

Acretismo placentário e suas complicações

Placental accretism and its complications

Samira Sabbagh¹, Andrea Sayaka Suwa¹, Mariana Viana Bezzi¹, Andréa Augsburg de Moura¹

Descritores

Placenta acreta; Placenta prévia; Hemorragia pós-parto; Doenças placentárias; Gravidez de alto risco

Keywords

Placenta accreta; Placenta previa; Postpartum hemorrhage; Placenta diseases; High-risk pregnancy

Submetido:

05/11/2021

Aceito:

14/03/2022

1. Hospital Santo Antônio, Blumenau, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Samira Sabbagh
drasamirasabbagh@gmail.com

Como citar:

Sabbagh S, Suwa AS, Bezzi MV, Moura AA. Acretismo placentário e suas complicações: relato de caso. Femina. 2022;50(4):254-6.

RESUMO

Acretismo é um termo genérico que significa uma invasão trofoblástica anormal da placenta em parte ou, mais raramente, na totalidade do miométrio, podendo inclusive chegar à serosa. Esse evento ocorre mais comumente em uma região de cicatriz uterina prévia, onde há um defeito na decidualização. A principal consequência disso é a necessidade frequente de histerectomia puerperal, acarretando grande morbidade materna. Este artigo apresenta o caso de uma gestante com placenta percreta, com acometimento vesical e de colo uterino que necessitou de histerectomia total. Além disso, no pós-operatório, apresentou fístula vesicoabdominal. O objetivo deste artigo é demonstrar as complicações do acretismo placentário e as maneiras de tentar reduzi-lo. O aumento nas proporções de nascimentos via parto cesariana, sem que haja evidências claras de que isso interfira na queda da mortalidade e/ou morbidade materna e neonatal, sugere que estejam sendo indicadas muito mais cesarianas que o necessário. Para redução nas taxas de cesariana e, conseqüentemente, das complicações dela, como nos casos de acretismo, é necessário repensar a cultura do cuidado da prática clínica em obstetria.

ABSTRACT

Accretism is a generic term that means an abnormal trophoblastic invasion of the placenta in part or, more rarely, in the entire myometrium, which may even reach the serosa. This event most commonly occurs in a region of previous uterine scar, where there is a decidualization defect. The main consequence of this is the frequent need for puerperal hysterectomy, causing great maternal morbidity. This article presents the case of a pregnant woman with placenta percreta, with bladder and uterine cervix involvement, who required hysterectomy. In addition, postoperatively, presented a vesico-abdominal fistula. The purpose of this article is to demonstrate the complications of placental accretism and ways to try it. The increase in the proportion of births via cesarean delivery, without clear evidences that this interferes with the decrease in maternal and neonatal mortality and/or morbidity, suggests that much more cesarean sections are being indicated than necessary. To reduce cesarean rates and consequently, its complications, as in cases of accretism, it is necessary to rethink the culture of care in clinical practice in obstetrics.

INTRODUÇÃO

Acretismo é um termo genérico que significa uma invasão trofoblástica anormal da placenta em parte ou, mais raramente, na totalidade do miométrio, podendo inclusive chegar à serosa. Os graus de acretismo são variáveis e estão incluídos nesse espectro: placenta acreta (penetra a superfície do miométrio), increta (invade profundamente o miométrio) e percreta (invade a serosa e/ou órgãos adjacentes). A principal consequência disso é a necessidade frequente de histerectomia puerperal, acarretando grande morbidade materna, principalmente devido à hemorragia maciça, uma vez que não há saída espontânea da placenta.⁽¹⁻³⁾

O progressivo aumento na incidência de acretismo deve-se principalmente ao aumento expressivo no número de cesarianas subsequentes. Existem diversas teorias sobre a etiologia desse evento. A principal delas discorre sobre uma

falha no processo de decidualização na interface endométrio-miométrio, que levaria a uma infiltração trofoblástica anormal em uma região de cicatriz uterina prévia, sendo esse o principal fator de risco.⁽³⁾ Em estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ao longo de 15 anos, 44% das histerectomias periparto foram indicadas devido a acretismo placentário; além disso, foi encontrada taxa de mortalidade em torno de 4,3% nessas histerectomias.⁽⁴⁾ O objetivo deste artigo é demonstrar complicações advindas de implantação anômala da placenta e as maneiras para tentar reduzir ao máximo essas complicações.

MÉTODOS

Para este trabalho, foi utilizado o relato de um caso clínico ocorrido em janeiro de 2021 no Hospital Santo Antônio, na cidade de Blumenau. A descrição do caso foi feita a partir dos dados do prontuário da paciente. O motivo da escolha desse caso em específico foi baseada na extrema relevância, uma vez que gera grande morbidade materna, apesar de ser uma entidade atípica no serviço. A revisão literária foi realizada em bases de dados da SciELO, UpToDate, PubMed, ScienceDirect e Public Library of Science, incluindo desde metanálises até estudos de coorte e consensos de obstetrícia. Para a realização do relato, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética, em conformidade com as leis que regulamentam as pesquisas com envolvimento direto ou indireto de seres humanos.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 35 anos, G4C3, idade gestacional de 38 semanas e seis dias. Foi admitida no serviço para cesariana devido a pródromos de trabalho de parto com feto em apresentação pélvica e cicatrizes uterinas prévias. Sem outras comorbidades, nega etilismo, nega tabagismo. Durante o pré-natal, foi realizada ultrassonografia (USG) obstétrica, que demonstrou placenta de inserção anterior, porém sem evidências de acretismo. Foi solicitada ressonância nuclear magnética (RNM) complementar, porém, devido ao alto custo do exame, a paciente não o realizou. No transoperatório, ao se realizar a dequitação placentária, foi observada placenta percreta com invasão vesical e de colo uterino. Evoluiu com necessidade de histerectomia total e ooforectomia à direita, além de salpingectomia bilateral. A paciente apresentou lesão vesical extensa, necessitando de sutura em dois planos, com auxílio da equipe de urologia. A paciente evoluiu bem após a cirurgia e a reposição volêmica com hemoconcentrados, além da necessidade de drogas vasoativas em ambiente de terapia intensiva. Após três dias, foi realizada tomografia computadorizada de abdome e pelve, que evidenciou extravasamento de urina para o interior da cavidade abdominal, proveniente da parede superior lateral direita da bexiga, sugerindo fístula vesicoabdominal. A paciente permaneceu mais três semanas com sonda vesical de demora até a total resolução do quadro. Após a alta, a paciente manteve acompanhamento ambulatorial com a equipe de urologia.

DISCUSSÃO

A cesariana é uma cirurgia que salva vidas e é necessário tê-la à disposição para uma adequada assistência obstétrica, quando necessário. Porém, em uma análise de 10 anos de diversos países, foi estimado um aumento expressivo no número de cesarianas, especialmente em países da América do Sul, onde a taxa de cesarianas atinge alarmantes 42,9%. As razões para o aumento nessas taxas vão desde questões culturais até crenças errôneas de que essa seria a via de parto mais segura para o bebê.⁽⁵⁾ O aumento desses índices está diretamente ligado ao aumento na prevalência de acretismo.⁽⁶⁾ Em uma revisão sistemática que incluiu 5,8 milhões de nascimentos, foi constatada prevalência de 0,17% de acretismo. Embora esse número pareça estatisticamente baixo, é assustadoramente maior que os 0,003% que eram encontrados na década de 1950 nos EUA.⁽⁷⁾

A teoria mais comum acerca da patogênese do acretismo discorre sobre alterações na decídua, que estaria fina, malformada ou disfuncional, fazendo com que a placenta se fixe diretamente no miométrio ou invadindo ele.⁽¹⁾ Esse evento ocorre mais comumente em uma região de cicatriz uterina prévia, onde há um defeito na decidualização.⁽⁸⁾ Em teoria, qualquer anomalia estrutural na parede uterina, seja ela primária ou não, poderia levar a casos de implantação anômala da placenta. Isso explica os casos extremamente raros de acretismo em pacientes primigestas.⁽⁶⁾

Alguns dos fatores de risco descritos para esse evento são idade materna avançada, pacientes submetidas a procedimentos de fertilização *in vitro* e outras cirurgias uterinas prévias, cesarianas anteriores e placenta prévia.⁽⁹⁾ O mais importante fator de risco é a presença de placenta prévia em uma paciente com cesariana anterior. Essa associação foi demonstrada em estudo prospectivo, no qual o risco de acretismo em pacientes com placenta prévia foi de 40% em pacientes com três cesarianas e chegou a 60% nas pacientes com placenta prévia e mais de quatro cesarianas.⁽¹⁰⁾ No relato de caso em questão, a paciente não tinha evidências de placenta prévia, no entanto tinha três cesarianas anteriores, constituindo importante fator de risco para acretismo, além de idade materna avançada.

A USG obstétrica com Doppler é o exame de escolha para o diagnóstico de acretismo no pré-natal.^(2,11) Sinais de acretismo já podem ser visualizados na imagem a partir do segundo e do terceiro trimestre.⁽²⁾ Ela pode detectar, inclusive, invasão vesical e de órgãos adjacentes. Na dúvida diagnóstica, pode ser complementada com RNM, porém não é um exame sempre disponível, além de ser um exame de alto custo.⁽¹¹⁾ É importante ressaltar que a suspeita clínica é igualmente importante como fator preditor de acretismo e, na ausência de achados ultrassonográficos claros, não se deve descartar esse diagnóstico.⁽²⁾ A paciente em questão dispunha de USG obstétrica com descrição de placenta de inserção anterior, porém sem descrição de sinais de acretismo. Durante o pré-natal, devido a alta suspeição de acretismo, havia sido solicitada também RNM para melhor avaliação placentária, porém, devido ao alto custo, a paciente não realizou o exame.

A não suspeição desse diagnóstico antes do momento do parto resulta em uma tentativa inadvertida de dequitação placentária causando sangramento de grande monta. Essa hemorragia é ainda pior quando envolve demais vasos pélvicos como, por exemplo, no acometimento vesical.⁽⁷⁾

É imprescindível contar com equipe especializada e preparada para o manejo dessas complicações, além de local que disponha de hemocomponentes.⁽⁷⁾ Estudos retrospectivos já demonstraram que pacientes tratadas apenas com equipe obstétrica sem um protocolo específico têm mais chances de precisar de transfusão de grande volume, cirurgias de emergência e reabordagem na primeira semana do que as pacientes operadas em centros de referência por equipe multidisciplinar especializada.^(12,13)

No caso clínico descrito neste artigo, a paciente em questão apresentou diversas das complicações já descritas aqui. Evoluiu para histerectomia e sangramento importante, com instabilidade hemodinâmica e necessidade de drogas vasoativas. No transoperatório, apresentou lesão vesical extensa, com necessidade de rafia. Além disso, apresentou ainda fístula vesicoabdominal como complicação no pós-operatório. Certamente, estar em um hospital de referência em gestação de alto risco e com fácil acesso aos serviços de outras especialidades, bem como em ambiente de terapia intensiva, foi um fator determinante para o controle e o tratamento das diversas complicações apresentadas. Ressalta-se, mais uma vez, a importância da equipe multidisciplinar para um resultado favorável para a paciente, bem como de seguimento adequado após a alta.

A suspeita e o diagnóstico antenatal de acretismo placentário ou placenta prévia possibilitam o encaminhamento da paciente para um centro especializado, o que melhora o desfecho materno.⁽⁸⁾

Considerando que uma implantação anômala da placenta tem como um dos principais fatores de risco cesarianas anteriores,⁽¹⁰⁾ a maneira mais eficaz de diminuir esses eventos é a redução nas taxas de cesariana.⁽⁸⁾ A diminuição dessas indicações exige múltiplas abordagens diferentes, principalmente no que se refere a um esforço em evitar realizar uma primeira cesariana sem uma indicação formal.^(14,15)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento nas proporções de nascimentos via parto cesariano, sem que haja evidências claras de que isso interfira na queda da mortalidade e/ou morbidade materna e neonatal, sugere que estejam sendo indicadas muito mais cesarianas do que o necessário. Essa condição também é encontrada no Brasil, como se pode perceber no caso em questão neste artigo. Como consequência, são cada vez mais comuns complicações obstétricas como placenta anormalmente invasiva e, conseqüentemente, hemorragia maciça e invasão de órgãos adjacentes. Para a redução das taxas de cesariana e, conseqüentemente, das complicações decorrentes dela, como nos casos de acretismo, é necessário repensar a cultura do cuidado da prática clínica em obstetrícia. Além disso, os profissionais devem ser encorajados

a incluir na sua rotina procedimentos como versão cefálica externa, rotação manual fetal e indução de trabalho de parto para a prevenção de uma primeira cesariana.

REFERÊNCIAS

1. Silver RM. Placenta accreta spectrum: clinical features, diagnosis, and potential consequences [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/placenta-accreta-spectrum-clinical-features-diagnosis-and-potential-consequences>
2. Cahill AG, Beigi R, Heine P, Silver RM, Wax JR; American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus No. 7 summary: placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;132(6):e259-75. doi: 10.1097/AOG.0000000000002983
3. Morlando M, Collins S. Placenta accreta spectrum disorders: challenges, risks, and management strategies. *Int J Womens Health*. 2020;12:1033-45. doi.org/10.2147%2FIJWH.S224191
4. Dorigon A, Martins-Costa SH, Ramos JG. Peripartum hysterectomies over a fifteen-year period. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(1):3-8. doi: 10.1055/s-0040-1721354
5. Betrán AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343
6. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: epidemiology. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;140(3):265-73. doi: 10.1002/ijgo.12407
7. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(3):208-18. doi: 10.1016/j.ajog.2019.01.233
8. Ornaghi S, Maraschini A, Donatti S; Regional Obstetric Surveillance System Working Group. Characteristics and outcomes of pregnant women with placenta accreta spectrum in Italy: a prospective population-based cohort study. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252654. doi: 10.1371/journal.pone.0252654
9. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. *PLoS One*. 2012;7(12):e52893. doi: 10.1371/journal.pone.0052893
10. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006;107(6):1226-32. doi: 10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84
11. Valencia Chugnas SP, Collantes Cubas JA, Bardales Zuta VH. Acretismo placentario con compromiso vesical en altura. *Rev Cubana Med [Internet]*. 2021 [cited 2021 Aug 13];60(2):e1595. Available from: <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1595/2094>
12. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP, Dodson M, et al. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. *Obstet Gynecol*. 2011;117(2 Pt 1):331-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182051db2
13. Shamshirsaz AA, Fox KA, Erfani H, Clark SL, Salmanian B, Baker BW, et al. Multidisciplinary team learning in the management of the morbidly adherent placenta: outcome improvements over time. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(6):612.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.016
14. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ; American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(3):179-93. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.026
15. Thurn L, Lindqvist PG, Jakobsson M, Colmorn LB, Klungsoyr K, Bjarnadottir RI, et al. Abnormally invasive placenta – prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries. *BJOG*. 2016;123(8):1348-55. doi: 10.1111/1471-0528.13547