

PLACENTA PERCRETA: ENTIDADE RARA, GRAVE E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO PRECOCE

Congresso Online CRM na Mão, 1ª edição, de 03/05/2021 a 07/05/2021

ISBN dos Anais: 978-65-89908-09-8

ANDRADE; Laura Uchôa¹, LOPES; Gabriela Ramos², REZENDE; Giovanna Breda³, OSÓRIO; Paulo Victor Alves Machado⁴, BORGES; Victor Hudson de Lacerda⁵, ANDRADE; Karina Estrela⁶

RESUMO

INTRODUÇÃO: Acretismo placentário é definido como uma invasão anormal do trofoblasto na parede uterina, ultrapassando a decídua basal do endométrio. A placenta pode atingir a camada esponjosa endometrial (acreta), penetrar o miométrio (incretta) ou atingir a serosa uterina (percreta), podendo perfurar a parede e atingir bexiga, reto ou vasos pélvicos[1,2,3]. É uma condição rara, com proporção de 17 casos para cada 10000 gestações, sendo que destes, apenas 22% seriam de placenta percreta[1]. Representa uma das mais graves condições do período gestacional, com mortalidade materna estimada em 9,5%, devido a hemorragias profusas no momento do parto[3]. Seu diagnóstico no pré-natal é desafiador, pois na ultrassonografia os sinais de acretismo são sutis e melhor visualizados pela Dopplervelocimetria, sendo a ressonância magnética, de melhor acurácia, porém de difícil acesso[2,3]. Os fatores de risco principais são: cicatrizes uterinas (por cesárea, principalmente) e placenta prévia, além de idade materna acima de 35 anos[1]. A incidência dessa condição tem aumentado devido ao crescimento no número de cesáreas[1,2,3]. **RELATO:** Gestante, 42 anos, G4PC2A1, admitida no Centro Obstétrico com 37 semanas e 3 dias de gestação, para interrupção da gravidez por diagnóstico de placenta prévia total. Paciente foi submetida a cesariana e, após o nascimento bem-sucedido, evoluiu com hemorragia abundante. Foi observada placenta recobrando totalmente o orifício interno do colo uterino, firmemente aderida ao miométrio, anterior e posteriormente. Durante o ato cirúrgico, paciente e acompanhante foram orientados sobre a gravidade do quadro e optou-se por histerectomia subtotal de urgência. No puerpério, foi feita dose única de metotrexate e ecografia de controle, que revelou massa placentária residual. Na análise anatomopatológica, foi descrita invasão placentária até a serosa uterina, caracterizando placenta percreta. Paciente recebeu alta hospitalar, com programação de acompanhamento. Com a persistência de tecido placentário, foi submetida a curetagem com retirada de restos placentários em degeneração e notou-se saída de pequena quantidade de tecido adiposo, levantando a suspeita de perfuração do colo uterino. A suspeita foi confirmada em ecografia de urgência, o que indicou laparotomia exploradora imediata, durante a qual constatou-se perfuração de 3 cm na parede posterior do colo uterino, aderência ao sigmoide e ovário direito aderido firmemente ao retro-peritônio. A aderência com o sigmóide foi desfeita sem intercorrências, o ovário direito foi ressecado e o colo retirado. No pós operatório, a

¹ Graduando em medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), laura.ua.11@gmail.com

² Graduando em medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), gabrielaramoslopes@gmail.com

³ Graduando em medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), giovanna.breda97@gmail.com

⁴ Graduando em medicina, Centro Universitário de Brasília (CEUB), paulovictoram@gmail.com

⁵ Graduando em medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), vhlacerda.med@gmail.com

⁶ Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Regional de Sobradinho, karina.med.andrade@gmail.com

tomografia abdominal com contraste descartou resquício de tecido placentário ou lesões de órgãos. A paciente recebeu alta e foi acompanhada ambulatorialmente, tendo evoluído favoravelmente. REFLEXÕES FINAIS: A paciente apresentava diversos fatores de risco para acretismo placentário: cesáreas prévias, placenta prévia total e idade avançada. Devido ao atraso no diagnóstico dessa condição, não houve a preparação adequada e antecipada para o parto, sendo necessárias medidas de urgência, com posteriores complicações. Além disso, houve equívoco na prescrição do medicamento imunossupressor, o que acarretou interrupção temporária da amamentação[4]. Felizmente, a equipe corrigiu a conduta a tempo e manteve acompanhamento próximo da paciente. Sendo assim, fica evidente a necessidade de atualização científica, discussão dos casos e seguimento adequado, a fim de reduzir a morbimortalidade desta condição tão grave.

PALAVRAS-CHAVE: Placenta acreta, Hemorragia Pós-Parto, Mortalidade Materna, Histerectomia

¹ Graduando em medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), laura.ua.11@gmail.com

² Graduando em medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), gabrielaramoslopes@gmail.com

³ Graduando em medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), giovanna.breda97@gmail.com

⁴ Graduando em medicina, Centro Universitário de Brasília (CEUB), paulovictoramo@gmail.com

⁵ Graduando em medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), vhlacerda.med@gmail.com

⁶ Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Regional de Sobradinho, karina.med.andrade@gmail.com