

# Descolamento Crônico da Placenta - Relato de Caso

## Chronic Placental Abruption - A Case Report

Júlio César Faria Couto, Juliana Moysés Barbosa Leite, Cláudia Araújo de Souza Leão Lages  
Antônio Vieira Machado, Sinval Ferreira de Oliveira

### RESUMO

*O descolamento crônico da placenta é um evento raro cujo diagnóstico pode ser feito precocemente utilizando-se a ultra-sonografia. Sangramento vaginal e hipertonia uterina são sinais clínicos encontrados de forma infreqüente. A fisiopatologia do descolamento crônico é pouco conhecida e a importância dos fatores de risco na sua gênese é controversa. O resultado perinatal é insatisfatório, com alta incidência de prematuridade e mortalidade fetal e neonatal. A conduta obstétrica baseia-se na idade gestacional, condições do feto e evolução do hematoma. Nós apresentamos o caso de uma gestação, complicada por descolamento crônico da placenta identificado na 14ª semana de gestação, que evoluiu com crescimento intra-uterino restrito, oligoidrâmnio e óbito neonatal.*

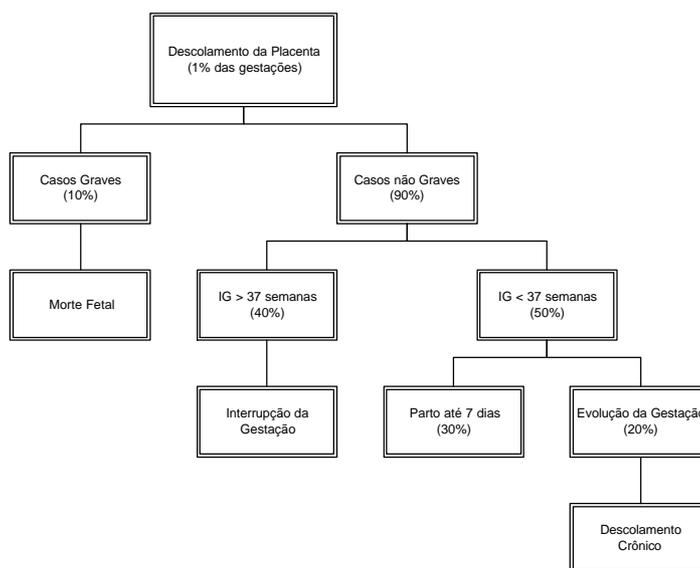
**PALAVRAS-CHAVE:** Descolamento prematuro da placenta. Complicações da gravidez.

### Introdução

Descolamento da placenta é definido como a separação da placenta normalmente implantada previamente ao parto. Trata-se de evento raro, ocorrendo em aproximadamente 1% das gestações<sup>1</sup>. Desse total, 10% dos casos serão graves, levando à morte fetal, e outros 40% ocorrerão após a 37ª semana, tendo a interrupção da gestação como conduta de escolha. Dentre os 50% restantes, que ocorrem antes da 37ª semana, cerca de 30% dos fetos nascerão até 7 dias após o descolamento, restando uma população de 20% de gestantes que terão seu parto em prazo superior a uma semana após o descolamento<sup>1</sup> (Figura 1). Essas pacientes têm o diagnóstico de descolamento crônico da placenta.

Os sintomas e sinais clínicos são pouco freqüentes. Dessa forma, o diagnóstico do descolamento da placenta é realizado através da ultra-sonografia, o que possibilita também o acompanhamento do crescimento fetal e da evolução do hematoma.

Serviço de Ultra-Sonografia e Medicina Fetal - Santa Casa de Belo Horizonte - BH  
Correspondência  
Júlio César Faria Couto  
Avenida Flávio dos Santos, 335/403 - Floresta  
31015-150 - Belo Horizonte - MG  
Tel: (31) 3481-1887; Fax: (31) 3261-6013  
e-mail: [julianamb@uol.com.br](mailto:julianamb@uol.com.br)



**Figura 1** - Algoritmo mostrando a incidência do descolamento crônico da placenta e a conduta em função da idade gestacional e da gravidade do descolamento.

As taxas de mortalidade perinatal são elevadas, variando entre 20 e 40%, com mortalidade materna chegando a 6%<sup>1</sup>. Nós apresentamos um caso que ilustra as conseqüências adversas dessa condição patológica.

### Relato de Caso

Trata-se de uma gestante de 37 anos, G<sub>3</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub>, encaminhada ao serviço de Medicina Fetal da Santa

Casa de Belo Horizonte na 30ª semana de gestação para investigação de crescimento intra-uterino restrito (CIUR). A paciente não apresentou nenhuma intercorrência clínica durante a gestação e não relatava antecedentes relevantes. Seu exame clínico à admissão era normal.

Ao exame obstétrico apresentava altura uterina de 28 cm, BCF presente, ausência de contrações uterinas e de sangramento vaginal. A paciente trouxe consigo vários exames ultrasonográficos realizados no serviço de origem. O primeiro, na 14ª semana, revelava uma estrutura heterogênea retroplacentária medindo 3,2 cm deslocando a placenta em direção à parede anterior do útero. Ultra-sonografias realizadas na 26ª e 30ª semanas mostraram descolamento da parte central da placenta com imagem anecóica ocupando a região retroplacentária, associado a CIUR.

Uma ultra-sonografia realizada no momento da admissão da paciente na Santa Casa confirmou o CIUR, com peso fetal estimado em 570 gramas (abaixo do percentil 3 para a idade gestacional), associado a oligodrâmnio acentuado e artéria umbilical com diástole zero. A placenta situava-se na região central do útero, totalmente descolada da parede uterina, apresentando imagem anecóica na região retroplacentária que ocupava todo o fundo do útero, deslocando a placenta em direção ao colo (Figura 2). A suspeita diagnóstica foi de descolamento crônico da placenta com hematoma retroplacentário, sendo indicada interrupção imediata da gestação por cesariana, com nascimento de recém-nascido do sexo feminino, Apgar 6 no primeiro minuto e 8 no quinto minuto, pesando 670 gramas, e que evoluiu para o óbito após 8 dias.



Figura 2 - Ultra-sonografia evidenciando descolamento da porção central da placenta com imagem anecóica na região retroplacentária.

A paciente evoluiu com anemia grave (hemoglobina = 5,0 g/dl), sendo hemotransfundida. Não apresentou outras intercorrências e recebeu alta hospitalar 7 dias após o parto. O estudo anatomopatológico da placenta revelou extensa hemorragia parenquimatosa, com áreas de infarto recente e congestão dos vasos nas vilosidades coriônicas e no cordão umbilical (Figura 3).

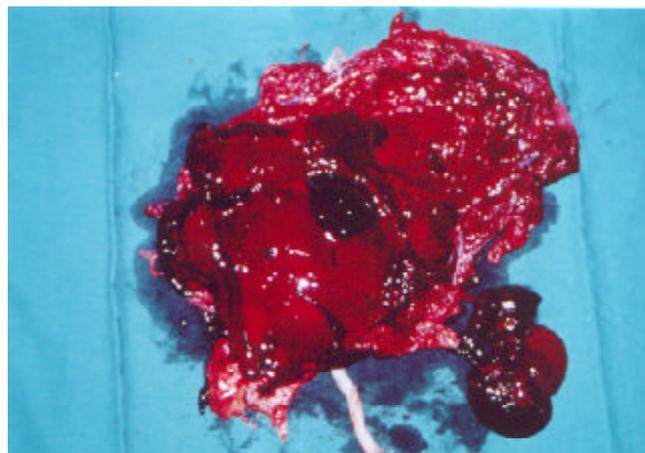


Figura 3 - Aspecto macroscópico da placenta onde se observa extenso hematoma placentário.

## Discussão

O descolamento crônico da placenta é um evento raro, com incidência de 0,53/1000 gestações<sup>2</sup>, entretanto, pouco tem sido escrito sobre essa doença, bem como as alterações ultra-sonográficas observadas e a evolução da gestação.

Segundo Elliot et al.<sup>1</sup>, o descolamento da placenta pode ser provocado por sangramento arterial ou venoso<sup>1</sup>. Sangramento arterial está relacionado a processo patológico das artérias espiraladas, estando associado a fatores de risco como hipertensão arterial, trauma, descompressão uterina súbita, além de tabagismo e deficiência nutricional. O sangramento arterial é mais abundante e de maior pressão, aumentando o risco de dissecação extensa da placenta com descolamento grave e descompensação fetal aguda. O descolamento crônico nesses casos é pouco freqüente. Harris<sup>3</sup> propôs a fisiopatologia do descolamento de origem venosa, segundo a qual um aumento da pressão venosa uterina levaria à ruptura das grandes cadeias venosas subjacentes à porção periférica da placenta. O sangue dissecaria a membrana e eventualmente coágulos poderiam se localizar entre o córion e a decídua, levando à formação do hematoma.

A literatura é controversa em relação à importância dos fatores de risco associados ao descolamento crônico da placenta. Dieckmann<sup>4</sup> classificou o descolamento crônico da placenta em tóxico e atóxico: o primeiro relacionado à hipertensão arterial e o segundo a outras causas como placentas anormais, cordão curto, traumas, deficiência de ácido fólico, e desnutrição. Esse estudo foi reforçado por Pritchard et al.<sup>5</sup>, que observaram uma frequência de descolamento crônico cinco vezes maior em pacientes hipertensas. Posteriormente, Shankin e Scott<sup>2</sup> analisando 19.000 placentas, observaram 10 casos de trombo-hematoma e concluíram que não existem fatores maternos predisponentes para essa condição. Sauerbrei e Pham<sup>6</sup>, por sua vez, encontraram em 30% das pacientes estudadas fatores que poderiam predispor a separação marginal da placenta.

Os sinais e sintomas clínicos são pouco frequentes. A evolução lenta e crônica se traduz por uma pequena perda sangüínea pelos genitais externos e discreta excitabilidade uterina. A ultrasonografia permite o diagnóstico precoce por meio de achados específicos como presença de imagem hipocóica ou anecóica retroplacentária, margem placentária anormal, placenta difusamente aumentada e irregular, podendo haver sua protrusão para a cavidade amniótica. A ecogenicidade do hematoma depende do tempo de sua evolução. Sangramento recente é usualmente anecóico; com sua organização ele torna-se mais ecogênico e quando inicia-se sua hemólise, após algumas semanas, ele torna-se novamente anecóico. O estudo ultra-sonográfico seriado é a única ferramenta útil para monitorização do crescimento fetal e acompanhamento da evolução do hematoma, permitindo em alguns casos uma conduta

expectante. Oligodrâmnio ocorre em cerca de 60% dos casos<sup>6</sup>, desenvolvendo-se entre a 3<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> semana após o descolamento<sup>7</sup>. Shenker et al.<sup>7</sup> acreditam que a inadequada função placentária levaria a uma baixa perfusão renal fetal, que seria responsável pelo oligodrâmnio. A monitorização do fluxo sangüíneo feto-placentário por meio do Doppler permite uma melhor avaliação, podendo revelar um comprometimento hemodinâmico fetal, além de permitir o diagnóstico diferencial com corioangioma, em que se observa fluxo no interior da massa. Outros quadros como mola hidatiforme, placenta de gestantes diabéticas, anemia grave e infecções devem ser excluídos.

O diagnóstico definitivo é obtido pelo estudo anatomopatológico, no qual observam-se áreas de coágulos antigos ricos em fibrina com poucas células vermelhas de permeio, associadas a áreas de coágulos recentes com células vermelhas preservadas formando uma estrutura de aspecto laminar<sup>8</sup>.

O resultado perinatal é insatisfatório, com uma incidência de 80% de prematuridade e com mortalidade fetal chegando a 70%<sup>2</sup> (Tabela 1). Sauerbrei e Pham<sup>6</sup> estudaram 30 gestantes apresentando descolamento de placenta com hematoma subcoriônico na primeira metade da gestação e observaram que em 50% dos casos a gestação terminou de forma anormal: 7 (23%) apresentaram parto prematuro; 4 (13%) foram natimortos; houve 3 (10%) abortos espontâneos e 1 aborto terapêutico. Rivera-Alsina et al.<sup>9</sup> relacionaram o prognóstico fetal com o tamanho do hematoma, observando que coágulos maiores de 480 ml associam-se com pior prognóstico, assim como sangramentos repetitivos.

**Tabela 1** – Casos de descolamento crônico diagnosticados pela ultra-sonografia.

Autor, ano	Casos	IG do diagnóstico (semanas)	IG do parto (semanas)	Fatores de risco	Peso ao nascimento(g)	CIUR	Via de parto	Evolução neonatal
Almond et al., 1983 <sup>8</sup>	1º	36	38	NR	2.560	Presente	Cesariana de urgência	Óbito após 20 minutos
	2º	32	33	NR	1.350	Presente	TPESP	Boa evolução
Olah et al., 1987 <sup>12</sup>	1º	25	29	NR	1.200	Ausente	Cesariana de urgência	Óbito com 5 dias
Machado et al., 1988 <sup>10</sup>	1º	19	25	HAS, tabagismo	1.000	NR	TPESP	Natimorto
Maia e Mathias, 1990 <sup>11</sup>	1º	35	35	HAS	2.200	NR	Cesariana de urgência	Boa evolução
	2º	33	34	HAS	1.650	NR	Cesariana de urgência	NR
	3º	28	31	HAS	1.600	NR	Cesariana de urgência	Boa evolução
	4º	22	37	Nenhum	3.160	NR	Cesariana eletiva	Boa evolução
Thomas et al., 1992 <sup>15</sup>	1º	24	24	NR	270	Presente	NR	Natimorto
	2º	18	35	Hipertireoidismo	1.380	Presente	Cesariana eletiva	Boa evolução
Tam et al., 1997 <sup>14</sup>	1º	16	34	NR	1.290	Presente	Cesariana eletiva	Boa evolução
Richards e Bennett, 1998 <sup>13</sup>	1º	24	24	Tabagismo	547	Presente	Cesariana de urgência	Boa evolução
Este estudo	1º	14	30	Sem patologias prévias	670	Presente	Cesariana de urgência	Óbito no 8º dia

IG = idade gestacional ; CIUR = crescimento intra-uterino restrito; HAS = hipertensão arterial sistêmica; NR = não relatado; TPESP = trabalho de parto espontâneo

A presença de descolamento crônico da placenta não justifica uma intervenção imediata. O tratamento baseia-se na idade gestacional, nas condições do feto e na evolução do hematoma. Em pequenos hematomas sem maturidade fetal comprovada, a conduta conservadora poderá ser instituída, desde que se realize acompanhamento ultra-sonográfico com Doppler seriado para avaliação do crescimento fetal, evolução do hematoma e da circulação feto-placentária. Mesmo assim, deve-se lembrar que o descolamento crônico da placenta apresenta evolução imprevisível. Diante de hematomas com grandes áreas de descolamento ou feto com maturidade pulmonar comprovada a interrupção da gestação deve ser imediata.

---

## ABSTRACT

*Chronic placental abruption is a rare condition that can be early detected by ultrasound. Vaginal bleeding and uterine excitability can be present in an infrequent way. Chronic placental abruption physiopathology is unknown and there are no consistent medical risks that predispose to this condition. The perinatal outcome is poor and is often associated with prematurity and fetal or perinatal death. The obstetric treatment depends on the gestational age, fetal conditions and the size of the clot. We present a case of a chronic placental abruption diagnosed in a 14-week gestation complicated by intrauterine growth retardation, oligohydramnios and perinatal death.*

**KEY WORDS:** *Placental abruption. Thrombohematoma, treatment.*

---

## Referências

- Elliott JP, Gilpin B, Strong TH, Finberg HJ. Chronic abruption - oligohydramnios sequence. *J Reprod Med* 1998; 43:418-22.
- Shanklin DR, Scott JS. Massive subchorial thrombohaematoma (Breus'Mole). *Br J Obstet Gynaecol* 1975; 82:476-87.
- Harris BA. Peripheral placental separation: a review. *Obstet and Gynecol Surv* 1988; 43:577-81.
- Dieckmann WJ. Blood chemistry and renal function in abruptio placentae. *Am J Obstet Gynecol* 1936; 31:734.
- Pritchard J, Mason R, Corley M, Pritchard S. Genesis of severe placental abruption. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 108:22-7.
- Sauerbrei EE, Pham DH. Placental abruption and subchorionic hemorrhage in the first half of pregnancy: US appearance and clinical outcome. *Radiology* 1986; 160:109-12.
- Shenker L, Reed KL, Anderson CF, Borjon NA. Significance of oligohydramnios complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164:1597-600.
- Almond DC, Fenton DW, Kennedy A, Pryce WIJ. Ultrasonic evidence that massive subchorial thrombohematoma is an antemortem event. *J Clin Ultrasound* 1983; 11:49-53.
- Rivera-Alsina ME, Saldana LR, Maklad N, Korp S. The use of ultrasound in the expectant management of abruptio placentae. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146:924-27.
- Machado LC, Gomes MRA, Campmany MCE, Nestarez JE. Descolamento prematuro de placenta com evolução crônica: relato de um caso. *Rev Paul Med* 1988; 106:50-2.
- Maia NLF, Mathias L. Descolamento prematuro da placenta. *Rev Paul Med* 1990; 109:5-8.
- Olah KS, Gee H, Rushton I, Fowlie A. Massive subchorionic thrombohematoma presenting as a placental tumour. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1987; 94:995-7.
- Richards DS, Bennett BB. Prenatal diagnosis of massive subchorionic thrombohematoma. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11:364-66.
- Tam WH, Fung HYM, Fung TY, Lau TK, To KF. Intrauterine growth retardation and transverse lie due to massive subchorionic thrombohematoma and overlying large subchorionic cyst. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:381-83.
- Thomas D, Makhoul J, Müller C. Fetal growth retardation due to massive subchorionic thrombohematoma: report of two cases. *J Ultrasound Med* 1992; 11:245-47.

Recebido em: 23/07/01  
Aceito com modificações em: 13/12/01