

## **Acretismo placentário – sinais de suspeição na avaliação ecográfica pré-natal de rotina**

### **Placental accretism - signals of suspicion in prenatal echographic evaluation of routine**

DOI:10.34119/bjhrv4n4-187

Recebimento dos originais: 08/07/2021

Aceitação para publicação: 08/08/2021

#### **Vitor Rodrigues Guimarães**

Graduando em Medicina – 8º Período – Uniceplac

Instituição: Uniceplac – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Industria nº 02 Setor Leste - Bairro: Gama - CEP: 72445-020 - Cidade: Brasília - UF: DF

E-mail: mfvitor77@gmail.com

#### **Tiago de Paula Souza Aidar**

Graduando em Medicina – 8º Período – Uniceplac

Instituição: Uniceplac – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Industria nº 02 Setor Leste - Bairro: Gama - CEP: 72445-020 - Cidade: Brasília - UF: DF

E-mail: tiagopsaidar@gmail.com

#### **Warllson Jesus dos Santos**

Graduando em Medicina – 8º Período – Uniceplac

Instituição: Uniceplac – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Industria nº 02 Setor Leste - Bairro: Gama - CEP: 72445-020 - Cidade: Brasília - UF: DF

E-mail: warllson16@gmail.com

#### **Sulthane Joshua Santos Sousa**

Graduanda em Medicina – 8º Período – Uniceplac

Instituição: Uniceplac – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Industria nº 02 Setor Leste - Bairro: Gama - CEP: 72445-020 - Cidade: Brasília - UF: DF

E-mail: sulthane.sousa@hotmail.com

#### **Wilson Tomaz da Silva Júnior**

Graduando em Medicina – 8º Período – Uniceplac

Instituição: Uniceplac – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Industria nº 02 Setor Leste - Bairro: Gama - CEP: 72445-020 - Cidade: Brasília - UF: DF

E-mail: wil.jr.98@gmail.com

**Fernando Antonio Marçal**

Graduado em Medicina – Uniceplac

Instituição: Uniceplac – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Indústria nº 02 Setor Leste - Bairro: Gama - CEP: 72445-020 - Cidade: Brasília - UF: DF

E-mail: fernandomarcal60@gmail.com

**Jackson Lima Azevedo**

Graduado em Medicina – UniEVANGÉLICA

Instituição: UniEVANGÉLICA – Universidade Evangélica de Goiás

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária - Anápolis - GO

E-mail: jacksonmed7@gmail.com

**Rodrigo Costa Tovar**

Graduado em Medicina – UniEVANGÉLICA

Instituição: UniEVANGÉLICA – Universidade Evangélica de Goiás

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária - Anápolis - GO

E-mail: Rodrigotovar10@gmail.com

**RESUMO**

O acretismo placentário é caracterizado por uma invasão anormal do tecido placentário além da camada decídua, fator que corrobora para uma invasão intensa, podendo alcançar a serosa uterina. Sua classificação pode ser compreendida de acordo com a profundidade de penetração – acreta, increta, percreta. Seu diagnóstico complementar envolve os achados ultrassonográficos. Os principais sinais de suspeição que se pode destacar na avaliação ecográfica pré-natal de rotina são a perda do espaço hipoeico retroplacentário, múltiplas lacunas irregulares na espessura placentária, irregularidade da interface entre o útero e a bexiga, adelgaçamento do miométrio subjacente, protuberância da placenta, massa exofítica focal, hipervascularização uterovesical intraplacentária e retroplacentária. Entretanto, a ausência de sinais ultrassonográficos não descarta o diagnóstico de acretismo placentário, especialmente na presença de fatores de risco preditores.

**Palavras-Chave:** Placenta Acreta, Sinais, Ultrassom, Pré-natal.**ABSTRACT**

Placental accretism is characterized by an abnormal invasion of the placental tissue beyond the deciduous layer, a factor that corroborates an intense invasion, which can reach the uterine serosa. Its classification can be understood according to the depth of penetration - accreta, increta, percreta. Its complementary diagnosis involves ultrasound findings. The main signs of suspicion that can be highlighted in routine prenatal ultrasound evaluation are loss of retroplacental hypoechoic space, multiple irregular gaps in placental thickness, irregularity of the interface between the uterus and bladder, thinning of the underlying myometrium, protrusion of the placenta, focal exophytic mass, intraplacental and retroplacental uterovesical hypervascularization. However, the absence of ultrasound signals does not rule out the diagnosis of placental accretism, especially in the presence of predictive risk factors.

**Keywords:** Placenta, Accreta, Signs, Ultrasound, Prenatal.

## 1 INTRODUÇÃO

Definida primeiramente em 1937 pelos obstetras Irving e Hertig, o acretismo placentário (AP) é uma das raras e a mais importante complicação da placenta prévia<sup>1</sup>. Esta patologia é definida histopatologicamente pela ausência parcial ou completa da decídua basal, contribuindo para a invasão agressiva do trofoblasto na zona da cicatriz uterina à segunda camada anatômica do útero, o miométrio, podendo chegar até a camada serosa<sup>2</sup>. Além do quadro de hemorragia provocada na tentativa de remoção ou pelo grau de hipocinesia do órgão, uma das consequências mais dramáticas para a mulher é a perda total do órgão, a histerectomia.

O AP é classificado de acordo com a profundidade invasão: a placenta acreta adere ao miométrio, enquanto que a increta invade o miométrio e a percreta perfura o peritônio, alcançando, por vezes, órgãos vizinhos como a bexiga e os paramétrios, sendo esta última a apresentação mais danosa à gestante.

É do saber que as taxas de AP aumentam de acordo com número de partos cesáreos prévios realizados, sendo estes a principal causa predisponente à patologia, independente das características extrínsecas da gestante, tais como número de partos normais, uso de tabaco ou até mesmo, a presença de hipertensão e/ou diabetes<sup>2</sup>. O aprimoramento das técnicas cirúrgicas, o uso de antibióticos e das transfusões sanguíneas, contribuíram de forma significativa para aumento do número de cesarianas devido à redução da morbimortalidade materna por conta desses avanços tecnológicos<sup>3</sup>.

Nesse sentido, a ultrassonografia diagnóstica aplicada ainda no primeiro trimestre em grávidas com histórico de placenta prévia ou parto cesariano prévio, contribui significativamente para uma busca mais detalhada por sinais de AP e avaliação da profundidade das vilosidades na invasão miometrial, reduzindo as taxas de complicações perioperatórias<sup>4,5</sup>.

O objetivo principal desta revisão é avaliar os sinais de suspeição de AP através ultrassonografia em mulheres que se apresentam no período pré-natal<sup>2</sup>.

## 2 METODOLOGIA

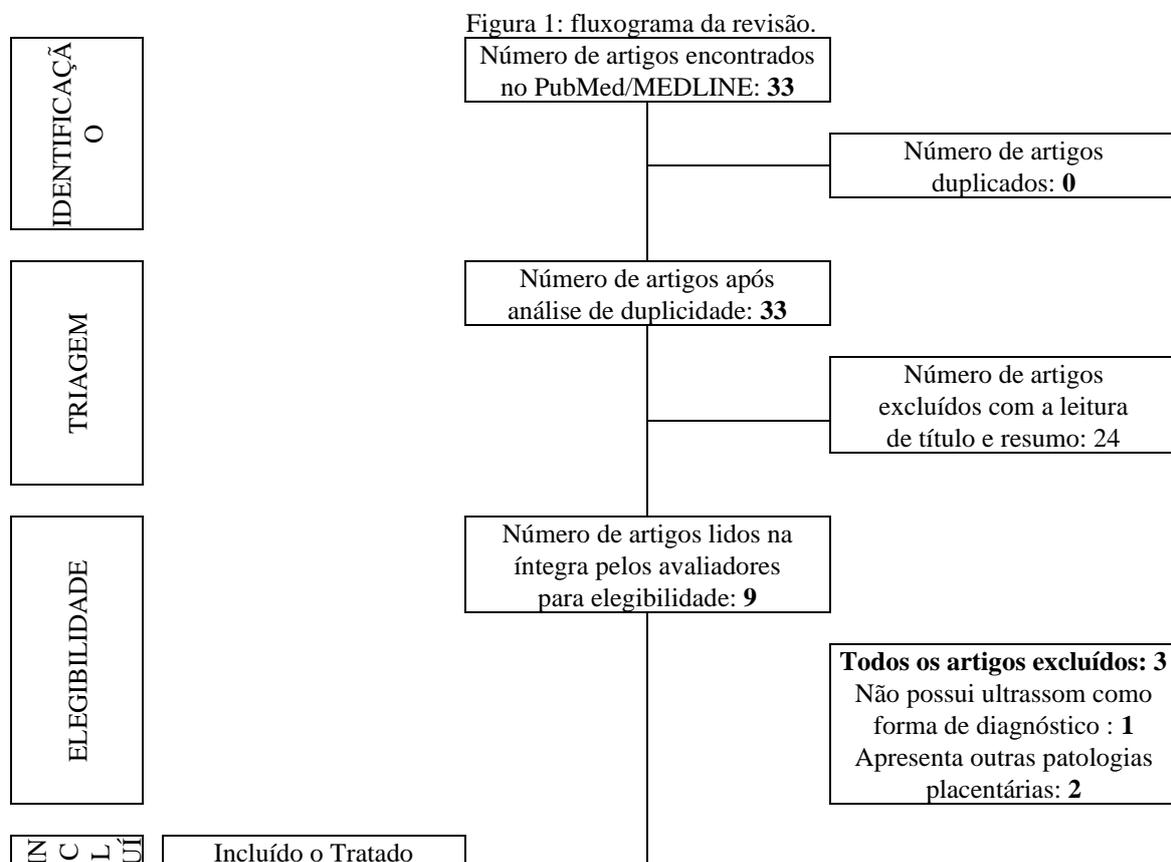
Trata-se de um estudo de caráter exploratório e retrospectivo, baseado no método de revisão de literatura com exposição de evidências. Foi realizada uma sistematização no motor de busca acadêmico PubMed. Utilizou-se os descritores combinados com o operador booleano AND: “Placenta Accreta AND Signs AND Ultrasound AND Prenatal” pesquisados de acordo com o DeCS.

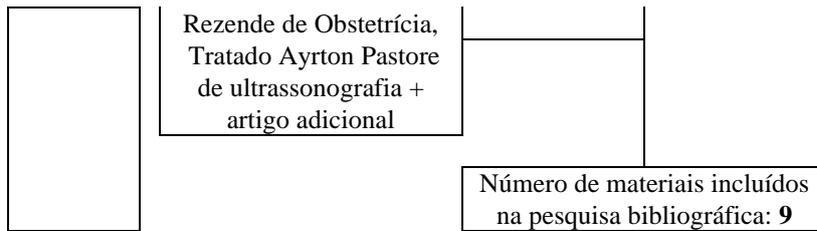
Os filtros utilizados na busca foram: estudo do tipo revisão dos últimos 5 anos de publicação e trabalhos realizados em humanos. Essa etapa de identificação de estudos resultou em 33 artigos os quais todos tiveram seus títulos e resumos lidos pelos 5 avaliadores/integrantes do presente trabalho resultando em 9 artigos para elegibilidade.

Como critério de inclusão, foram selecionados artigos de revisão, total de 6 estudos, que relacionam direta ou indiretamente sinais de suspeição e diagnóstico ultrassonográfico pré-natal de acretismo placentário. Foram excluídos artigos que não apresentam ultrassom como forma de diagnóstico e os que apresentam outras patologias placentárias. Foram incluídos, de forma adicional, o tratado Rezende de obstetrícia e o tratado Ayrton Pastore de ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia. A seleção do material bibliográfico foi finalizada em 02/12/2020.

### 3 RESULTADOS

A seleção dos estudos dessa revisão resultou no fluxograma a seguir, o qual foi feito com base no método de inclusão e de exclusão dos artigos pesquisados. Foi incluído um artigo adicional que se mostrou relevante para o para esse estudo, segundo a Figura 1 abaixo.





Fonte: Elaborada pelos autores com base nos artigos selecionados, 2020

Os achados característicos ao ultrassom dos artigos selecionados neste trabalho estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1: Achados característicos de AP ao ultrassom

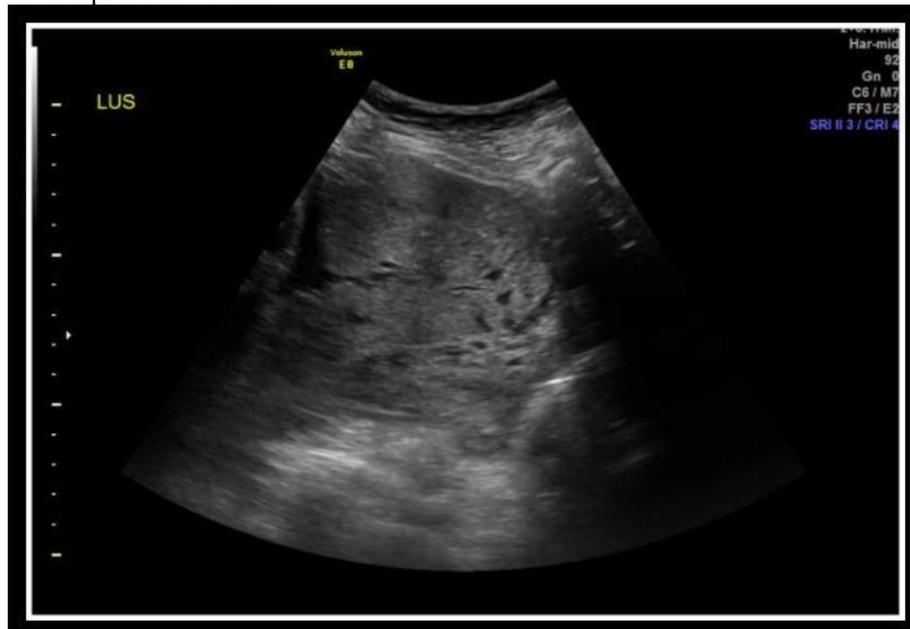
<b>Tabela 1</b> Achados característicos de AP ao ultrassom		
<b>Achado (total de 6 artigos)</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Perda da zona hipoeoica retroplacentária	4	66,67%
Lacunas placentárias	3	50%
Saliência placentária extrauterina	2	33,34%
Massa placentária focal	4	66,67%
Hipervascularidade uterovesical ao CDI	3	50%
Hipervascularidade do leito placentário ao CDI	3	50%
Vaso de ponte além da serosa uterina ao CDI	3	50%
Vasos alimentadores de lacunas ao CDI	2	33,34%

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos artigos selecionados, 2020;CDI = Imagem Doppler Colorido

Como pode ser observado, os sinais de suspeição mais comuns apresentados nos trabalhos selecionados foram lacunas, perda da zona hipoeoica retroplacentária, placentárias e massa exofítica placentária focal, estando estas associadas a invasão mais profunda do miométrio. Segundo Jauniaux E. et al., a imagem de doppler colorido (CDI)

auxilia no rastreamento de mulheres com maior risco. A presença de lacunas que provocam o aparecimento de áreas sonolucentes irregulares, dando à massa placentária a aparência de "queijo suíço" é o sinal de ultrassom mais comum descrito no AP. Observe a figura 2 abaixo:

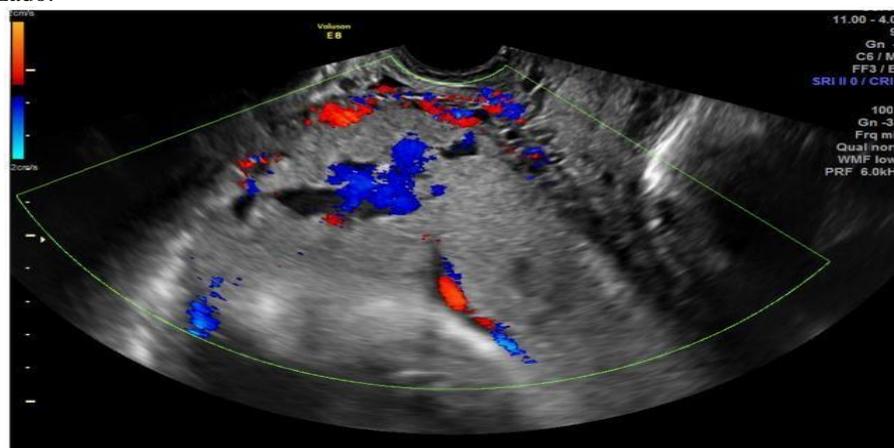
Figura 2: Ultrassom transabdominal da placenta acreta. O diagnóstico baseou-se na presença de lacunas placentárias - espaços vasculares irregulares resultando em aspecto de "queijo suíço" e perda da zona retroplacentária hipocóica normal.



Fonte: William A Goh, Ivica Zalud (2015)

Outro achado comum foram os vasos além da serosa uterina ao CDI, um achado importante e que corrobora como achado sugestivo de placenta acreta. Dos artigos apresentados, 3 dos 6 selecionados citaram esta apresentação, correspondendo a quase metade dos achados. Veja abaixo a figura 3:

Figura 3 - Ultrassom da placenta acreta. O fluxo sanguíneo do miométrio desorganizado e de alta velocidade foi visualizado.



Fonte: William A Goh, Ivica Zalud (2015)

## 4 DISCUSSÃO

Consoante os resultados compilados nessa revisão, há um consenso sobre o diagnóstico de acretismo placentário confirmado por ultrassom no pré-natal de rotina. Os estudos afirmam que, aproximadamente, 90,9% dos casos são identificados por ultrassom em centros especializados quando são feitos por especialistas<sup>3</sup>. Entretanto, há revisões que mostram que até um terço dos casos não são diagnosticados durante a gestação devido à falta de especialização durante o rastreamento<sup>4,9</sup>.

Quanto à sensibilidade e especificidade de achados na ultrassonografia sugestivos de acretismo placentário, houve um consenso nos resultados. No geral, todos os artigos selecionados tiveram valores preditivos altos e significativos para ambos critérios, acima de 88%. A incidência de AP aumenta em até 3,2 vezes a cada cesárea prévia, independente dos outros fatores de risco e de características maternas como paridade, índice de massa corporal; tabagismo, hipertensão ou diabetes e até mesmo cirurgias ginecológicas anteriores<sup>2,5</sup>. Segundo Jauniaux E. et al., 75% dos casos de acretismo são de placenta creta, 18% de increta e 7% de percreta<sup>6</sup>.

Dentre os achados no US, alguns estão em destaque na literatura revisada. O sinal ecográfico de suspeição mais encontrado, no geral, foi a presença de lacunas placentárias – aspecto “comida de traça” ou “queijo suíço”, presente em 98% dos casos<sup>5</sup>. Além disso, alguns sinais prevalecem em determinados tipos de acretimos. Conforme o Jauniaux E. et al., a perda de zona clara (92,3%) e vasos em ponte (90,9%) foram os sinais de ultrassom mais comuns na placenta acreta<sup>5</sup>. Já na placenta increta, a perda de zona clara (87,5%) e hipervascularidade subplacentária (81,8%) foram os sinais mais encontrados. Na placenta percreta, as lacunas placentárias (100%) e hipervascularidade subplacentária (75%) foram os mais frequentes. Vale ressaltar que não há um sinal patognomônico de acretismo placentário e que a avaliação de sinais nunca deve ser feita isolada, ou seja, considerando apenas um único sinal<sup>3,9</sup>.

Existem diferentes tipos de aparelho de ultrassonografia: o de escala cinza, o doppler colorido e o doppler 3D. Cada um tem sua função específica e sua escolha depende do objetivo de rastreamento do especialista. O US de escala cinza, normalmente, é o mais usado e os sinais mais vistos são a perda de zona clara (98%) e as lacunas placentárias (96,1%). Já o doppler colorido é usado para analisar fluxos sanguíneos e os sinais mais prevalentes são hipervascularidade subplacentária (85,7%) e vasos em ponte (61,9%). O doppler 3D é o único capaz de mensurar a profundidade da invasão do AP, a fim de classificar a patologia<sup>6</sup>.

## 5 CONCLUSÃO

As mudanças de hábitos da nossa sociedade e o avanço das técnicas cirúrgicas na medicina aumentaram o número de cesáreas. Diante disso, o acretismo placentário, o qual tem como um dos principais fatores de risco o número de cesárias prévias, tornou-se a principal causa de hemorragia pós-parto<sup>4</sup>. A ultrassonografia de rastreamento realizada durante o pré-natal se mostra um importante instrumento no diagnóstico dessa patologia, contribuindo de forma significativa na redução da morbidade materna e fetal. Os achados ultrassonográficos de suspeição discutidos nessa revisão apresentam consideráveis índices de sensibilidade e especificidade, como é o caso da presença de lacunas placentárias – sinal de ultrassom mais comum descrito no AP –, massa exofítica placentária focal e perda da zona hipocóica retroplacentária. Além disso, diferentes técnicas de ultrassonografia permitem uma análise mais ampla – o doppler 3D é capaz de mensurar a profundidade da invasão do AP, possibilitando a classificação da profundidade da invasão. Assim, esses achados contribuem de forma significativa no diagnóstico de acretismo placentário.

## REFERÊNCIAS

1. Montenegro, Carlos Antonio Barbosa, 1914-Rezende obstetrícia fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
2. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Jul;217(1):27-36. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.050. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28268196.
3. Jauniaux E, Burton GJ. Pathophysiology of Placenta Accreta Spectrum Disorders: A Review of Current Findings. *Clin Obstet Gynecol.* 2018 Dec;61(4):743-754. doi: 10.1097/GRF.0000000000000392. PMID: 30299280.
4. Jauniaux E, Hussein AM, Fox KA, Collins SL. New evidence-based diagnostic and management strategies for placenta accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019 Nov;61:75-88. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.04.006. Epub 2019 Apr 30. PMID: 31126811; PMCID: PMC6929563.
5. Jauniaux E, Collins SL, Jurkovic D, Burton GJ. Accreta placentation: a systematic review of prenatal ultrasound imaging and grading of villous invasiveness. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Dec;215(6):712-721. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.044. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27473003.
6. Goh WA, Zalud I. Placenta accreta: diagnosis, management and the molecular biology of the morbidly adherent placenta. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(11):1795-800. doi: 10.3109/14767058.2015.1064103. Epub 2015 Jul 27. PMID: 26135782; PMCID: PMC5424888.
7. Jauniaux E, Kingdom JC, Silver RM. A comparison of recent guidelines in the diagnosis and management of placenta accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 Jun 27:S1521-6934(20)30097-3. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.007. Epub ahead of print. PMID: 32698993.
8. PASTORE, Ayrton Roberto; PASTORE, Daniel; CERRI, Giovanni Guido. Dopplervelocimetria em ginecologia. In: *Ultra-Sonografia em Ginecologia e Obstetrícia*[S.l: s.n.], 2003.
9. Teixeira LNA, Silveira AEL, Portela LP, Negreiros F da S, Júnior VA da C, Santos GGO dos, et al. Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto: uma revisão de literatura / Prevention and management of postpartum hemorrhage: a review of the literature. *Braz J Hea Rev.* 13 de maio de 2021;4(3):10420–31.