina com risco de vida ou em retenção de produtos da concepção. Dada a morbidade significativa associada a esse diagnóstico, a capacidade de diagnosticar com precisão a placenta acreta é essencial, pois permite que o paciente e o obstetra estejam preparados para possíveis complicações do parto e prossigam com o pré-natal para minimizar as complicações durante e após o parto.

Como a ultrassonografia (US) é relativamente barata e amplamente disponível, continua sendo a principal ferramenta de diagnóstico para placentação anormal, juntamente com os exames de rastreamento fetal. No entanto, os achados ultrassonográficos podem não diferenciar de maneira confiável os graus de invasão miometrial (Wong H S et. al. 2008).

A ressonância magnética (RM) apresenta custo significativamente maior do que a ultrassonografia, e requer experiência e conhecimento na avaliação de invasão placentária anormal. Embora a maioria dos estudos tenha sugerido precisão diagnóstica comparável entre RM e US para identificação do acretismo, a RM é importante quando há achados ambíguos na ultrassonografia, ou suspeita de placenta acreta na parede posterior do útero, com ou sem placenta prévia. Uma série prospectiva de 300 casos publicados em 2005 mostrou que a RM foi capaz de delinear a anatomia da invasão e relacioná-la com o sistema vascular anastomótico regional. Alguns pesquisadores têm defendido o uso de agentes de contraste à base de gadolínio para melhorar a especificidade da RM no diagnóstico da placenta acreta, definindo melhor a superfície placentária externa e o miométrio e distinguindo a placenta acreta da percreta (Derman A Y, et. al. 2011).

Embora não tenham sido convincentemente demonstrados efeitos prejudiciais dos agentes de contraste à base de gadolínio no feto humano, esses agentes atravessam a placenta. O documento de orientação do American College of Radiology para prática segura de ressonância magnética recomenda que o gadolínio intravenoso seja evitado durante a gravidez e deve ser usado apenas se for absolutamente essencial (Kanal E, et. al. 2007).

3- DOS FATORES DE RISCO

Vários fatores de risco estão associados à placenta prévia e ao acretismo placentário. Dentre os fatores individuais, destacam-se (Miller D A, et. al. 1997):

- Idade materna avançada: causaria dano progressivo ao endométrio, com conseqüente desenvolvimento inadequado da perfusão decidual ou útero-placentária, causando placenta prévia e acretismo

- Multiparidade: a deficiência da camada decídua, causada por trauma do endométrio na cesariana, na extração de restos placentários retidos ou mesmo em curetagens uterinas, resultaria no implante anormal da placenta. Partos e dequitações sucessivos, talvez comprometam o mecanismo regenerativo do endométrio ou simplesmente aumentem a possibilidade de exposição a fatores predisponentes à acumulação (trauma, infecção).

- Uso de drogas ilícitas e tabagismo.

Dentre os fatores placentários, estão incluídos: placenta prévia anterior, endometrite e curetagem prévia.

E, entre os uterinos:

- sinéquias;
- adenomiose; Miomas;
- pequeno intervalo interpartal;
- cesariana anterior e número de cesarianas anteriores.

A presença de cicatrizes uterinas no segmento inferior atrairia de alguma forma o baixo implante da placenta. Provavelmente em cesarianas repetitivas, com inúmeras cicatrizes, o endométrio do segmento inferior, naturalmente fino, teria maior dificuldade em passar pelo processo de decidualização, favorecendo o acretismo (Silver R M, et. al. 2006).

Ananth, Smulian e Vintzielos publicaram uma meta-análise com 15 estudos e confirmaram a associação de cicatrizes uterinas de cesarianas anteriores, com aumento da incidência de placenta prévia (Santana D S N, et. al. 2010).

Em revisões sistemáticas, a prevalência combinada de placenta prévia é de aproximadamente 4 por 1.000 nascimentos, mas varia em todo o mundo. A prevalência é várias vezes maior em torno de 20 semanas de gestação (até 2%) do que no nascimento, porque a maioria dos casos identificados no início da gravidez se resolve antes do parto (Cressell J A, et. al. 2013).

No entanto, cesarianas sucessivas são mais frequentemente associadas à placenta prévia do que ao acretismo. Para confirmar esta afirmação, são necessários estudos epidemiológicos multicêntricos. É provável que haja múltiplas variáveis maternas e / ou placentárias envolvidas, interagindo entre si e predispondo ao acúmulo na placenta prévia (Silver R M, et. al. 2006).

A incidência de placenta prévia varia de acordo com a população estudada, com os critérios e recursos diagnósticos, com a definição utilizada e os critérios de classificação. No Brasil, as taxas são superiores, provavelmente devido ao maior número de partos operatórios (Santana D S N, et. al. 2010).

A incidência de placenta prévia em pacientes com cesárea prévia varia entre 0,8 e 2% (Kayem G, et. al. 2014).

A prevalência de placenta prévia foi 40% maior entre nascimentos de gêmeos do que entre nascidos únicos (3,9 e 2,8 por 1.000 nascimentos, respectivamente) em um estudo (Ananth C V, et. al. 2003).

O acretismo parece ser mais frequente no centro-total. A prevalência de acretismo aumentou significativamente nos últimos 50 anos, com citações ocorrendo em 1: 540 a 1: 93000 nascimentos. Esse fato está relacionado ao aumento do número de cesarianas, multiparidade, miomectomias, endometrite ou curetagem prévia e embolização de miomas (Santana D S N, et. al. 2010).

4- DIAGNÓSTICO

3.1- INTRAPARTO

O diagnóstico clássico de placenta acreta era geralmente realizado no momento do parto, uma vez que não ocorre a expulsão espontânea da placenta e ao tentar dequitá-la manualmente, há a impossibilidade de extração ou apenas a extração parcial pode ser realizada, desencadeando em hemorragia uterina (Palacios-Jaraquemada J M, et. al. 2008).

O diagnóstico intraparto é feito com base em um ou mais dos seguintes critérios clínicos (Hayes E, et. al. 2011):

- Ausência do plano de clivagem entre a placenta e o miométrio.
- Impossibilidade de uma remoção manual completa da placenta, sendo evidente a retenção da mesma totalmente, ou parcialmente.
- Sangramento maior no local de inserção da placenta após uma extração forçada.
- Ausência de decídua ou presença de fibras musculares em contato com as vilosidades placentárias.

3.2- ANTEPARTO

Um fator chave no manejo da placenta acreta é seu diagnóstico precoce, com base na identificação da presença de fatores de risco pré-natais. Devido à morbidade associada à essa patologia, o diagnóstico pré-parto precoce nos permitirá estar preparados para a possível ocorrência de complicações intraparto, evitando o diagnóstico intraoperatório.

Para sua detecção pré-parto, temos exames de imagem como ultrassom (para ser usado como teste primário) e ressonância magnética (RM). Ambas as técnicas atualmente nos permitem ter critérios de suspeita para essa patologia, embora ainda

não exista teste de imagem que ofereça segurança completa no diagnóstico (Warshak CR, et. al. 2006).

Quanto ao tempo para o diagnóstico, a partir do ultrassom na 20ª semana, quando é diagnosticada a presença de placenta prévia em uma mulher grávida que possui cesariana anterior ou sinais ultrassonográficos com suspeita de placenta acreta, recomenda-se acompanhamento com uma revisão por ultrassom a cada 3-4 semanas para avaliar a localização placentária, profundidade de invasão e crescimento fetal. Um estudo de imagem na 32ª-34ª semana, deve nos permitir um diagnóstico mais preciso, para possibilitar um planejamento cuidadoso que inclua acompanhamento ultrassonográfico da placenta, conselhos sobre o parto e seu planejamento (Comstock C H, et. al. 2004).

5- DAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO

A familiaridade com a anatomia placentária normal é fundamental para a compreensão dos achados de imagem na placenta acreta. A placenta pode ser dividida em duas zonas: superfície fetal e superfície materna. A superfície fetal, ou placa coriônica, é onde o cordão umbilical se insere. Após a inserção do cordão, as artérias umbilicais e as veias cursam na superfície da placenta e rapidamente se dividem em artérias e veias coriônicas, que enviam seus ramos para a placenta de maneira perpendicular e formam a rede vascular das árvores vilosas (Derman A Y, et. al., 2011).

A superfície materna da placenta contém lóbulos ou cotilédones, que são compostos por bolsas de tecido placentário e são cercados por fendas e septos placentários que consistem em uma pequena quantidade de tecido conjuntivo. Cada cotilédone contém várias vilosidades placentárias.

A circulação feto-materna é facilitada pelo esvaziamento das artérias espirais maternas para os espaços intervillares e vasos vilosos fetais que se comunicam com esses espaços. O sangue é drenado para as veias maternas que correm paralelas à decídua. Essa rede venosa representa o que é chamado de "zona ecolucente

retroplacentária" observada no ultrassom da placenta e é um achado normal de placentas não invasivas. A perda dessa zona ecolucente na ultrassonografia pode ser indicativa de uma placenta acreta.

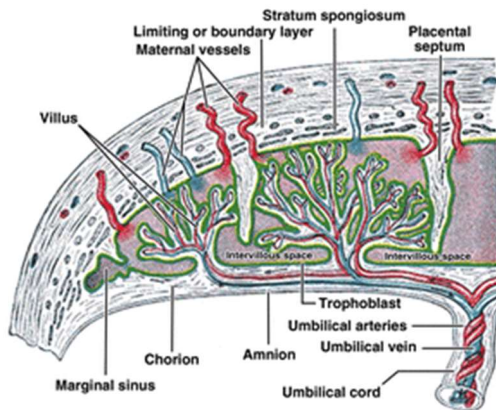


Figura 6 - Esquema da circulação placentária. O desenho mostra o estrato esponjoso com canais venosos. Na ultrassonografia, essa área corresponde à zona ecolucente retroplacentária (ver Figura 4). Esse é um achado normal e a perda da zona ecolucente retroplacentária pode ser indicativa de invasão da placenta no miométrio (Derman A Y, et. al. 2011).

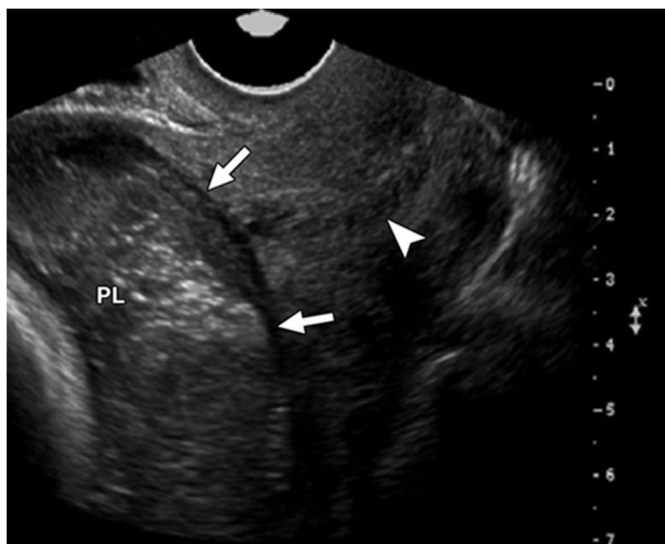


Figura 7 - Mulher de 28 anos com placenta prévia sem acretismo às 33 semanas de gestação. O ultrassom transvaginal mostra que a placenta (PL) está cobrindo completamente o orifício interno. O canal endometrial é mostrado na ponta

de seta. A zona miometrial retroplacentária (setas inteiras) é preservada (Derman A Y, et. al. 2011).

A US (ultrassonografia) é uma técnica estabelecida de escolha da avaliação e rastreamento da placenta com exames transabdominais e transvaginais para avaliar a invasão da placenta. A US é sempre a primeira modalidade de imagem usada para avaliar suspeita de placentação anormal. É amplamente disponível, amigável ao paciente e relativamente barato. No entanto, a US é dependente do operador e limitada pelo biotipo da paciente e pela placenta posterior. Embora a US continue sendo a principal modalidade na avaliação do implante placentário, nos últimos anos tem havido interesse no uso da ressonância magnética. A ressonância magnética mostrou-se benéfica em alguns casos quando os achados ultrassonográficos são ambíguos ou não diagnósticos (Wu S, et. al. 2005).

Masselli et al. confirmaram que a US pélvica usando Doppler colorido é altamente confiável para diagnosticar ou excluir a presença de distúrbios da invasão placentária e revelou que a RM é uma excelente ferramenta para estadiamento e avaliação topográfica desta invasão. Eles afirmaram que a RM e o US Doppler não mostraram diferença estatística na identificação de pacientes com placentação anormal, enquanto a RM foi estatisticamente melhor que o US Doppler na caracterização da topografia da invasão. A ressonância magnética mostrou precisão de 100% na avaliação da profundidade da infiltração placentária versus 75% na US. Outro estudo de Warshak et al., Comparando o desempenho da US e RM pós-contraste no diagnóstico e avaliação da implantação placentária, revelou que o ultrassom apresentava sensibilidade de 77% e especificidade de 96%, enquanto a ressonância magnética com gadolínio apresentava sensibilidade de 88 % e especificidade de 100% (Lopes E S, et. al. 2019)

No estudo de Warshak et al., os achados ultrassonográficos mais frequentes para placentação anormal foram: zona miometrial menor do que de 1 mm ou perda de sua visualização (94%), padrão de imagem Doppler colorido anormal na interface placenta-miométrio (88%) e lacunas placentárias com fluxo turbulento (82%). O primeiro achado foi visto com frequência em casos de placenta prévia sem placentação anormal. No entanto, os outros dois sinais foram significativamente

menos comuns em casos sem placentação anormal, tornando-o um achado diagnóstico mais importante, consistente com a literatura.

Já os sinais mais comuns de placentação anormal na RM foram protuberância uterina, intensidade de sinal heterogênea na placenta, bandas intraplacentárias hipointensas, interrupção focal do miométrio (Resnik R, et. al., 2019)

Lax et al. mostraram resultados semelhantes e descreveram a protuberância uterina como protuberância do contorno externo focal e perturbação da forma normal do útero. A intensidade do sinal heterogêneo marcado na placenta com aumento da vascularização está associada à invasão placentária e pode representar áreas de hemorragia na placenta ou nas lacunas.

A internação pós-parto na UTI, internação prolongada e histerectomia foram mais comuns nos casos de placenta prévia associada à placentação anormal. No entanto, eles foram estatisticamente insignificantes no presente estudo. Isso pode ser atribuído ao fato de que os planos de tratamento foram alterados devido ao diagnóstico preciso de placentação anormal, resultando em menos complicações e morbidade, o que é consistente com o estudo de Eller A G, et al (2009).

4.1- ULTRASSONOGRAFIA

O diagnóstico pré-natal de placenta acreta baseia-se principalmente nos achados ultrassonográficos obtidos tanto abdominal quanto vaginal. Através do ultrassom vaginal resulta em melhores imagens, principalmente nos casos de placenta anterior persistindo ao final da gestação.

O ultrassom transvaginal é o melhor método diagnóstico e os achados ultrassonográficos de suspeição de acretismo placentário são (Resnik R, et. al., 2019):

- Perda do espaço anecóico retroplacentário: é um dos achados ultrassonográficos mais frequentes, embora isoladamente não seja muito sensível e específico.
- Lacunas placentárias múltiplas - Vários espaços intraplacentários irregulares grandes (lacunas placentárias) no centro de um lóbulo ou cotilédone adjacente

ao miométrio envolvido substituem a homogeneidade placentária normal, que confere à placenta uma aparência "devorada por traça". Em uma metanálise, a sensibilidade das lacunas na identificação de placenta acreta, increta e percreta foi de aproximadamente 75, 89 e 76 por cento, respectivamente, e as especificidades foram de aproximadamente 97, 98 e 99 por cento, respectivamente. Uma placenta normal pode ter lacunas vasculares, tipicamente alguns espaços pequenos com formato regular e espessura miometrial subjacente normal.

- Afinação miometrial - O miométrio retroplacentário pode ser fino devido a uma cicatriz prévia da histerotomia ou devido à invasão placentária.
- Massa exofítica em direção à bexiga nos casos de placenta percreta.
- Vascularização anormal - Vasos que se estendem da placenta através do miométrio para a bexiga ou através da serosa em outros locais são um sinal claro de placenta percreta.
- Protuberância placentária - Uma porção do útero anexada à placenta anormalmente aderente pode entrar na bexiga devido à fraqueza do miométrio fino subjacente.

4.2- ECOGRAFIA DOPPLER COLORIDO

Embora tenha sensibilidade e especificidade variáveis, a aplicação do Doppler colorido pode adicionar outros sinais diagnósticos de placenta acreta que podem aumentar a capacidade de diagnóstico do ultrassom.

Os sinais descritos no Doppler colorido sugestivo de placenta acreta são (Resnik R, et. al., 2019):

- Fluxo sanguíneo lacunar turbulento;
- Fluxo intraparenquimatoso difuso ou focal;
- Hipervascularidade da interface serosa-bexiga;
- Complexo venoso subplacentário proeminente.

4.3- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Essa técnica é indicada nos casos em que o ultrassom é muito suspeito de placenta acreta, mas não é suficiente para confirmar o diagnóstico e ainda mais naquelas situações em que há suspeita de uma placenta percreta, precisamos de uma boa definição de extensão aos órgãos vizinhos para programar cirurgia.

O uso de meios de contraste como o gadolínio pode aumentar a capacidade diagnóstica, mas atravessa a placenta e seu efeito sobre o feto é desconhecido e deve ser relegado a situações em que o benefício esperado supera o risco (Marcos HB, et. al. 1997).

A ressonância magnética é especialmente útil nos casos em que a placenta está localizada na parede posterior, o ultrassom é inconclusivo ou persistem dúvidas sobre o envolvimento de outro órgão (Baughman WC, et. al. 2008).

Os achados na RM que sugerem a presença de acretismo placentário são os seguintes (Derman A Y, et. al. 2011):

- Imagem intra-placentária de baixa intensidade em T2, cujo volume corresponde com a invasão placentária.
- Intensidade de sinal heterogênea na placenta.
- Espessamento uterino devido ao efeito de massa placentária.
- Ruptura focal da parede miometrial.
- Desgaste miometrial, com largura <1 mm no local da implantação a placenta
- Invasão de tecido placentário fora do útero.

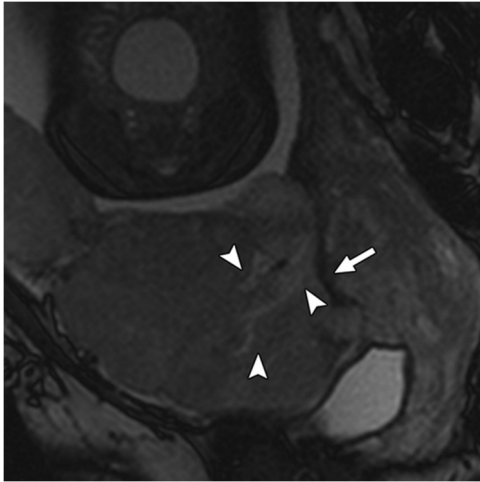


Figura 8 - Mulher com 31 semanas de gestação com placenta prévia e placenta percreta, com invasão da bexiga urinária. Corte sagital em T2 mostra bandas intraplacentárias de baixa intensidade (seta) e intensidade de sinal heterogênea (Derman, A Y, et. al. 2011).

4.3- MARCADORES BIOQUÍMICOS

Embora alguns estudos tenham sido publicados indicando uma elevação de diferentes marcadores bioquímicos em gestações com placenta acreta (creatinofosfoquinase, alfafetoproteína e HCG), nenhum deles foi avaliado prospectivamente para determinar sua utilidade no diagnóstico de acretismo placentário (Gielchinsky Y, et. al. 2002).

6- DO PRÉ-PARTO

Todos os pacientes com suspeita de Acretismo placentário devem ser orientados sobre o diagnóstico e possíveis sequelas durante todo o pré natal (por exemplo, hemorragia, transfusão de sangue, histerectomia por cesariana, internação em unidade de terapia intensiva materna). É aconselhável uma consulta com um especialista em medicina materno-fetal, e recomenda-se fortemente a transferência para um Centro de Excelência para placenta acreta (Silver RM, et. al. 2015).

Para pacientes com placenta prévia-acreta, o atendimento pré-natal segue as diretrizes típicas para o tratamento da placenta prévia (Rsnik R, et. al. 2019):

- Correção da anemia por deficiência de ferro, se presente.
- Corticosteróides pré-natais entre 23 e 34 semanas de gestação para gestações com risco aumentado de parto em sete dias (por exemplo, sangramento pré-parto).
- Imunoglobulina Anti-Rh se ocorrer sangramento vaginal e a paciente for negativo para RhD.
- Evitar exames pélvicos (toque vaginal) e atividades rigorosas (incluindo atividade sexual).
- Consideração de repouso no leito e / ou hospitalização no terceiro trimestre no cenário de sangramento vaginal, contrações ou residência a uma distância remota de um centro de excelência.

A preparação dos cuidados ao parto necessários para o tratamento da placenta acreta deve ser aplicada em todos os casos em que há placenta prévia ou se tem histórico de várias cesarianas ou quando há uma Placenta anterior em cicatriz de cesariana (Palacios-Jaraquemada JM, et. al., 2008).

Os cuidados adequados nesse tipo de paciente compreendem:

- Planejamento de intervenção por uma equipe multidisciplinar.
- Obstetra capacitado presente na intervenção.
- Anestesiologista especialista presente na intervenção.
- Banco de sangue disponível.
- Disponibilidade de unidade de terapia intensiva.
- Informações e consentimento para possíveis opções terapêuticas.
- A depender da suspeita de invasão em outros órgãos, pode se fazer necessária a presença de cirurgiões de outras especialidades, como urologia.

O trato geniturinário apresenta um risco substancial de lesão durante esses procedimentos. Lesões da bexiga e ureteral são relativamente comuns, especialmente

se a placenta invadir o paramétrio, tornando a identificação ureteral difícil. Para facilitar o cateter duplo J pode ser colocado via cistoscopia. Uma série institucional observou que a taxa de lesão ureteral foi reduzida de 7 para 0% em mulheres que foram colocados este cateter (Perez-Delboy A, et. al., 2013).

A gestante deve ser informada de que, se a invasão da parede uterina for confirmada, se tem um alto risco de exigir uma histerectomia e perder sua capacidade reprodutiva.

Se a paciente escolher um tratamento conservador com a intenção de preservar a fertilidade, deve ser informado dos riscos desse tratamento e dos critérios que tornam impossível sua realização.

7- DO PARTO

Embora vários procedimentos de diagnóstico com boa sensibilidade tenham sido expostos, confirmação do diagnóstico de acretismo placentário é geralmente realizada no momento do parto. Portanto, muitas vezes é um achado inesperado para quem não tem atenção no pré-parto, assim, devemos conhecer os diferentes procedimentos terapêuticos atualmente aceitos, dependendo das diferentes formas de apresentação do quadro clínico (Eller AG, et. al 2011).

Uma porcentagem substancial de pacientes desenvolve complicações, como ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro ou sangramento pré-parto, levando ao parto mais cedo do que o planejado (Resink R, et. al. 2019).

A idade gestacional ideal para o parto agendado é controversa e faltam dados de alta qualidade. Os riscos de nascimento prematuro devem ser pesados contra o risco de complicações.

Resink R, et. al. Aconselha o parto eletivo entre 34 + 0 e 35 + 6 semanas de gestação em pacientes estáveis (sem sangramento ou trabalho de parto prematuro), de acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas. Os corticosteróides pré-natais são administrados de acordo com as diretrizes padrão.

Em caso de suspeita de invasão profunda, Palacios-Jaraquemada aconselhou a realização da intervenção na 35ª semana. A decisão deve sempre ser tomada individualmente, levando em consideração as circunstâncias de cada paciente. Recentemente, uma análise de caso conduzida por Robinson e Grobman sugeriu que os resultados maternos e neonatais são ótimos quando a cesariana é realizada na 34ª semana.

8- DO INTRA-OPERATÓRIO

O tratamento definitivo para acretismo placentário é a histerectomia após cesariana, especialmente em mulheres que não têm mais desejos de filhos. Da mesma forma, nos casos em que ocorre uma hemorragia maciça, o tratamento conservador e a prática de uma histerectomia é indicada como possível devido aos riscos hemodinâmicos (Shellhaas, C. S, et. al. 2009).

Quanto à técnica cirúrgica, embora seja comum o uso da incisão de Pfannenstiel, a laparotomia mediana será aconselhável para melhorar a visualização do campo cirúrgico e acesso a partes do útero onde não está inserido a placenta, sendo necessário algumas vezes fazer a incisão no fundo uterino e, ou mesmo na face posterior. É aconselhável evitar lesões na placenta durante a entrada da cavidade uterina, afastando a incisão uterina do leito de inserção placentário. Essa atitude nos permitirá continuar com uma histerectomia ou com um tratamento conservador com menor sangramento. Este último é dificilmente possível se ocorrer sangramento placentário. A abertura do útero através da placenta é mais sangrenta, o que aumenta as chances de complicações e a necessidade de histerectomia (Robinson BK, et. al. 2010).

Após o nascimento do feto, apenas nos casos de suspeita de acretismo placentário e desejo de ter mais filhos, é aceitável esperar o desprendimento espontâneo da placenta ou o uso de manobras que o facilitam. Porém, se o diagnóstico for confirmado e uma histerectomia estiver planejada, é natural que se proceda a histerorrafia para reduzir o sangramento (Palacios-Jaraquemada JM, et. al. 2008).

Nos casos de suspeita pré-natal de placenta acreta, tentativa na remoção da placenta aumentou significativamente morbidade, tratando-se de 67 versus 36% (Eller A, et. al. 2009).

A remoção forçada da placenta está associada ao aumento da frequência de hemorragia maciça pós-parto, mais até do que histerectomia ou do tratamento conservador. Além disso, apresenta uma taxa mais alta de histerectomias periparto do que o tratamento conservador.

Devido à freqüente associação entre acretismo placentário e placenta prévia, nos casos em que é necessário realizar uma histerectomia, deve-se incluir o colo do útero, pois se for administrado de outra forma, existe um alto risco de sangramento pós-cirúrgico devido à vascularização colateral abundante.

Há casos em que o espectro da placenta acreta é inesperadamente reconhecido no momento da cesariana, antes da incisão uterina (ideal) ou após a abertura do útero, o feto é liberado e as tentativas de remover a placenta falham. Também é possível fazer o diagnóstico do espectro da placenta acreta após o parto vaginal. O nível e os recursos da resposta variarão dependendo dos recursos locais, do tempo e de outros fatores. É importante, no entanto, que todas as instalações que executam partos tenham considerado a possibilidade de um caso de espectro de placenta acreta e tenham planos para gerenciar ou estabilizar rapidamente pacientes em antecipação à transferência para uma unidade hospitalar com maior suporte (Timor-Tritsch IE, et. al. 2012).

Se houver suspeita de acretismo placentário com base na aparência uterina e não houver circunstâncias atenuantes que exijam parto imediato, o procedimento pode ser interrompido até que se assegure o suporte tanto de pessoal como de estrutura necessários para melhor desfecho das complicações. Além disso, a equipe de anestesia deve ser alertada e levada em consideração a anestesia geral, acesso intravenoso adicional deve ser obtido, hemocomponentes devem ser solicitados e Unidade de Terapia Intensiva deve ser comunicada. A paciência da equipe operacional principal é fundamental e eles não devem prosseguir até que as circunstâncias sejam otimizadas. Se a mobilização de tal equipe não for possível, é

apropriado considerar a estabilização e a transferência, assumindo a estabilidade materna e fetal.

A mobilização de recursos apropriados deve ocorrer simultaneamente à histerectomia em andamento, em conjunto com a equipe de enfermagem da sala de cirurgia e a equipe de anestesia. Se a paciente estiver estável após o parto e o centro hospitalar não puder realizar a histerectomia em condições ideais, a transferência deve ser considerada. Manobras de temporização, acondicionamento do abdome, infusão de ácido tranexâmico e transfusão de hemoderivados disponíveis localmente devem ser consideradas (Doumouchsis SK, et. al. 2010).

9- DO PÓS-OPERATÓRIO

Dada a cirurgia extensa, os pacientes com acretismo placentário requerem monitorização hemodinâmica intensiva no período pós-operatório precoce. Isso geralmente é melhor fornecido em uma unidade de terapia intensiva para garantir a estabilização hemodinâmica e hemorrágica. A comunicação estreita e frequente entre a equipe operatória e a equipe pós-operatória imediata é fortemente incentivada. Pacientes com acretismo placentário no pós-operatório correm risco particular de sangramento abdominopélvico contínuo, sobrecarga de fluidos por ressuscitação e outras complicações pós-operatórias, dada a natureza da cirurgia, o grau de perda de sangue, o potencial de danos a vários órgãos (Eller A, et. al. 2009).

A vigilância contínua de sangramentos é particularmente importante. Obstetras e outros profissionais de saúde devem ter um limiar baixo para reoperação em casos de suspeita de sangramento contínuo. As estratégias radiológicas intervencionistas dos vasos pélvicos podem ser úteis, mas nem todos os casos são passíveis de abordagem menos invasiva e seu uso deve ser considerado caso a caso. Vigilância clínica de complicações como insuficiência renal; insuficiência hepática; infecção; lesão ureteral, bexiga ou intestino não reconhecida; edema pulmonar (Shellhaas C S, et. al., 2009).

Apesar do diagnóstico pré-natal do espectro da placenta acreta e do amplo planejamento do parto, é possível que um paciente desenvolva complicações inesperadas que podem ou não estar relacionadas ao acretismo placentário e que requerem um parto não programado.

10-DA PRESERVAÇÃO UTERINA E GERENCIAMENTO EXPECTANTE

A consideração de abordagens conservadoras ou expectantes deve ser rara e considerada individualmente.

10.1 - Tratamento conservador mantendo a placenta na cavidade uterina:

Um estudo comparou uma estratégia extirpativa e um tratamento conservador realizado consecutivamente em dois períodos diferentes (Kayem G, et. al., 2014). Foi observado uma diminuição do risco hemorrágico e taxa de histerectomia no cuidado extirpativo, mas com um risco aumentado de infecção materna.

Essa gestão conservadora também foi descrita em numerosos "relatos de caso", que destacaram particularmente o risco de complicações hemorrágicas e infecciosas (Timmermans S, et. al., 2007). Duas outras séries francesas descrevem os casos de placenta acreta gerenciados por tratamento conservador. Bretelle et al. Obteve com o manejo em 26 mulheres, uma taxa de histerectomias em 19% (Bretelle F, et. al., 2006). Sentilhes et al. em um estudo nacional apresentou 167 casos de placenta acreta tratados de forma conservadora. A taxa de histerectomia foi de 22% e morbidade materna grave em 6%. A morte materna foi observada em um paciente com quadro de aplasia, nefrotoxicidade e choque séptico (peritonite) três meses após a injeção metotrexato no cordão umbilical. O esvaziamento uterino foi obtido espontaneamente em 75% dos casos após um tempo médio de 13,5 semanas (4-60 semanas). A ressecção histeroscópica e / ou curetagem tiveram que ser realizada para obter esvaziamento uterino em 25% dos casos com um tempo médio de 20 semanas (Sentilhes L, et. al., 2010).

Uma descrição do procedimento foi proposta (Sentilhes L, et. al., 2010):

- No caso de descoberta durante o parto, a revisão uterina não é forçada. A placenta aderente é deixada em parcial ou completamente, se o estado hemodinâmico for estável e não houver sinais clínicos de descompensação hemodinâmica ou infecção;
- Quando houver suspeita forte de placenta acreta antes do parto devido à existência de fatores de risco e de imagem em favor do diagnóstico, o manejo inclui as seguintes etapas: a posição da placenta é determinada com precisão por ultrassom. Uma cesariana é agendada com uma incisão mediana, se necessário. A abordagem uterina é feita através de uma incisão na linha média distante do leito placentário. Após a extração da criança, é feita uma tentativa cuidadosa de retirar a placenta, caso não seja possível, confirmará o diagnóstico. Nesse caso, o cordão umbilical é cortado rente à inserção placentária e a cavidade uterina é fechada. Na tentativa de reduzir o risco de infecção, antibioticoterapia pós-operatória (amoxicilina e ácido clavulânico) por dez dias profilaticamente pode ser administrado, em particular no caso de ruptura prematura das membranas;
- o acompanhamento subsequente dessas pacientes é então realizado semanalmente até a completa absorção de placenta. Inclui um exame clínico, um ultrassom pélvico e uma avaliação biológica em busca de uma infecção precoce (swab vaginal e PCR).

9.2 - Tratamento conservador com ressecção do leito placentário

Uma abordagem diferente ao tratamento conservador é o da ressecção do leito placentário. Prevenção de hemorragia é obtida suturando as artérias uterinas. Após a ressecção da placenta e da parede uterina adjacente, as bordas uterinas são suturadas usando pontos em U. Qualquer sangramento é controlado usando suturas uterinas compressivas transfixantes do tipo B-Lynch. Dos 68 casos de placenta percreta tratadas desta forma, 18 histerectomias foram necessárias. As complicações observadas nesta série foram duas lesões ureterais, complicações hemorrágicas e infecciosas (Tsitlakidis C, et. al., 2006).

9.3 - Tratamento adjuvante em caso de conduta conservadora

Além de deixar a placenta in situ, os pesquisadores usaram medidas adjuvantes para diminuir a perda de sangue, acelerar a reabsorção da placenta ou ambas. As técnicas incluem desvascularização uterina com colocação de balão na artéria uterina, embolização e administração de metotrexato após o parto (Eller A, et. al. 2009).

O uso de metotrexato no manejo expectante do acretismo placentário é defendido por alguns autores que afirmam que apressará a involução e reabsorção placentária. A plausibilidade biológica dessa premissa pode ser questionada porque o metotrexato tem como alvo células que se dividem rapidamente e a divisão das células placentárias do terceiro trimestre é limitada.

Além disso, o metotrexato tem potencial para toxicidade hematológica e nefrológica materna e é contra-indicado no aleitamento materno devido à morbidade neonatal. Em uma grande série de casos de tratamento expectante do acretismo placentário, houve um caso de morte materna, atribuída à toxicidade grave do metotrexato e subsequente choque séptico. Dado o benefício não comprovado e o possível dano, o metotrexato para acelerar a reabsorção placentária não é recomendado (Kayem G, et. al., 2014).

Da mesma forma, existem poucos estudos que descrevem o prognóstico da placenta acreta após embolização das artérias uterinas. O objetivo é evitar a ocorrência secundária de uma hemorragia, diminuir o risco de perda de sangue e acelerar a desintegração placentária por necrose. Entretanto, embolização arterial não é um gesto trivial e complicações foram descritas, em particular casos de necrose uterina, isquemia do plexo lombar, hemoperitônio por dissecação da artéria epigástrica e isquemia dos membros inferiores de origem embólica (Kayem G, et. al., 2014).

9.4 - Tratamento da placenta acreta diagnosticada no parto

Em muitos casos, o diagnóstico é feito no momento do parto, através da tentativa em vão de desprendimento da placenta devido à ausência de um plano de clivagem entre o útero e a placenta. Caso a paciente esteja estável hemodinamicamente pode ser tentada conduta conservadora ou cesariana-histerectomia de acordo com o contexto obstétrico e materno. Nos casos de hemorragia pós parto grave, os agentes uterotônicos não serão suficientes para conter o sangramento.

Embolização das artérias uterinas ou ligadura de artérias hipogástricas podem ser usadas (Sentilhes L, et. al., 2009); outras técnicas descritas são a realização de ligadura de artérias uterinas, a implementação de um balão intra-uterino para proporcionar compressão, ou até mesmo a compressão aórtica (Komulainen M H, et. al., 1995).

Finalmente, o fracasso dessas medidas levará à histerectomia. Isso não deve ser adiado para não aumentar o risco de complicações maternas.

É digno de nota que essas abordagens conservadoras foram relatadas apenas em um pequeno número de casos e não está claro que todos os pacientes incluídos realmente tinham acretismo placentário. Conseqüentemente, a eficácia permanece incerta.

10.1- DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CONSERVADOR

As complicações mais importantes associadas ao tratamento conservador são as de sangramento que requer histerectomia e sepse, atingindo morbidade materna em torno de 6%.

Em 2011, Steins Bisschop et al. realizou uma revisão sistemática dos resultados de técnicas conservadoras, todas elas com conservação do útero e que incluíam: tratamento expectante, embolização da artéria uterina, tratamento com metotrexato e cirurgia conservadora uterina (suturas hemostáticas, ligadura arterial, tamponamento uterino). De seus resultados, deve-se notar que houve uma taxa de mortalidade materna de 0,3-4% e foi necessário realizar uma histerectomia tardia em

31% das mulheres. A menstruação reapareceu em 62-90% dos casos e ocorreu uma nova gravidez em 15-73% das pacientes.

A conclusão dos autores é que tratamentos conservadores podem ser eficazes no tratamento da placenta acreta, sem demonstrar a superioridade de nenhum deles.

10.2- DO ACOMPANHAMENTO APÓS O TRATAMENTO CONSERVADOR

Embora não exista consenso na literatura, em geral é recomendado o uso de uterotônicos e antibióticos profiláticos.

O procedimento de escolha para controlar a reabsorção da placenta é o ultrassom. No entanto, a maioria dos autores continua a usar o monitoramento semanal do β -HCG, embora seus níveis não tenham boa correlação com a involução placentária. Deverá ser seguido por 6 meses. É importante, durante o acompanhamento, não tentar a extração mesmo se houver parte da placenta, porque pode causar falhas na técnica, desencadeando a hemorragia (Mayonda, Y et. al. 1999).

11-DISCUSSÃO

A ressonância magnética tem sido utilizada para o diagnóstico de placenta acreta e percreta desde 1982. No entanto, e apesar de seu uso em casos semelhantes, existem poucos estudos que indicam sua utilidade nos diagnósticos diferenciais antes do nascimento (Anna Y. Derman et. al., 2011).

Em 1997, o gadolínio foi utilizado pela primeira vez como um método para contrastar a placenta; sua alta vascularização proporciona um rápido contraste após a injeção inicial de gadolínio. O miométrio leva mais alguns segundos para contrastar. Portanto, a diferenciação entre os dois tecidos é muito visível 45 e 90 segundos após a injeção de contraste.

Uma vez que a segurança do estudo com ressonância magnética e gadolínio não tenha sido perfeitamente estabelecida, a experiência acumulada em seres humanos até o momento não mostrou efeitos adversos. Assim, todos os pacientes são devidamente informados na RM e sobre uso de gadolínio. Eles fornecem em todos os casos seu consentimento por escrito e, como sugere a FDA, apenas os pacientes nos quais a doença existente representa um risco real de morte materna são estudados com esse método (Anna Y. Derman, et. al. 2011).

Dadas as alterações fisiológicas e morfológicas da placenta ocorridas durante a gestação, este estudo é indicado de preferência entre a 30^a e a 34^a semana de gravidez. Assim, os resultados obtidos determinariam a oportunidade e as mudanças na conduta cirúrgica.

A diferenciação entre placenta acreta e percreta é anatomopatológica e clínica. Do ponto de vista histológico, ambas as entidades são diferenciadas pelo grau de invasão placentária no miométrio. Mas ainda mais importantes são os diagnósticos clínicos que indicarão realmente uma atitude ativa em relação a esse distúrbio. Os primeiros diagnósticos, sem dúvida, são constituídos pela suspeita clínica. Quando o obstetra se depara com uma paciente que apresente placenta prévia e cesariana anterior, deve procurar melhorar e direcionar os métodos de diagnóstico.

Dentro dos métodos de diagnóstico, o ultrassom é o mais habitual, econômico e difuso. No entanto, em algumas ocasiões as informações anatômicas podem não ser conclusivas, podendo a RM contrastada fornecer informações cruciais para a conclusão diagnóstica. A informação sobre a vascularização dos planos anatômicos e do grau de invasão, modifica a estratégia cirúrgica (Comstock CH, et. al. 2004).

Na placenta percreta, o grau de dano da parede uterina é tal que o risco de complicações maternas e fetais aumenta notavelmente após a 35^a semana, excedendo 90% após a 36^a semana.

A ressonância magnética contrastada permitiu nesses casos a correta avaliação clínica e radiológica entre a placenta acreta e percreta.

O custo médio do estudo é de US \$ 300, menor que o custo operacional de uma única unidade de sangue. Baseado em casos semelhantes, quando o achado de

placenta percreta foi cirúrgico ou quando o controle vascular foi realizado de acordo com outras considerações de urgência, a despesa hematológica e de terapia intensiva é tão importante que o benefício da RM é mais do que óbvio (Palacios Jaraquemada JM, et. al. 2005).

Infelizmente, há um aumento exponencial desses distúrbios, relacionado ao aumento de cesarianas anteriores. Portanto, os obstetras os observariam com mais frequência e aqueles que já haviam experimentado um sangramento de placenta percreta talvez nunca o esqueçam. Somente a suspeita aguda, o estudo metódico por imagens e o tratamento multidisciplinar serão responsáveis pelo sucesso terapêutico da cirurgia programada desses distúrbios, de baixo custo e transfusões mínimas (Silver RM, et. al. 2006).

12-METODOLOGIA

O artigo foi um estudo de caso e uma pesquisa histórico-descritiva, baseada em revisão de literatura científica narrativa realizada em periódicos científicos e literatura específica sobre o tema.

Para a realização da pesquisa, inicialmente, se buscou artigos acadêmicos a respeito do tema, através de bases de dados em plataformas nacionais e internacionais, como SciELO, PUBMED, Up to Date.

Destas pesquisas, retirou-se bibliografia adequada ao assunto, para qual se pesquisou, visando obter informações especializadas.

Posteriormente, utilizou-se da técnica de análise temática de conteúdo por meio da leitura e releitura dos resultados dos estudos, procurando identificar aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam. Os resultados foram analisados e filtrados, para se obter uma voz coesa quando da escrita do artigo.

13-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aparentemente, temos uma entidade muito rara, conforme revelada na pesquisa bibliográfica, mas capaz de agir com uma gravidade incomum ainda nos

estágios iniciais da gestação, com imagens de sangramento profuso que comprometem seriamente a saúde da paciente e cuja solução mais frequente é a total hysterectomia. Essas pacientes apresentaram principalmente os fatores de risco estabelecidos por Miller e cols.: idade materna acima de 35 anos e histórico de cesarianas e curetagens no passado.

Até o presente momento, esses fatores eram levados em consideração como de risco para o acretismo placentário em gestações mais maduras, uma vez que o acretismo é cada vez mais comum em relação direta ao aumento da incidência de cesarianas.

Porém, os casos apresentados, juntamente com os da literatura, descrevem um quadro clínico sério, de baixa frequência, mas de alta gravidade.

Se a paciente está com sangramento profuso, o tratamento geralmente é hysterectomia total, pois o sangramento ocorre por lesão vascular direta produzida pelo trofoblasto em sua invasão miometrial.

No caso de suspeita de acretismo placentário, o tratamento com metotrexato é uma alternativa válida para tentar evitar um tratamento cirúrgico em primeira instância, mas no caso de sangramento intenso, o único tratamento é a hysterectomia. A administração de uma ou mais séries de doses de metotrexato de 50 mg / kg de peso via parenteral com monitoramento por ultrassonografia e quantificação do beta HCG é apresentada como uma possibilidade de evitar tratamentos cirúrgicos radicais desde a primeira metade da gravidez.

14-REFERÊNCIAS

Feng Y, Xue-yin LI, Juan XIAO, Wei LI, Jing LIU, Xue ZENG, Xi CHEN, Kai-yue CHEN, Lei FAN. Risk Factors and Pregnancy Outcomes: Complete versus Incomplete Placenta Previa in Mid-pregnancy. *Current Medical Science*. 2018.

Resnik R, Silver RM. Clinical features and diagnosis of placenta accreta spectrum (placenta accreta, increta and percreta). *UptoDate*. Dezembro, 2019.

Santana D S N, Filho N L M, Mathias L. Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia accreta com invasão de bexiga: revisão sistemática de literatura. *Femina*. Março, 2010.

Kayem G, Keita H. Prise en charge des placenta praevia et accreta. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. Paris, 2014.

Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Fatores de risco clínicos para placenta prévia-placenta Accreta *Am J Obstet Gynecol*. Julho de 1997; 177 (1): 210-4.

Masselli G, Gualdi G. MR imaging of the placenta: what a radiologist should know. *Abdom Imaging* 2013.

Comitê de Prática Obstétrica da ACOG. Parecer no. 529: placenta Accreta *Obstet Gynecol*. Julho de 2012; 120 (1): 207-11.

Placenta Accreta *Am J Obstet Gynecol*. Novembro de 2010; 203 (5): 430-9.

Wong HS, Cheung YK, Zuccollo J, Tait J, Pringle KC. Avaliação da ultrassonografia critérios de diagnóstico para placenta accreta. *J Clin Ultrasound*. 2008 Nov-Dez; 36 (9): 551-9.

Lopes ES, Feitosa FEL, Brazil AV, Castro JDV, Costa JIF, Araujo J E, Peixoto AB, Carvalho FHC. Assessment of Sensitivity and Specificity of Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Placenta Accreta. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. vol.41 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2019.

Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Consequências imprevistas do aumento da taxa de partos cesáreos: gravidez precoce com placenta acreta e cicatriz de cesariana. *J Obstet Gynecol*. Jul 2012; 207 (1): 14-29.

RCOG: Principais diretrizes clínicas verdes nº 27. Placenta praevia, placenta praevia accreta e vasa praevia: diagnóstico e manejo. Janeiro de 2011. Acessível em: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-rp/GTG27PlacentaPraeviaJanuary2011.pdf> .

Bakshi S, Meyer BA. Indicações e resultados da histerectomia periparto: Uma revisão de cinco anos. *J Reprod Med*. 2000 Sep; 45 (9): 733-7.

Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health* 2013.

Castaneda S, Karrison T, Cibils LA. Histerectomia periparto. *J Perinat Med*. 2000; 28 (6): 472-81.

Palacios-Jaraquemada JM. Diagnóstico e manejo da placenta acreta. *Melhor Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Dezembro de 2008; 22 (6): 113-48.

Comstock CH. O diagnóstico pré-natal de distúrbios da inserção placentária. *Curr Opin Obstet Gynecol*. Abr. 2011; 23 (2): 117-22.

Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. A placenta mórbida aderente: uma visão geral da opções de gerenciamento. *Obstet Gynecol Scand*. Sep. 2010; 89 (9): 1126-33.

Derman AY, Nikac V, Haberman S, Zelenko N, Opsha O, Flyer M. RM da placenta accreta: uma nova perspectiva de imagem. *AJR Am J Roentgenol*. Dezembro de 2011; 197 (6): 1514-21.

Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, Resnik R. Acurácia da ultrassonografia e ressonância magnética no diagnóstico de placenta acreta. *Obstet Gynecol*. Setembro de 2006.

Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, Rao A, Carroll I, Barth R, Chitkara U. Pré-natal diagnóstico de placenta acreta: ultrassonografia ou ressonância magnética? *J Ultrasound Med*. 2008 Sep; 27 (9): 1275-81.

Robinson BK, Grobman WA. Eficácia das estratégias de timing para parto de indivíduos com placenta prévia e acreta. *Obstet Gynecol*. Outubro de 2010.

Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Estratégias de gerenciamento ideais para placenta acreta. *BJOG* Abr. 2009; 116 (5): 648-54.

Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clément D, Cabrol D. Conservative versus manejo extirpativo em casos de placenta acreta. *Obstet Gynecol*. 2004 Sep; 104 (3): 531-6.

Steins Bisschop CN, Schaap TP, Vogelvang TE, Scholten PC. Placentação invasiva e modalidades de tratamento que preservam o útero: uma revisão sistemática. *Arco Ginecol Obstet*. Agosto de 2011; 284 (2): 491-502.

Hayes E, Ayida G, Crocker A. A placenta mórbida aderente: diagnóstico e opções de gerenciamento *Curr Opin Obstet Gynecol*. Dezembro de 2011; 23 (6): 448-53.

Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Fatores de risco clínicos para placenta prévia-placenta acreta. *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 177 : 210-14.

Usta IM, Hobeika EM, AbuMusa AA, et al. Placenta prévia - acreta: fatores de risco e complicações. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193 : 1045–49.

Silver RM. Registro da cesariana da MFMU: morbidade materna associada a múltiplos partos cesáreos repetidos. *Obstet Gynecol*. 2006; 107 : 1226–32.

Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta prévia / acreta e cesariana prévia. *Obstet Gynecol*. 1985; 66 : 89-92.

Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, et al. Placenta accreta: resumo de 10 anos: levantamento de 310 casos. *Placenta*. 2002; 23 : 210-14.

Silver RM, Fox KA, Barton JR, et al. Center of excellence for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2015.

Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, et al. Efeito do diagnóstico pré-parto em 99 casos consecutivos de placenta acreta. *Obstet Gynecol*. 2010; 115 : 65–69.

Finberg HJ, Williams JW. Placenta acreta: diagnóstico ultrassonográfico prospectivo em pacientes com placenta prévia e cesariana prévia. *J Ultrasound Med.* 1992; 11 : 333-43.

Wong HS, Cheung YK, Zuccollo J. et ai. Avaliação dos critérios de diagnóstico ultrassonográfico para placenta acreta. *J Clin Ultrasound.* 2008; 36 : 551–59.

Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Ressonância magnética em 300 casos de placenta acreta: correlação cirúrgica de novos achados. *Acta Obstete Gynecol Scand.* 2005; 84 : 716-24.

Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta* 2008; 29:639.

Lam G, Kuller J, McMahon M. Uso de ressonância magnética e ultra-som no diagnóstico pré-natal da placenta acreta. *J Soc Gynecol Investig.* 2002; 9 : 37–40.

Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, et al. Diagnóstico pré-natal da placenta acreta: ultrassonografia ou ressonância magnética? *J Ultrasound Med.* 2008; 27: 1275–81.

Masselli G., Brunelli R., Casciani E, et al. Ressonância magnética na avaliação de desordens adesivas da placenta: correlação com o ultra-som Doppler colorido. *Eur Radiol.* 2008; 18 : 1292–99.

Kanal E, Barkoich AJ, Bell C, et al. Documento de orientação do ACR para práticas seguras de RM: 2007. Painel azul da ACR sobre MR Safety. *Am J Roentgenol.* 2007; 188 : 1447–74.

Comstock CH, Lee W, Vettraino IM, et al. A aparência ultrassonográfica precoce da placenta acreta. *J Ultrasound Med.* 2003; 22 : 19–23.

Lax A, Prince MR, Mennitt KW, et al. O valor de características específicas da RM na avaliação de suspeita de invasão placentária. *Imagem por ressonância magnética.* 2007; 25 : 87-93.

Esakoff TF, Sparks TN, Kaimal AJ, et al. Diagnóstico e morbidade da placenta acreta. *Ultrassom Obstet Ginecol.* 2011; 37 (3): 324–27.

Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: pathogenesis de uma doença uterina iatrogênica do século XX. *Placenta*. 2012; 33 : 244–51.

Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Ressonância magnética em 300 casos de placenta acreta: correlação cirúrgica de novos achados. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84 : 716-24.

Seet EL, Kay HH, Wu S, Terplan M. Placenta accreta: profundidade da invasão e resultados neonatais. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25 : 2042–45.

Levine D, Hulka CA, Ludmir J, et al. Placenta accreta: avaliação com Doppler colorido US, power Doppler US e RM. *Radiologia*. 1997; 205 : 773-76.

Derman AY, Nikac V, Haberman S, et al. RM da placenta acreta: uma nova perspectiva de imagem. *AJR Am J Roentgenol*. 2011; 197 : 1514-15.

Masselli G., Brunelli R., Casciani E, et ai. Ressonância magnética na avaliação de desordens adesivas da placenta: correlação com o ultra-som Doppler colorido. *Eur Radiol*. 2008; 18 (6): 1292–99.

Teo TH, Lei YM, Tay KH, et al. Uso da ressonância magnética na avaliação da invasão placentária. *Clinical Radiol*. 2009; 64 (5): 511-16.

Tikkanen M., Paavonen J., Loukovaara M., et al. O diagnóstico pré-natal da placenta acreta leva à redução da perda de sangue. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90 : 1140–46.

Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, et al. Morbidade materna em casos de placenta acreta gerenciada por uma equipe multidisciplinar em comparação com o atendimento obstétrico padrão. *Obstet Gynecol*. 2011; 117 : 331–37.

Arredondo Soberon F, Sabella V, Garza Leal J et al. Placenta accreta during the first trimester of pregnancy. A case report. Arredondo Soberon F, Sabella V, Garza Leal J and cols.

Miller, j. Chollet, T. Goodwin Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am j Obstet Gynecol* 1997; 177: 210-4.

Wheeler T, Anderson T, Kelly J et al. Placenta increta diagnosed at 18 weeks' gestation. Report of a case with sonographic and pathologic correlation. *J Reprod Med* 1996; 41 (3): 198-200.

Monks P, Catalano, Close P. A case report: cervical pregnancy with placenta percreta an ultrasonic assisted diagnosis. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol* 1993; 19 (1): 37-41.

Slomko Z, Kedzia H, Friebe Z. Partial excision of the anterior uterine wall for placenta accreta. *Ginekol Pol* 1994; 95 (6): 326-30.

Durand-Reville M, Robert Y, Dufour P et al. Ultrasonic diagnosis of placenta percreta. Apropos of a case with hemorrhagic complication. *J Radiol* 1997; 78 (4): 313-6.

A. Chau, J.C. Markley, J. Juang, L.C. Tsen Cytokines in the perinatal period – Part *International Journal of Obstetric Anesthesia* (2016) 26, 39–47

A Perez-Delboy, JD Wright. Surgical management of placenta accreta: to leave or remove the placenta? *BJOG* 2014;121:163–170.

Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG* 2009;116:648–54.

Belfort MA. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:430–9.

Lorraine M Stanco, David Schirimmer. Histerectomia periparto de emergência e fatores de risco associados. *Sou. J Obstet. Gynecol* 1993; 168 (3): 879 883.

Smith D, Foley D Avaliação por ultrassom em tempo real e Doppler pulsado da área clara retroplacentária. *J Clin Ultrasound* 1982; 10: 215-219

Hoffman Tretin J. Placenta accreta, observações ultrassonográficas adicionais. *J Ultrasound Med.* 1992; 34 (11): 29-34.

Finberg, H. Placenta accreta: diagnóstico ultrassonográfico prospectivo em pacientes com placenta prévia e cesariana prévia. *J Ultrasound Med.* 1992; 11: 333-43..

Marcos HB, Semelka RC, Worawattanakul S. Placenta normal: Imagem de RM dinâmica com gadolínio. *Radiology* 1997; 205: 493-496.

Thorp JM Jr, Councell RB, Sandridge DA, Wiest HH. Antepartum diagnóstico de placenta prévia percreta por ressonância magnética. *Obstet Ginecol* 1992; 80: 506-8.

Fejgin MD, Rosen DJ, Goldberg SB, Beyth Y. Diagnóstico por ressonância magnética e ressonância magnética da placenta acreta gerenciada de forma conservadora. *J Perinat Med* 1993; 21: 165-8.

Kanal E. Gravidez e a segurança das imagens por ressonância magnética. *Clin N Am*, 1994; 2 (2): 309-19.

Colletti PM, Sylvestre PB. Imagem por Ressonância Magnética na gravidez. *Imagem por Ressonância Magnética Clin N Am*, 1994; 2 (2): 291-307.

O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. O manejo da placenta percreta: estratégias conservadoras e operatórias. - *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175 (6): 1632-38.

Mayonda, Y Hemorragia obstétrica grave devido a placenta prévia acreta com cesariana prévia. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1999, fev. 34 (23) pag.183-186.

Teo REC, Ahmed M, Chilton CP. Placenta percreta envolvendo bexiga urinária (relato de caso) *Br J Urology*, 1996; 78: 140.

Bakri YN, Sundin T, Mansi M, Jaroundi M. Placenta percreta com invasão vesical: relato de três casos. *Am J Perinatol*, 1993; 6 (10): 468-470.

Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol*, 2005;193:1045-9.

Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB, Varner MW, Leveno KJ, Hauth JC, et al. The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2009;114:224-9.