

ÚTERO DE COUVELAIRE: UM RELATO DE CASO

Ana Clara Hajjar¹;
Ana Cláudia Maia Mendonça¹;
Desireé Mata de Sousa¹;
Flávia Cristina Teixeira Silva Boggian¹;
Lara Gomes Nery¹;
Pedro Henrique Pereira da Silva¹;
Denise Ferreira Correia².

Resumo

O descolamento Prematuro de Placenta (DPP) consiste na separação da placenta que devia estar implantada no corpo do útero, antes do parto, podendo incorrer em mortalidade fetal, prematuridade e morbidade materna. O DPP pode ser assintomático, sangramento vaginal e dor abdominal, ou sintomático. Dentre os fatores de riscos que levam ao DPP está a Síndrome de HELLP (elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia). Hemácias e soro de um coágulo retroplacentário podem dissociar as miofibrilas ao percorrerem o miométrio, resultando no útero de Couvelaire. Assim, o objetivo deste trabalho é buscar indícios que possam indicar mesmo nos pacientes assintomáticos, a presença de DPP e do útero de Couvelaire, a fim de evitar a evolução desfavorável destes casos. O caso é relacionado à paciente MCLC, 34 anos, quadrigesta com gestação de 35 semanas e 2 dias e pré natal de risco habitual apresentando fraqueza, dificuldade para deambular e ausência dos movimentos fetais há mais de 2 horas. Regular estado geral, BCF inaudível, colo fechado e sem sangramento ao toque vaginal. O diagnóstico não foi feito previamente devido à ausência por hora de sinais clássicos como dor abdominal e sangramento vaginal. Porém, observou-se a presença de sinais da síndrome hemorrágica como hipotensão e de choque como palidez cutânea e astenia. A conduta foi a interrupção da gestação com cesariana de urgência e extração de natimorto. Levando em conta o mal prognóstico, conclui-se que, é de extrema importância um acompanhamento pré-natal cuidadoso, atentando para os fatores de risco para o DPP.

Palavras-Chave: Descolamento prematuro de placenta. Hemorragia. Hipertonia. Pré-natal.

COUVELAIRE UTERUS: A CASE REPORT

Abstract

Premature Placenta detachment (DPP) consists of the separation of the placenta that should be implanted in the body of the uterus, before delivery, and may incur fetal mortality, prematurity and maternal morbidity. The DPP may be asymptomatic, vaginal bleeding and abdominal pain, or symptomatic. Among the risk factors that lead to PPD is HELLP syndrome (elevation of liver enzymes and thrombocytopenia). Hemocytes and serum from a retroplacental clot can dissociate myofibrils as they travel through the myometrium, resulting in the Couvelaire uterus. Thus, the aim of this study is to find indications that may indicate, even in asymptomatic patients, the presence of PPD and Couvelaire's uterus, in order to avoid the unfavorable evolution of these cases. The case is related to the MCLC patient, 34 years old, quadrigesta with gestation of 35 weeks and 2 days and pre-natal at usual risk presenting weakness, difficulty to ambulate and absence of fetal movements for more than 2 hours. Regular state, BCF inaudible, closed cervix and no bleeding at vaginal touch. The diagnosis was not made previously because of the absence of classic signs such as abdominal pain and vaginal bleeding. However, signs of hemorrhagic syndrome were observed as hypotension and shock, such as skin paleness and asthenia. The conduct was the interruption of gestation with emergency cesarean section and stillbirth extraction. Taking into account the poor prognosis, it is concluded that careful prenatal monitoring is of utmost importance, taking into account the risk factors for PPD.

Keywords: Placenta abruptio. Bleeding. Hypertonia. Prenatal.

¹Discente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil.

²Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil. Email: denisef_gabriel@hotmail.com

1. Introdução

O descolamento Prematuro de Placenta (DPP) consiste na separação antes do parto da placenta que devia estar implantada no corpo do útero, o que pode resultar em sangramento uterino e diminuição da quantidade de nutrientes e oxigênio direcionados para o feto (NUNES; BERTUOL; SIQUEIRA, 2016; PAIVA; FEITOSA, 2017).

A incidência do DPP varia entre 0,2% e 1% das gestações, sendo este uma das principais causas das hemorragias especialmente de terceiro trimestre, que já são consideradas no estado de São Paulo a segunda causa de óbitos maternos (MARTINS-COSTA et

al.,2017;VEGAS, 2018). O DPP apresenta porém prevalência variada em diferentes localidades, sendo menor em países como Brasil, Estados Unidos e Paquistão, quando comparada a países da África, o que pode significar que os cuidados pré e perinatais estão adequados e efetivos nestes países (NUNES; BERTUOL; SIQUEIRA, 2016).

Os fatores de risco associados ao DPP incluem: DPP anterior, hipertensão arterial sistêmica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, síndrome de HELLP, hábitos de vida maternos (tabagismo, uso de drogas como cocaína e crack, e obesidade), idade materna avançada, trombofilias, caso de trauma materno, descompressão uterina rápida, anomalia uterina, cesariana ou dano endometrial prévio, brevidade absoluta ou relativa do cordão umbilical, ruptura prematura das membranas pré-termo, multiparidade e desnutrição (NUNES; BERTUOL; SIQUEIRA, 2016; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014; MARTINS-

COSTA et al.,2017). Dentre estes fatores, a síndrome de HELLP se destaca, pois suas mais graves complicações cursam com hemorragia, sendo o DPP a mais frequente, ocorrendo em 5-26% dos diagnósticos de HELLP (FEBRASGO, 2017).

O diagnóstico é clínico, e os sintomas típicos de DPP são o sangramento vaginal e dor abdominal. Pode haver presença de hipertonia uterina, com contrações frequentes e pouco intensas, se manifestando ao exame na forma de útero doloroso e duro à palpação (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

O sangueda hemorragia pode coagular atrás da placenta, formando o hematoma retroplacentário, eliminado após o parto. Hemácias e soro do coágulo podem dissociar a rede demiofibrilas ao percorrerem o miométrio, o que resulta no útero de Couvelaire ou apoplexia uteroplacentária, relacionado à atonia e hemorragia puerperal com coagulopatias, apresentando

coloração azulada marmórea em útero, tubas uterinas, ovários e ligamentos largos devido efusões sanguíneas ou equimoses sob a camada serosa (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014; MARTINS-COSTA et al.,2017). Nesta condição,quadro de coagulação intravascular disseminada (CIVD) tem alto risco para histerectomia (PAIVA; FEITOSA, 2017).

As mudanças devido a diminuição da superfície para trocas placentárias - hipotensão arterial, hipertonia uterina e possível toxemia - provocam as principais complicações após o DPP, como insuficiência hepática, alterações renais, síndrome de pulmão de choque, alterações hipofisárias (síndrome de Sheehan), e hemorragias intracraniana e puerperal, sendo que as consequências maternas são secundárias ao grau de severidade do descolamento (NUNES; BERTUOL; SIQUEIRA, 2016; MARTINS-COSTA et al.,2017).

De acordo com a sua evolução, o DPP é classificado em três graus. O grau 0 é assintomático, com presença de hematoma retroplacentário em exame de placenta. O grau 1 é leve, com sangramento vaginal e ausência ou presença discreta de dor, mas com mãe e feto estáveis. O grau 2 é intermediário, com feto vivo, mas em estágio de sofrimento, com sangramento vaginal, dor abdominal forte e hipertonia uterina. E, grau 3, é grave e relacionado ao óbito do feto, podendo não apresentar coagulopatias (grau 3A) ou possuir coagulopatias (grau 3B) (PAIVA; FEITOSA, 2017).

Após a identificar o DPP, o primeiro cuidado é a reposição da volemia e manutenção da perfusão tecidual correta para impedir o choque. O tratamento de casos sintomáticos e possíveis complicações dependem do esvaziamento do útero, sendo que variará de acordo com a vitalidade fetal, e com a instabilidade hemodinâmica da mãe (MARTINS-COSTA et al.,2017).

O interesse neste caso se explica pela difícil identificação de casos assintomáticos de DPP e do útero de Couvelaire, que com evolução rápida podem culminar em mal prognóstico materno e morte fetal. Assim, o objetivo deste trabalho é buscar indícios que possam indicar, mesmo nos pacientes assintomáticos, a presença de DPP e do útero de Couvelaire, a fim de evitar a evolução desfavorável destes casos.

2. Descrição do caso

MCLC, 34 anos, G4 P2 A1 (quatro gestações, dois partos cesáreos, um aborto, respectivamente), com gestação de 35 semanas e 2 dias e pré natal de risco habitual, com antecedente obstétrico de aborto na 1º gestação, pré-eclâmpsia em sua 2º gestação e 3º gestação com parto cesáreo sem intercorrências e gestação atual sem intercorrências, com 6 consultas pré-natais e realização de ultrassom no dia anterior ao evento com indicação de normalidade nos parâmetros fetais. Paciente procurou atendimento na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis

apresentando fraqueza e dificuldade para deambular. Relatou que no dia do evento percebeu diminuição dos movimentos fetais, referindo tontura, desmaio e vômitos. Além disso, sentiu contrações esparsas, incorrendo em seguida em contrações contínuas e intensas. No atendimento, apresentava-se em regular estado geral, hipocorada ++/4+, Pressão Arterial: 100x70 mmHg, hipertonia uterina, batimentos cardíacos fetais inaudíveis, ao toque vaginal o colo se apresentava fechado e sem sangramento. A ultrassonografia obstétrica evidenciou ausência de batimentos cardíacos fetais, e doppler de artéria umbilical sem fluxo.

Foi realizado interrupção da gestação com cesariana de urgência e extração de natimorto, cefálico, sendo tentado manobras de reanimação segundo protocolo de neonatologia (Ventilação Pressão Positiva, entubação orotraqueal) em sala de parto imediatamente após extração do mesmo, sem sucesso, onde o mesmo já apresentava rigidez cadavérica. O peso ao nascer era de 2400 g e estatura 48 cm. Os familiares foram chamados para ver o RN e o Pai não concordou em mandar o corpo para o serviço de verificação de óbito (SVO).

Foi constatada grande quantidade de coágulos e área de descolamento total da superfície placentária (DPP). O útero apresentava-se hipotônico e, ao ser exteriorizado, constataram-se hematomas e sufusões hemorrágicas em sua superfície (útero de Couvelaire). Paciente foi encaminhada para a UTI do mesmo hospital apresentando hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas (Síndrome de HELLP) onde permaneceu por 3 dias até estabilização.

Foi
recebeu



transferida para a
enfermaria e
alta após 4 dias.

Figura 1- Visualização do útero: A- Útero após extração fetal, dequitação e histerorráfia; B- Visualização posterior do útero.

3. Discussão

De acordo com Brãlia et al. (2018), as causas do DPP são na maioria das vezes desconhecidas, sendo que, dentre as causas identificadas, os traumas são os mais comuns. No caso relatado, a síndrome de HELLP foi identificada como causa da condição apresentada. A síndrome de HELLP é uma entidade clínica que ocorre na pré-eclâmpsia e eclampsia, diagnosticada pela presença de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018). O desequilíbrio do metabolismo prostanoide com predomínio do tromboxano A₂ sobre a prostaciclina provoca um vasoespasmos generalizado, causando dano endotelial, agregação plaquetária e depósito de fibrina, base fisiopatológica da síndrome de HELLP (GARCÍA; ESTEVEZ, 2000).

Como fatores de risco pode-se destacar a idade materna acima de 30 anos, a multiparidade e o histórico de pré-eclâmpsia e parto cesário em gestações anteriores.

O diagnóstico não foi feito no momento adequado devido à ausência de sinais clássicos do DPP como dor abdominal e sangramento vaginal (MONTENEGRO; REZENDE, 2014). Porém, observou-se a presença de sinais da síndrome obstétrica como a contração uterina permanente e ausência dos movimentos fetais, além dos sinais da síndrome hemorrágica como hipotensão e de choque como lipotimia e palidez cutânea (BRÃLIA et al., 2018). Consequentemente, houve mal prognóstico, com morte do feto, desenvolvimento do útero de Couvelaire e encaminhamento da paciente para UTI.

A interrupção da gestação com cesariana de urgência e extração do feto foram os procedimentos escolhidos, já que o estado materno não era estável. É indicado o parto vaginal quando o estado materno é estável, pois o rompimento da bolsa amniótica oferece vantagens como: reduz a compressão da veia cava inferior; dificulta a ampliação da área do descolamento; melhora a hipertonia uterina; coordena as contrações; diminui a hemorragia; evidencia o hemoâmnio; diminui a pressão intrauterina; diminui a incidência de coagulopatias ou melhora-as quando já instaladas (OYELESE; ANANTH, 2006).

A internação na UTI para controle da síndrome de HELLP é o indicado para estabilização da paciente no pós parto. Não foi relatado os procedimentos realizados, mas as novas alternativas de terapia para a síndrome de HELLP é a administração de dexametasona 10 mg IV q12h quando a contagem de plaquetas for menor que 100.000, plaquetas quando houver sangramento ativo ou se a contagem for menor que 20.000 e plasmaferese, que tem tido um sucesso limitado e não é rotineiramente recomendado (UPADYA; RAO, 2018).

Levando em conta o mal prognóstico apresentado nos casos de DPP assintomáticos como o apresentado, é possível concluir que, é de extrema importância um acompanhamento pré-natal

cuidadoso, atentando para os fatores de risco para o DPP, especialmente para as pacientes com condições crônicas. Recomenda-se o exame de ultrassom, especialmente no primeiro trimestre, para a classificação do grupo de alto risco de gestantes. (BRÁLIA et al., 2018).

4. Conclusão

O DPP é definido como separação da placenta ao corpo do útero, parcial ou total, antes do parto, podendo estar associado ao útero de Couvelaire e apresentar possível aumento demorbimortalidade para mãe e feto. O caso relatado apoiado por artigos mostra a importância de um pré-natal cauteloso para um possível DPP, atentando-se aos fatores de risco. O diagnóstico é principalmente clínico, podendo ser complementado por exames laboratoriais e de imagens. O trabalho objetivou identificar casos de um possível DPP e útero de Couvelaire mesmo nas pacientes mais assintomáticas, desse modo, é preciso prosseguir na investigação sintomatologia, diagnóstico, tratamento e evolução clínica dessas condições patológicas.

REFERÊNCIAS

BRÁLIA, A.D., et al; Placental abruption: etiopathogenic aspects, diagnostic and therapeutic implications. **Romanian Journal of Morphology & Embryology, Romania**, v.59, n.1, 2018.

FEBRASGO- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E

OBSTETRÍCIA. **Manual Pré-Eclâmpsia nos seus diversos aspectos**. São Paulo: Contexto, 2017, 56p.

GARCÍA,L.A.C.; ESTEVEZ,G.D.; Síndrome de Hellp. **Revista Hospital Juarez de México, México**, v.67, n.4, 2000.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R.P.V.; ZUGAIB, M.; Pré- eclâmpsia. **Revista de medicina- revista USP**, São Paulo, v.92, n.2, mar./abr 2018.

MARTINS-COSTA, S.H., et al.; Rotinas em Obstetrícia: 7,ed, Porto Alegre: Editora Artmed, 2017.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, J.;**Obstetrícia Fundamental**: 13. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2014.

NUNES, R.D.; BERTUOL, E.; SIQUEIRA, I.R.; Avaliação dos fatores associados aos resultados neonatais no descolamento prematuro de placenta. **Arquivos catarinenses de medicina**, Santa Catarina, v. 45, n.4, out/dez 2016.

OYELESE, Y.; ANANTH, C.V.; Placental Abruption. **Obstetrics and Gynecology**, Estados Unidos, v.108, v. 4, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Protocolo clínico Descolamento Prematuro da Placenta- 2015, Ceará, 1p.

UPADYA, M.; RAO, S.T.; Hypertensive disorders in pregnancy. **Indian Journal of Anaesthesia**, India, v.62, n.9, sep. 2018.

VEGAS, C.E.P.; Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo. **Revista de medicina- revista USP**, São Paulo, v. 97, n. 2, mar./abr 2018.