

HISTERECTOMIA PUPERAL POR ÚTERO DE COUVELAIRE: UM RELATO DE CASO

XV Congresso Sergipano de Ginecologia e Obstetrícia, 1ª edição, de 12/09/2024 a 14/09/2024
ISBN dos Anais: 978-65-5465-122-6

SANTOS; Letícia Gabriella Aragão Lima¹, **VIEIRA;** Thais Francielle Santana², **OLIVEIRA;** Sâmarah Andrade³, **BRITO;** Vinícius Alberto Nascimento de⁴, **CHAVES;** Renata Calhau Bezerra⁵, **OLIVEIRA;** Mikaelly Aparecida Gois⁶

RESUMO

RESUMO O descolamento prematuro de placenta (DPP) é importante fator determinante de morbimortalidade materna e fetal, por representar uma das principais causas de hemorragia na gestação. Seu diagnóstico é eminentemente clínico, mas ainda configura um desafio à assistência à saúde da mulher, por muitas vezes cursar com rápida e grave evolução, trazendo consequências severas para o binômio mãe-feto. Dentre as repercussões mais temidas, o útero de Couvelaire ganha destaque pela ameaça à vida reprodutiva da mulher e à exigência de técnica cirúrgica ágil e precisa. O objetivo deste estudo foi discutir os aspectos mais relevantes do DPP e o manejo clínico-cirúrgico de uma de suas mais graves apresentações, o útero de Couvelaire. **INTRODUÇÃO** O DPP é definido como a separação da placenta perante a decídua basal, antes do nascimento, em gestações que já ultrapassaram as 20 semanas. Sua fisiopatologia ainda é alvo de estudos, mas sabe-se que o mecanismo imediato consiste na rotura de vasos na interface placenta-decídua. Quando arterial, este sangramento tende a evoluir de maneira rápida, com descolamento extenso e rápido desenvolvimento de manifestações potencialmente fatais. Desta forma, a gestante com DPP costuma se apresentar com dor abdominal súbita e intensa, associada a tônus uterino aumentado e sangramento vaginal, podendo haver repercussões na vitalidade fetal. O diagnóstico é clínico e a resolução da gestação geralmente se impõe como medida salvadora, sendo na via de parto cirúrgica comumente observada intensa infiltração sanguínea miometrial, justificando os elevados índices de atonia uterina nestes casos. **DESCRÍÇÃO DO CASO** FS, 32 anos de idade, secundigesta com parto cesáreo anterior e antecedente pessoal de eclâmpsia, 29 semanas e 2 dias de idade gestacional, apresenta-se ao pronto atendimento obstétrico com queixa de dor em andar inferior do abdome e sangramento vaginal de pequena monta. Ao exame inicial, apresentava-se hemodinamicamente estável, com pressão arterial de 106x60 mmHg, sem evidências de sofrimento fetal pelo método auscultatório, que revelava BCF de 120bpm. Ao toque vaginal, notado colo uterino grosso, impérvio, com sangramento discreto e escurecido. Durante analgesia intravenosa e observação clínica, paciente evolui com sangramento vaginal aumentado, desta vez vermelho-vivo, acompanhada de tônus uterino aumentado, sendo conduzida ao centro obstétrico para resolução da gestação via cesariana, sob suspeita de DPP. Realizada extração de feto único, com batimento cardíaco ausente, sendo prontamente assistido em sala de parto, com Apgar 0/5. Após a extração placentária, observou-se área de descolamento placentário de cerca de 40%, bem como extensa infiltração miometrial por sufusões hemorrágicas, configurando o útero de Couvelaire. A hipotonia uterina severa decorrente desta complicaçāo foi manejada com massagem uterina, ocitocina, ergotamina e ácido tranexâmico intravenosos, seguidos de misoprostol via retal e ocitocina em cornos uterinos bilateralmente. Não havendo resposta às medidas manuais e farmacológicas, prosseguiu-se às medidas cirúrgicas, sendo inicialmente realizada ligadura de artérias uterinas e posteriormente a sutura de B-Lynch, seguidas de histerectomia subtotal por refratariedade da hipotonia uterina. Optado por preservação do colo uterino devido à dificuldade técnica e tempo cirúrgico prolongado, com grande perda sanguínea. Paciente necessitou de transfusão de hemocomponentes por anemia

¹ Hospital Amparo de Maria, draleticiaaragao@gmail.com

² Hospital Amparo de Maria, thaisfranciely@hotmail.com

³ Hospital Amparo de Maria, samarahaol@gmail.com

⁴ Hospital Amparo de Maria, vini1988@msn.com

⁵ Hospital Amparo de Maria, renatacalhauches@gmail.com

⁶ Hospital Amparo de Maria, mikaelly.gois@hotmail.com

severa, porém evoluiu satisfatoriamente no puerpério imediato e recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós operatório. **DISCUSSÃO** O DPP complica 3 a 10 nascimentos a cada 1000. Sua fisiopatologia envolve diversos eventos, que vão desde distúrbios vasculares até anormalidades na implantação placentária, porém seu mecanismo imediato consiste na rotura de vasos da interface materno-fetal, ocasionando sangramento e consequente separação prematura entre decídua basal e placenta. Os vasos envolvidos comumente são de origem materna, podendo ser arteriais ou venosos. O sangramento arterial promove descolamento completo ou quase completo, devido à dissecção extensa e à sua rápida evolução, apresentando-se por isso de maneira mais agressiva e potencialmente fatal. É possível ainda que o DPP tenha evolução crônica, a exemplo de sangramentos venosos, desenvolvimento anormal da artéria espiralada, infarto placentário e descolamento periférico, quando tende a ser autolimitado e com menores repercussões ao binômio. A etiologia do sangramento pode ser de fácil reconhecimento quando há trauma abdominal ou descompressão uterina brusca, como nas gestações gemelares e na polidramnia, porém na ausência de evento mecânico, nem sempre é possível determinar com segurança o seu desencadeante. À exceção destes casos, constituem fatores de risco para DPP história pessoal e familiar, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, uso de cocaína e presença de anormalidades estruturais uterinas, como malformações congênitas, sinéquias e leiomiomas. Classicamente, o DPP se apresenta com sangramento vaginal, que pode associar-se ou não à dor abdominal, lombalgia, trabalho de parto prematuro e taquissistolia. No entanto, há fraca correlação entre o volume do sangramento e à extensão da área descolada, ocorrendo por vezes descolamento oculto, com pequena ou nenhuma exteriorização de sangramento via vaginal. Por este motivo, gestantes que se apresentam ao pronto atendimento obstétrico merecem avaliação clínica e do bem estar fetal. Uma vez identificada hipotensão materna e/ou padrão fetal não tranquilizador é possível que haja significativa área de descolamento. Algumas ferramentas podem ser utilizadas em caso de dúvida diagnóstica e uma vez assegurada estabilidade materno-fetal. Sabe-se hoje que os distúrbios de coagulação desenvolvem-se rapidamente, sendo o fibrinogênio o melhor marcador a se relacionar com a gravidade do descolamento, à presença de coagulação intravascular disseminada (CIVD) e à necessidade de hemotransfusão. A ultrassonografia também é um recurso válido, sobretudo para diagnóstico diferencial, onde o principal achado é o hematoma retroplacentário, porém sua ausência não descarta DPP. A despeito dos recursos disponíveis, o diagnóstico de DPP é clínico, não se justificando o atraso nas medidas para investigação complementar. Na presença de pelo menos uma complicação, o DPP é considerado grave, configurando uma emergência obstétrica. Para a mulher, é possível que haja evolução para choque hipovolêmico, CIVD, injúria renal aguda, falência de múltiplos órgãos e até mesmo óbito. O comprometimento da vida reprodutiva desta paciente também é uma possível consequência, uma vez que a infiltração miometrial pelo sangramento, com desarranjo das fibras musculares e consequente atonia uterina grave (útero de Couvelaire) podem demandar uma histerectomia periparto em circunstância de refratariedade às medidas clínicas. A longo prazo, estas mulheres tendem a apresentar doença cardiovascular prematura e mortalidade geral mais precoce, corroborando para o componente vascular da doença. Para o feto, as consequências dependem essencialmente da extensão do descolamento e da idade gestacional em que ocorre, podendo haver hipoxemia, asfixia, restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade. Mais de 50% dos óbitos perinatais se relacionam à asfixia intra-uterina, que ocorre geralmente a partir de 45% de descolamento. **CONCLUSÃO** O DPP configura importante intercorrência obstétrica, devido à elevada morbidade materno-fetal que agrava. Consiste na disruptura prematura entre as interfaces decidual e placentária, cujos mecanismos e causas ainda não são plenamente conhecidos. Sabe-se, no entanto, que anormalidades vasculares, anatômicas uterinas e de implantação placentária

¹ Hospital Amparo de Maria, draleticiaaragao@gmail.com

² Hospital Amparo de Maria, thaisfranciely@hotmail.com

³ Hospital Amparo de Maria, samarahaol@gmail.com

⁴ Hospital Amparo de Maria, vini1988@msn.com

⁵ Hospital Amparo de Maria, renatacalhuchaves@gmail.com

⁶ Hospital Amparo de Maria, mikaely.gois@hotmail.com

corroboram sobremaneira para a ocorrência desta patologia. Apresenta-se costumeiramente com sangramento vaginal, mas o quadro clínico pode variar a depender da extensão da área descolada, da velocidade de sua instalação e da idade gestacional em que ocorre. Seu diagnóstico é clínico e requer alto grau de suspeição, para intervenção oportuna e consequente redução dos danos ao binômio materno-fetal.

PALAVRAS-CHAVE: histerectomia, descolamento prematuro de placenta, utero de couvelaire