

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Ginecologia  
Medicina - 88.1.

Hemorragias do  
terceiro trimestre da  
gravidez.

Doutoranda:  
Luciane Teurinha Ramelow.  
RAMLOW

Florianópolis - 87.

## Hemorragias da segunda metade da gravidez

Na 2ª metade da gravidez, predominantemente no último trimestre, dois quadros hemorrágicos sobressaem-se pela importância e frequência: o deslocamento prematuro da placenta (DPP) e a inserção heterotópica da placenta - placenta prévia (PP). Menos comuns, são a ruptura do sítio marginal da placenta e a ruptura espontânea ou traumática do útero.

Outras afecções podem estar associadas à gravidez e ocasionar sangramento genital, nessa fase como o câncer de colo, os pólipos cervicais, as erosões do colo, e as varizes vulvo-vaginais. Contudo, esses não são problemas específicos da gravidez e, muito menos de sua fase final.

Extremamente raras são as hemorragias provocadas pela variz prévia e placenta circunvalada, cuja comprovação só se alcança após o seu nascimento.

# 1. Descolamento prematuro da placenta - DPP.

Consiste no descolamento da placenta antes da saída do feto, levando a sofrimento e morte fetal em gestação de 20 ou mais semanas (OMS).

a) Incidência - Segundo Rezende, tem-se um caso em cada 100 gestações normais. É responsável por 15-25% das mortes perinatais.

b) Etiopatofenica - está longe de ser desvendada totalmente.

Hipóteses:

1.1 - Hipertensão - a pressão diastólica maior que 95 mmHg. Responsável por 50% dos DPP.

Toxemia → arteriolite degenerativa dos vasos da decídua

↓  
Obliteração da luz do vaso

↓  
Roturas intra e extra-vasculares

DPP ←

← Exsudatos sangüíneos na decídua ←

## b.2. fator mecânicos

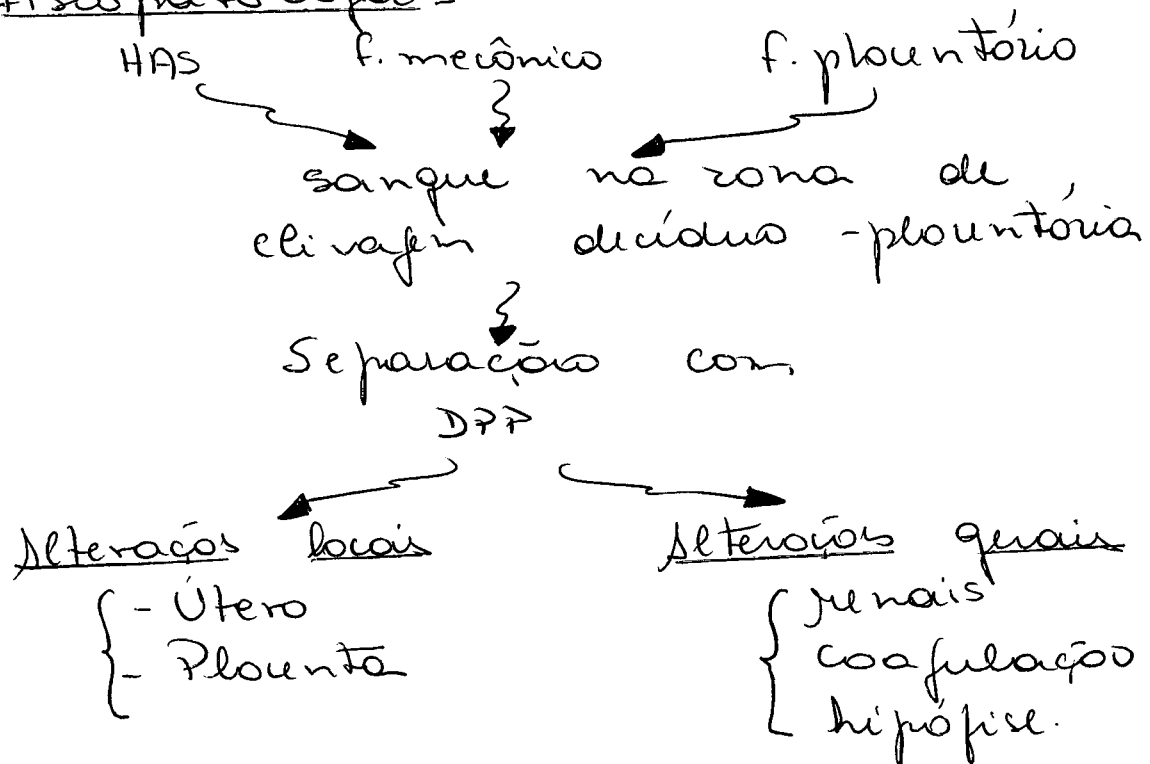
- Trauma direto sobre o ventre, especialmente na placenta inserida na parede ventral do útero.
- Bruidade do cordão - relativa (circunferência do cordão) ou absoluta.
- Torção do útero grávido
- retração uterina intensa - após expulsão do 1º feto qdo a grávida é gemelar ou esvaziamento brusco de polihidramnion.

## b.3. fator placentário -

- necrose da decidua basal
- Grandes enfartes. (furo, avensia)

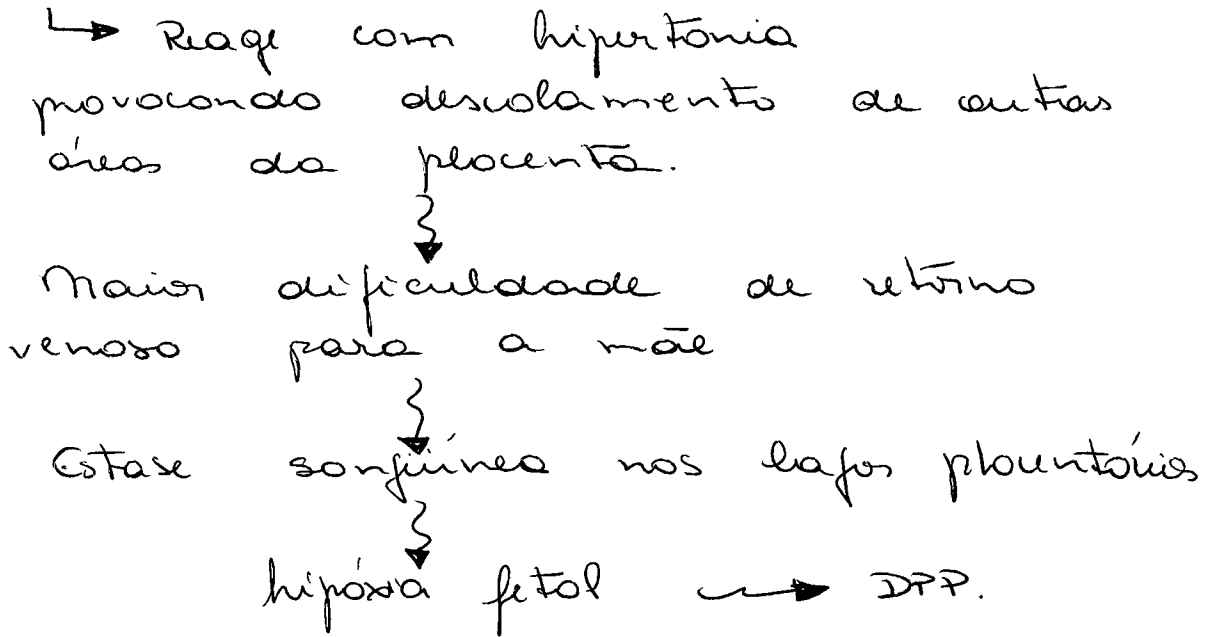
As grávidas que param de fumar diminuem a metade a incidência de DPP.

## c. fisiopatologia -

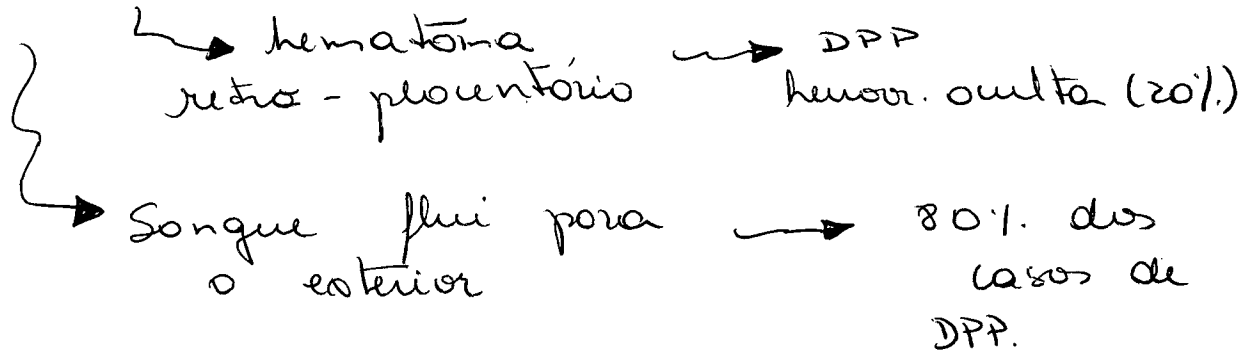


## Alterações locais:

### ÚTERO -



### PLACENTA -



Em 10-20% dos casos de DPP, há infiltração sanguínea no miométrio, onde ~~dissocia~~ ~~o~~ o sistema de miofibrilas, dando atonia uterina pós-parto. É a chamada apoplexia miometrial (útero de conversaire).

## Alterações gerais -

### 1. Alterações da coagulação -

Invasão de circ. mat. de tromboplastina

→ protrombina

↳ trombina

↳ Esgota o fibrinogênio circulante.

(CIDV)

Segundo Rezende ocorre em 38% dos casos. Já nos estudos de Costa Ferreira, Murat e Prado (SP), supõem que a ocorrência de CIVD é precoce e incide sem exceção em todos os casos de DPP. Ainda supõem que a disfunção no sangue de produtos de degradação de fibrinogênio comprova o fenômeno de coagulopatia antes que clinicamente se possa, ou por outros métodos qualquer.

Prado ainda supõe:

- fenômeno é precoce e ocorre em todos os casos
- fenômeno ocorre pela invasão de tromboplastina na mãe, dando quadro de coagulação intravascular levando consumo de todos os fatores de coagulação.
- Presença do coágulo retroploental justifica o agravamento no consumo desses fatores.

## 2. Alterações renais -

Ocorre necrose tubular e cortical aguda. A 1ª é tratada com diálise, a segunda separadamente se é fatal.

## 3. Alterações hipofisárias

Rela gravidade e duração do quadro pode haver a síndrome de Sheehan.

## .d. Quadro clínico

- Dor abdominal súbita e de intensidade variável
- Hemorragia externa de pequeno volume em 80% dos casos.
- Inemia aguda desproporcional ao sítio visível - Pulso paradoxal de Boer (pulso cheio, de duração pequena que epis. fica filiforme) leva a erros diagnósticos.
- Útero hipertônico
- Sinais de sofrimento fetal

### Graus de DPP:

Grav 0 - sem sintomas

Diagn. retrospectivo pelo exame da placenta (crotora)

Grav 1 - Hemorragia externa s/ sítio oculto  
Sem dor  
Feto sem sofrimento.

Grav 2 - Hemorr. oculta - com ou s/ sítio externo.  
- Dor e útero hipertônico  
- Sofrimento fetal.

Grav 3 - Hemorr. oculta com ou s/ sítio externo  
Útero lenhoso  
Morte fetal  
Choque materno - CIVD e Insufic. renal aguda.

e. Diagnóstico -

é realizado apenas a ultrassonografia para exclusão de outras causas, pois o diagnóstico é essencialmente clínico.

é necessário o diagnóstico diferencial com placenta prévia.

f. Prognóstico

materno - Morte em 3% dos casos  
Parto deve ser precoce,  
pois qto mais tarde, aumento  
os riscos pl. cidv e Lsup. mol.

fetal - Morte em 90% dos casos.

g. Tratamento

Há 3 dados que orientam a conduta:

- a) Caráter evolutivo e gradativo
- b) Ocorrência precoce e inevitável de coagulção intravasular
- c) Relação direta entre incidência e gravidade das lesões.



Isto nos conduz a:

EVACUAÇÃO UTERINA  
PRECOCE.



CESARIANA.



## 2. Placenta prévia (PP)

é a implantação total ou parcial da placenta no segmento inferior do útero, na zona perigosa de Barnes.

1. Incidência - 0,5 a 1% das gestações e aumenta com o período da idade.

### 2. Classificação -

a) lateral - borda inferior da placenta, situando-se 7cm acima do orifício interno.

b) Marginal - borda da placenta atinge o orifício interno.

c) Centro-parcial - placenta ocupa incompletamente o colo.

d) Centro-total - oculta completamente o colo do útero.

### 3. Etiopatogenia -

fatores predisponentes -

a) Multi-paridade - principalmente com intervalos pequenos entre as gestações.

b) Idade avançada

c) Subinvolução uterina

d) Grovidez gemelar

e) Cesárea prévia - placenta insere-se na cicatriz da cesariana prévia.

#### 4. Quadro clínico

- Sangramento silencioso, sem dor, de pequena monta, que se acentua gradativamente, vermelho rubilante, com espoliação mácula da parede.
- Geralmente nos quadros acima de 34 semanas, sendo sua ocorrência durante o trabalho de parto, rara.

Do exame:

- Estética fetal alterada  
obliqua e transversa - 45%  
pélvica - 46%  
céflicas altas

É fundamental evitar toque com exploração interna - as vantagens do diagnóstico preciso não superam o inconveniente do manuseio

#### 5. Diagnóstico

Ultrassonografia - prevalece em 95% dos casos. Diagnóstico só pode ser firmado após 30 semanas, pois antes disso, pode haver infante dos cotilédones, crescimento do útero e fígado do feto = feto.

Diagn. diferencial cl DPP, rotura uterina.

## 6 - Gratamento -

Durante a gravidez - conduta conservadora quando o sqto não ameaçar a vida da puente

Durante o trabalho de parto -

PP total - cesariana, pois ela impede a saída do concepto.

PP parcial - parto vaginal é possível. Contudo, na vigência de sqto abundante com colo preso dilatoes principalmente em nulíparas, aorse-lhe-se a via abdominal.

Optando-se pelo parto vaginal, a amniotomia deve ser feita de imediato, pois favorece a saída do feto comprimindo a plouente

## 7 - Prognóstico -

Morte materna -  $< 1\%$ .

Morte perinatal - 10-25%.

# Diagnóstico diferencial DPP e PP.

PLACENTA PRÉVIA	Descolamento Prematuro
<ul style="list-style-type: none"><li>- Instalação insidiosa, gravidade progressiva.</li><li>- Hemorragia indolor</li><li>- Hemorr. externa vermelho rutilante</li><li>- Primeira hemorr. geralmente moderada.</li><li>- Hemorragia de ruptura</li><li>- " " inespurada, si causa aparente.</li><li>- Útero mole, tons normal</li><li>- Apresentação frequente, não insinuada. Situações anômalas comuns.</li><li>- BCF ⊕ e normal.</li><li>- Ultrassonografia dá o diagnóstico em 95% dos casos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Começo tempestuoso, instalação súbita.</li><li>- Dor forte, no sítio placentário</li><li>- Hemorr. interna no início, depois externa, escura.</li><li>- Hemorr. habitualmente grave.</li><li>- Hemorr. geralmente única.</li><li>- " " vinculada a hipotensas ou froumas.</li><li>- Útero hipertônico, tenso,</li><li>- Não tem significado as apresentações e situações anômalas.</li><li>- BCF ⊕ ou ⊖.</li><li>- ultrassonografia pode ser normal.</li></ul>

## Rotura seio marginal da Placenta.

Caracteriza-se por soluções de continuidade da borda placentária com pequenos sfto e cólicas discretas.  
Condições do feto - inalteradas.  
Diagnóstico só if expulsões do orfão.

## Rotura uterina.

É raro durante a frividez.

### 1- Etiologia -

Traumas.

Espontânea

Na 2ª metade do frividez, os sintomas são discretos. Há dor, metrorragie, e a palpiação há 2 massas distintas - a matriz e o feto.

Choque instola-se gradualmente.

Hto - laparotomia.

Durante o parto é mais comum, não sendo objetivo deste estudo.

## Referências Bibliográficas

CORREA, Mario Dias. Noções práticas de obstetrícia, 9ª edição, SP, 1983.

REZENDE, Yorge; MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia fundamental. 4ª edição, Edit. Guanabara, 1984.

LOPEZ, Mário. Emergências Médicas Edit. Guanabara Koofon, RJ, 1985.

TCC  
UFSC  
TO  
0275

N.Cham. TCC UFSC TO 0275  
Autor: Ramcau, Luciane Te  
Título: Hemorragia do terceiro trimestre



972812281

Ac. 254406

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM