

---

---

## RELATO DE CASO

---

---

### PLACENTA PERCRETA: RELATO DE CASO

### PLACENTA PERCRETA: CASE REPORT

Tiago Guimarães Gómez Barreto<sup>1</sup>  
Iago Akel de Faria<sup>2</sup>  
Isabela Arcipretti Brait dos Santos<sup>3</sup>

#### RESUMO

O acretismo placentário é uma das complicações mais graves do período gestacional e está se tornando mais frequente devido ao aumento do número de cesáreas. A placenta percreta é uma entidade rara, podendo ocorrer envolvimento vesical e/ou de vasos pélvicos, sendo a mortalidade materna e fetal expressiva. O artigo apresenta um caso de gestante com placenta percreta diagnosticada somente durante o parto, objetivando mostrar a importância da realização do diagnóstico precoce a fim de evitar as complicações decorrentes dessa entidade.

**Descritores:** Placenta prévia. Placenta Acreta. Obstetrícia. Complicações na Gravidez.

#### ABSTRACT

Placenta accreta is one of the most severe complications of the gestational period and it's becoming more frequent due to the increase in the number of cesarean sections. Placenta percreta is a rare entity, and bladder involvement and/or pelvic vessels may occur, with maternal and fetal mortality being expressive. The article shows a case of a pregnant woman with placenta percreta diagnosed only during labor, aiming to show the importance of performing the early diagnosis in order to avoid complications arising from this entity.

**Keywords:** Placenta previa. Placenta Accreta. Obstetrics. Pregnancy Complications.

#### INTRODUÇÃO

Em condições normais o trofoblasto invade o endométrio até a decídua basal sem penetrar na camada esponjosa. Contudo, quando esta penetração acontece temos o termo acretismo placentário. Este define uma implantação anômala da placenta e pode ser dividido em placenta

---

<sup>1</sup>Médico Residente em Obstetrícia e Ginecologia pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: tiagoguimaraes\_3@hotmail.com

<sup>2</sup>Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia E-mail: iago.akel.08@gmail.com

<sup>3</sup>Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia E-mail: isabela\_brait@hotmail.com

camada esponjosa sem invasão do miométrio. Na increta, o tecido miometrial é agredido, mas a implantação não ultrapassa essa camada. Já na percreta a invasão é mais profunda ainda, chegando na serosa uterina podendo atingir órgãos subjacentes, como a bexiga<sup>(1,2)</sup>.

O acretismo placentário é uma das complicações mais graves do período gestacional sendo causa importante de hemorragia. As causas principais para sua ocorrência são cicatrizes uterinas, extração manual da placenta e endometriose<sup>(1)</sup>. Em relação à placenta percreta, é uma entidade rara, mas com alto risco, podendo ocorrer envolvimento vesical e/ou de vasos pélvicos. A mortalidade materna é expressiva (9,5%) e a perinatal mais ainda (24%)<sup>(3,4,5)</sup>.

Durante o período pré-natal o diagnóstico desafia os obstetras, visto que na realização da ultrassonografia (USG) os sinais de acretismo são sutis e difíceis de serem visualizados, tornando-o postergado, na maioria das vezes, ao momento do parto, de forma clínica, e posteriormente confirmado pelo patologista<sup>(6)</sup>.

Infelizmente, o acretismo placentário vem se tornando cada vez mais frequente devido ao crescente número de cesáreas. As gestantes com cesárea anterior tem aproximadamente 25% mais risco de desenvolver placenta acreta<sup>(7)</sup>.

O objetivo do artigo é apresentar o caso de paciente em sua sexta gestação, que evoluiu com placenta prévia percreta diagnosticada durante o parto, a fim de demonstrar a importância da realização do diagnóstico precoce.

## RELATO DE CASO

Paciente de 34 anos, G6 P1 C3 A1, admitida com 39 semanas de gestação relatando dor abdominal esporádica há 3 dias sem perdas transvaginais, em uso de 500 mg de metildopa por dia. No segundo dia de internação, foi encaminhada ao centro cirúrgico para cesárea devido à hipertensão gestacional descompensada e histeratividade.

Na cirurgia foi encontrada aponeurose distorcida com intensa aderência e fibrose, e bexiga aderida à parede anterior do útero onde foi evidenciada placenta prévia total percreta, com invasão de bexiga. Foi retirado recém-nascido único, vivo, que foi entregue aos cuidados do pediatra.

A paciente evoluiu com sangramento intenso devido ao acretismo, sendo realizada histerectomia total puerperal. O peritônio visceral anterior encontrava-se aderido a placenta e bexiga, levando a laceração vesical completa. A paciente, instável hemodinamicamente com uso de droga vasoativa, foi encaminhada no pós-operatório para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

No pós-operatório imediato na UTI, foi admitida extubada e em uso de noradrenalina. Iniciou-se hidratação volêmica agressiva, hemotransfusão e antibioticoterapia. Evoluiu com piora da função renal, oligúria e elevação de escórias nitrogenadas. Após avaliação do nefrologista, foi iniciada hemodiálise devido à síndrome urêmica. Foi realizada USG a beira leito que evidenciou hidronefrose bilateral e líquido livre em cavidade abdominal. A paracentese diagnóstica evidenciou diurese intra-abdominal.

Após dois dias, realizou-se a tentativa de implantação de catéter duplo J, sem sucesso. Foi encaminhada para diálise por piora da função renal e programada nova tentativa cirúrgica em três dias. Foi realizada laparotomia exploradora, com ureterostomia bilateral. Evoluiu com melhora significativa da função renal. Foi suspensa da hemodiálise e houve melhora do nível de consciência, sendo solicitado encaminhamento para hospital terciário para abordagem cirúrgica.

## DISCUSSÃO

O acretismo placentário tem incidência entre 1:500 e 1:93.000 dos partos, sendo a percreta a menos comum<sup>(7,8,9,10)</sup>. Em uma revisão da literatura, Briceño<sup>(14)</sup> apresentou 199 casos de acretismo placentário, de 1983 a 2000, das quais 34 foram percretas.

A etiologia deve-se à ausência (total ou parcial) de uma decídua basal, assim, uma “capa fibrinoide” (membrana de Nitabuch) se desenvolve de maneira inadequada e evoluiu para o acretismo<sup>(11)</sup>. Percebe-se que há um aumento na incidência, fato intimamente ligado ao maior fator de risco, o parto tipo cesárea, ainda muito frequente em nosso país<sup>(12)</sup>. Ainda há outros fatores de risco, como placenta prévia anterior, cirurgia uterina anterior, abortamento prévio, endometrite prévia, ablação endometrial, multiparidade, idade materna maior que 35 anos, radiação uterina e aumento da alfa-fetoproteína e beta HCG<sup>(13)</sup>. A paciente relatada, por exemplo, apresentou vários fatores de risco: multiparidade, três cesáreas e um abortamento prévios.

A maioria dos casos se apresenta de forma assintomática, mas deve-se suspeitar sempre que fatores de risco estão presentes, pois não há relatos de uma síndrome clínica característica<sup>(13)</sup>, sendo muitas vezes, o diagnóstico, postergado e realizado apenas durante o parto, como o caso da paciente em questão. Entretanto, alguns casos podem ser sintomáticos e as manifestações vão depender da implantação placentária, da invasão de outros órgãos e de suas complicações. Contudo, a principal apresentação é o sangramento (podendo ser antes, durante ou após o parto). Pode ocorrer hematúria micro ou macroscópica caso ocorra invasão vesical<sup>(7,11,16,17)</sup>, que apesar de ser uma das complicações do caso relatado, não houve

manifestação clínica. Choque ou coagulopatia por consumo podem ocorrer devido a retenção placentária<sup>(18)</sup>, felizmente a paciente não apresentou.

A USG é o melhor exame para o diagnóstico<sup>(15,19)</sup>, sendo realizado em gestantes antes do parto em caso de presença dos fatores de risco citados. Os possíveis achados envolveriam espaços hipoeoicos na espessura da placenta, adelgaçamento do miométrio adjacente à placenta, perda do espaço hipoeoico retroplacentário e protrusão da placenta para o interior da bexiga<sup>(23)</sup>. No caso relatado o exame não foi realizado pela indisponibilidade do serviço, o que não alterou a conduta a ser tomada, visto que não havia suspeita clínica da entidade. No entanto, a suspeita prévia e a preparação diminuem a mortalidade materna, dado que mais de 90% destas pacientes necessitam de histerectomia obstétrica, assim como o ocorrido.

Deve-se suspeitar de complicações vesicais, sendo indispensável a colaboração do urologista<sup>(19)</sup>. No tratamento do comprometimento dos ureteres foi relevante a intervenção do urologista realizando reparação vesical e ureterais oportuna e adequada, apesar de todas as intercorrências no intra e pós-operatório. Do ponto de vista do anestesiológico é recomendado a punção de cateteres centrais por eventuais complicações ante a histerectomia de difícil execução, sendo feita esta conduta no caso. A paciente em questão necessitou de hemotransfusão, sendo algo esperado, haja vista que cerca de 90% das pacientes a requerem devida a perda hemática<sup>(24)</sup>. Em caso de diagnóstico intraoperatório, como a deste caso, a incisão de Pfannenstiel deveria ser ampliada, podendo requerer uma laparotomia. Não deve-se insistir à remoção da aderência placentária pelo risco de sangramento incontrolável, a histerectomia não pode ser postergada<sup>(24)</sup>, de fato, só piora o sangramento. O pós-operatório deve ser restritamente observado, pois pode evoluir a cuidados intensivos, existe a possibilidade de hemorragia intensa, insuficiência renal aguda, lesões vesicais e retal, infecções entre outras<sup>(24)</sup>.

Não existe ainda um consenso de acompanhamento dessas pacientes. Para acompanhamento pode-se usar a curva de  $\beta$ -HCG, Metotrexate, cistoscopia posterior a cateterização<sup>(25)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Cafici D, Mejides A, Sepúlveda W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. 1ª ed. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2003;120-122.
2. Dueñas O, Rico H, Rodríguez M. Actitud en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol 2007;72:266-271
3. Torres D et al. Placenta percreta con invasión a vejiga y a ureteres. Reporte de un caso. In: Rev Obstet Ginecol Venez. jun 2007 67 (2):127-30.

4. Klotz PG, Khalaff HM. Placenta percreta invading the bladder: report of 2 cases. *J Urol.* 1989;141(4):938-9.
5. Taefi P, Kaiser TF, Sheffer JB, Courey NG, Hodson JM. Placenta percreta with bladder invasion and massive hemorrhage. Report of a case. *Obstet Gynecol.* 1970;36(5):686-7.
6. Torloni MR; Moron AF; Camano L. Placenta Prévia: Fatores de risco para o Acretismo. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro* , v. 23, n. 7, p. 417-422, Aug. 2001.
7. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Obstetrical hemorrhage. En: Cunningham F, Gant N, Leveno K, Hauth J, Wenstrom K, editores. *Williams Obstetrics.* 21ª edición. New York: Mc Graw Hill; 2001.p.619-669.
8. Teppa P, Garrán de Teppa D, Domínguez I, Szczedrin W. Placenta accreta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:147-167.
9. Carlton S, Zahn C, Kendall B, Natarajan S. Placenta increta/percreta associated with uterine perforation during therapy for fetal death. A case report. *J Reprod Med* 2001;46:601-605.
10. Ota Y, Watanabe H, Fukasawa I et al. Placenta accreta/increta. Review of 10 cases and a case report. *Arch Gynecol Obstet* 1999;263:69-72.
11. Perucca E, Cazenave H, Barra A et al. Placenta previa percreta con invasión vesical. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2002; 67(5): 364- 7.
12. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000; 321(7275): 1501-5.
13. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, Chiu TH, Hsu JJ, Hsieh TT. Risk factors for placenta accreta. *Obstet Gynecol* 1999; 93(4): 545-50.
14. Briceño C, Alaña F, Briceño L, Briceño J, Briceño C. Placenta percreta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2002; 62(4): 273-7.
15. O'Brien J, Barton J, Donaldson E. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(6): 1632- 8.
16. Perucca E, Domínguez C, Yahng Ch, García R. Placenta previa percreta con invasión vesical. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1997; 62(3): 206-10.
17. Price F, Resnik E, Heller K, Christopherson W. Placenta previa percreta involving de urinary bladder. A report of two cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1991; 78(3): 508-11.
18. Hudon L, Belfort M, Broome D. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54(11): 156-64.
19. Palacios J, Bruno C. Gadolinium-enhanced MR imaging in the differential diagnosis of placenta accreta and placenta percreta. *Radiology* 2000; 216(2): 610-1.
20. Zelop C, Nadel A, Frigoletto F, Pauker S, Mac Millan M, Benacerraf B. Placenta Accreta/Percreta Increta: A cause of elevated maternal serum alpha-fetoprotein. *Obstet Gynecol* 1992; 80(4): 693-4.
21. Thorp J, Wells S, Wiest H, Jeffries L, Lyles E. Firsttrimester diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178(3): 616-8.

22. Ophir E, Tendler R, Odeh M, Samer K, Oettinger M. Creatin Kinase as a biochemical marker in diagnosis of placenta increta and percreta. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(4): 1039-40.
23. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26(1): 89-96.
24. Scott L, Ramin SM, Hanson J et al. Erythropoietin use in pregnancy: Two cases and a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 1: 2-24.
25. Stehling L, Zauder HL. Acute normovolemic hemodilution. *Transfusion* 1991; 9: 857-68.