

RELATO DE CASO

PLACENTA PERCRETA: UM RELATO DE CASO

PLACENTA PERCRETA: A CASE REPORT

Flávia Andrade Almeida^{1*}; Christiany Martins Diniz²; Luciana De Moro Ferreira³

1* Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local. Professora adjunta do Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo Horizonte, MG. flavia.almeida@prof.unibh.br

2 Enfermeira. Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH, 2018. Belo Horizonte, MG. chrismdinizz@gmail.com

3 Enfermeira Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH, 2018. Belo Horizonte, MG. lucianaf025@gmail.com

endereço para correspondência: flavia.almeida@prof.unibh.br

Recebido em: 13/12/2018- Aprovado em: 20/10/2020 - Disponibilizado em: 31/12/2020

RESUMO: O presente estudo trata-se em um relato de caso de Placenta Percreta (PP). A Placenta Percreta é um tipo de acretismo placentário que invade todo o miométrio até à serosa uterina, podendo ainda envolver órgãos adjacentes com repercussões clínicas para mãe e feto. Esse estudo teve como objetivo relatar um caso de placenta percreta que apresentou, como desfecho, a mortalidade fetal e a histerectomia parcial. Esse estudo se justifica considerado que a placenta percreta é uma complicação da gravidez que pode ser fatal tanto para a mãe quanto para o feto, além da pouca descrição de casos na literatura brasileira. Os achados clínicos encontrados na descrição do caso dialogam com as experiências descritas na literatura no que se refere ao comprometimento da estrutura uterina o que vem a desencadear a realização da histerectomia. Acredita-se que são necessários estudos acerca da doença que se mostrem capazes de oferecer um diagnóstico precoce e um tratamento que evitem a mortalidade materna e fetal.

Palavras – chave: Placenta; Placenta Acreta; Placenta Prévia; Histerectomia

ABSTRACT: The present study is a case report of Placenta Percreta (PP). Placenta Percreta is a type of placental accretism that invades the entire myometrium up to the uterine serosa, and may also involve adjacent organs with clinical repercussions for the mother and fetus. This study aimed to report a case of percreta placenta that presented fetal mortality and partial hysterectomy as an outcome. This study is justified considering that the placenta percreta is a complication of pregnancy that can be fatal for both the mother and the fetus, in addition to the little description of cases in Brazilian literature. The clinical findings found in the case description are in line with the experiences described in the literature regarding the impairment of the uterine structure, which has triggered the performance of hysterectomy. It is believed that studies on the disease are needed that are able to offer an early diagnosis and treatment that prevent maternal and fetal mortality.

Key-words: Placenta; Placenta Acreta; Previous placenta; Hysterectom.

1 INTRODUÇÃO

O termo “acretismo placentário” é usado para definir qualquer implantação na qual ocorra aderência anormalmente firme à parede uterina, estando relacionada à profundidade da invasão. A placenta acreta adere ao miométrio, enquanto a increta invade o miométrio. A placenta percreta, por sua vez, perfura o peritônio, alcançando órgãos vizinhos, como bexiga e paramétrios. A maioria dos casos de acretismo placentário está relacionada à placenta acreta (80% dos casos), sendo a placenta percreta a menos incidente (7% dos casos) (CUNNINGHAM *et al.*, 2012).

Cunningham *et al.* (2012) também relatam, considerando a relação do acretismo placentário com a ausência parcial ou total da decídua basal, desenvolvimento anormal da camada fibrinóide, formação de aderências anormais e invasão de órgãos adjacentes, que os fatores de risco para esse tipo de acometimento estão direcionados ao histórico ginecológico e obstétrico das pacientes.

No entendimento de Vera *et al.* (2005), os acretismos placentários estão relacionados ao histórico de abortos prévios, placenta prévia, cesáreas anteriores, cirurgias uterinas, multiparidade, idade materna maior que 35 anos, antecedentes de endometriose, ablação endometrial, procedimentos realizados por meio de radiação e outras situações que favoreçam um desenvolvimento ou implantação anormal da placenta.

Para Frasca, Crna e Dnap (2012), o aumento do número de cesáreas, o adiamento da gravidez para idades mais avançadas e a busca por fertilizações *in vitro* têm aumentado a incidência de casos de acretismo placentário no cenário moderno, incluindo-

se a placenta percreta. De acordo com Freitas e Campos (2015), a proporção demonstrada pela literatura evidencia 1,7 casos para cada 1.000 gestantes.

Outras situações associadas, em menor proporção, aos casos de acretismo placentário, também descritas pela academia são: a remoção da placenta, a embolização da artéria uterina, quimioterapia e distrofias miotônicas (VILLALOBOS *et al.*, 2013).

Para Volochovic, Ramašauskaitė e Šimkevičiūtė (2016), de todas as formas de acretismo placentário, a placenta percreta é uma doença obstétrica rara, mas extremamente perigosa para a mãe e para a criança, especialmente nos casos em que não é diagnosticada durante o pré-natal, na medida em que resulta em sangramento maciço. Por esse motivo, no relato de Dew *et al.* (2015), é considerada uma das doenças mais devastadoras, quando se trata de placentas anormalmente aderidas.

O local de apresentação mais frequente da placenta prévia em grávidas, com a alteração supracitada, é no local da cicatriz de cesariana, sendo a bexiga o órgão mais frequentemente invadido. Apesar de corresponder apenas a cerca de 7% das formas de acretismo, a placenta prévia é a que está associada, de acordo com Campos e Freitas (2015), a maior morbidade e mortalidade materna, bem como a uma mortalidade perinatal importante que ronda os 7-10 % de óbitos (FREITAS; CAMPOS, 2015).

Também de acordo com Freitas e Campos (2015), as complicações mais frequentes da placenta percreta são a hemorragia intra e pós-operatória com necessidade de transfusão sanguínea, a coagulopatia de consumo, a falência multiorgânica, a lesão cirúrgica dos órgãos adjacentes, e as complicações urológicas como lacerações, fístulas, infecções e hematúria. O tromboembolismo e as infecções pós-operatórias são outras complicações

temidas, conseqüentes à complexidade da cirurgia. A rotura uterina espontânea durante o segundo e terceiro trimestre de gravidez, por sua vez, parece ser uma complicação muito rara da placenta percreta.

O presente estudo se justifica pela constatação de há poucos relatos de casos de placenta percreta na literatura acadêmica brasileira e internacional, bem como pelo seu enquadramento como complicação da gravidez que pode ser fatal tanto para a mãe, quanto para o feto. Dessa forma, este estudo teve como objetivo relatar um caso de placenta percreta que apresentou, como desfecho, a mortalidade fetal e a histerectomia parcial.

2 RELATO DE CASO

Trata-se de um relato de caso derivado da concessão espontânea para a utilização dos relatórios médicos e de exame de imagem da, frente à experiência da gestação de alto risco em decorrência da placenta percreta. Com intuito de assegurar o anonimato da paciente, bem como utilizar informações contidas nos documentos, a referida paciente autorizou, por meio da emissão do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, a utilização da documentação.

A paciente S.N.D.A.O, sexo feminino, 37 anos, G1P1A0, branca, natural de Belo Horizonte admitida em 24/01/2017 com IG de 27 semanas devido a US obstétrico, evidenciando decesso fetal, peso do feto 726g, batimento fetal ausente. Paciente com histórico de Miomectomia prévia em 2015 e histórico familiar de hipertensão, nega alergias e estava em uso de AAS durante a gestação. Deu entrada em um Hospital Maternidade de Belo Horizonte queixando-se de dor abdominal e contração e DU 2/20"/10'.

Ao exame físico geral, apresentava PA 120X70, UF 24, colo 2cm médio amolecido, FC 108bpm, TAX 37, FR18irpm, SpO2 97%, hidratada, anictérica, acianótica, eupneica, pele íntegra, hábito urinário espontâneo, alimentação via oral, abdome normotenso, em ar ambiente, pulso cheio e rítmico. Como hipótese diagnóstica, foi sugerida Placenta Percreta, como conduta inicial, o feto foi retirado por meio de parto normal.

No dia 25/01/2017, foi realizado exame de laudo anatomopatológico com informes clínicos: decesso fetal; macroscópico: fragmentos de placenta de forma irregular; microscópico: fragmentos de placenta apresentando vilosidades coriais com áreas discretas e focais de infarto isquêmico e vasos congestos. Também realizou estudo ultrassonográfico endovaginal apresentando: cavidade uterina distendida e preenchida por material heperecogênico e heterogênio principalmente em porção fúndica, útero aumentado de volume, compatível com período puerperal. Devido a placenta estar completamente fragmentada foi realizada uma curetagem uterina com histerorráfia e metroplastia, evoluindo a paciente com sangramento habitual e útero contraído (Quadro 1).

Em seguida, no dia 26/01/2017, foi realizado um exame estudo ultrassonográfico endovaginal e supra púbica mostrando nódulo uterino sugestivo de mioma, hipertrofia uterina compatível com puérpero e cavidade endometrial preenchida com material heterogênio (Quadro 1).

Quadro1: Resultado de exame ultrassonografia,2017

DATA: 25/01/2017	DATA: 26/01/2017
Útero em anteversão, centralizado, medindo 16,2 x 8,6 x 9,2 cm, com volume de 679,9 cm.	Útero em anteversão, centralizado, medindo 16,0 x 10,0 x 11,0 cm, com volume de 949,0 cm.
Miométrio homogêneo, sem informações modulares na sua topografia.	Miométrio heterogêneo, pela presença de imagem hipoecogênica com contornos regulares e bem definidos, em parede fúndica e lateral esquerda, medindo 7,5 x 6,7 cm.
Cavidade uterina medindo 67,0 mm.	Cavidade endometrial se encontra preenchida por material heterogêneo, sem captação de fluxo ao Doppler, medindo 4,5 cm.
Colo uterino de aspecto ecográfico regular.	Colo uterino de aspecto ecográfico regular.

Fonte - Dados do Estudo, 2018

A paciente recebeu alta no dia 28/01/2017, após estabilização do quadro clínico, retornando à maternidade no dia 29/01/2017 com queixas de mal estar geral, dois episódios de febre e pequeno sangramento vaginal, PA 110X70, FC 107, SPO2 98%, TAX 37.9 evolui para internação.

No dia 10/02/2017, foi realizado um exame de ressonância magnética da pelve com aspectos observados: útero em anteversão, aumentado de volume, apresentando conteúdo placentário, dado clínico, que invade a musculatura e chega até a serosa. Não se observam sinais de lesão expansiva em ambas as regiões anexas, planos gordurosos pélvicos preservados, ausência de líquido livre ou coleções na cavidade pélvica, não se observam linadenomegalias pélvicas e/ou inguinais; impressão: aspecto compatível com placenta percreta.

No dia 14/02/2017, a dieta via oral estava suspensa e foram prescritas as seguintes medicações: dipirona, metoclopramida, ranitidina, cetoprofeno,

ampicilina + sulbactam, nalbutina e lufal, sendo submetida a laparotomia exploratória. Durante a laparotomia foi observada aderência da placenta ao miométrio, sendo necessária a realização da histerectomia parcial. O feto já se encontrava sem sinais de vitalidade. Não foram descritos detalhamento da abordagem cirúrgica realizada.

No dia 15/02/2017 foi realizado o exame senso possível observar os seguintes aspectos: placenta percreta; macroscópico: fragmento placentário discoide e irregular, hemorrágico, medindo 9,0cm no maior diâmetro, pesando 133,0g, aos cortes exhibe cotilédones vinhosos e macios, bem delimitados, com até 2,8cm de espessura, sem lesões macroscópicas aparentes; microscópico: fragmentos de tecido placentário com padrão de terceiro trimestre gestacional exibindo extensas áreas de necrose, hemorragia, focos múltiplos de calcificação e regiões com denso infiltrado neutrófilico. Conclusão: fragmentos placentários com alterações compatíveis com material de placenta percreta.

Diante do quadro hemorrágico, foi necessária, em 17/02/2017, hemotransfusão de 600 ml de CH, sendo a paciente do grupo sanguíneo B+.

No dia 18/02/2017, com a dieta livre, deu-se continuidade às medicações e foi feito hemograma completo: eritrograma (hemácias:3,11; hemoglobina:8,8; hematócrito: 26,6; V.C.M: 85,5; H.C.M: 28,3; C.H.C.M: 33,1; RWD 14,1), leucograma (leucócitos: 8990,0; bastonetes: 2,0; segmentados: 75,0; eosinófilos: 5,0; basófilos: 0,0; monócitos: 3,0; linfócitos: 15,0; linfócitos reativos: 0,0), plaquetas/contagem $318 \times 10^9/\text{mm}^3$ evoluindo para a alta hospitalar.

3 DISCUSSÃO

O presente estudo relata um caso clínico clássico de Acretismo Placentário, cujo grau da profundidade de invasão foi diagnosticado como Placenta Percreta, com desfecho de morte fetal e histerectomia.

Os casos clínicos encontrados na literatura (VERA *et al.*, 2005; FREITAS; CAMPOS, 2015) descrevem fatores de risco e complicações clínicas com características bem similares aos dados encontrados nesse estudo, dentre eles, respectivamente, (i) a idade materna igual ou superior a 35 anos, (ii) a realização de cirurgia ginecológica prévia como a miomectomia e (iii) a necessidade de hemotransusão.

Os relatos de caso de placenta percreta encontrados nas publicações internacionais, entre os anos de 2011 e 2016, também apontam características que se repetem em todos os casos, reforçando todas as discussões descritas acerca do perfil feminino, do diagnóstico e do tratamento.

O estudo de Abehsera *et al.* (2011) relata três casos de placenta percreta em que as pacientes apresentaram os seguintes fatores de risco: cicatriz uterina devido a partos cesárea, miomectomias prévias e fertilização in vitro. Nos três casos, deram entrada no hospital com queixas de dor abdominal, sendo relatadas, como complicações clínicas, grande quantidade de perda sanguínea durante a cirurgia e ou após os procedimentos cirúrgicos realizados, sendo necessária a hemotransusão. Em um dos casos, uma das parturientes evoluiu a óbito. Ambas as pacientes obtiveram o diagnóstico de placenta percreta, após o resultado de exame anatomopatológico. As invasões placentárias evidenciadas foram: miometrial, peritoneal e vesical. Necessitaram de histerectomia total ou parcial.

No estudo de Frasca, Crna e Dnap (2012) relata-se o caso clínico de uma gestante, 28 anos, 21 semanas de gestação, apresentando dor abdominal total e micção com queimação há dez dias. Sua primeira gravidez transcorreu sem intercorrências, evoluindo para um parto normal, e não apresentou histórico de curetagem. Durante sua admissão, apresentava-se hemodinamicamente estável e foi submetida a uma US que mostrou feto ultra uterino morto e segmento superior da base da placenta com uma área hipoecoica e vista abaixo da placenta sugestiva de deslocamento placentário ou acretismo placentário. A condição da paciente se deteriorou e, após duas horas de internação hospitalar, com apresentação de sangue na paracentese e realização de laparotomia de emergência, a placenta encontrava-se aderente ao útero e o miométrio e a serosa completamente aderidos à placenta. Após o diagnóstico de placenta percreta, a paciente foi submetida a histerectomia subtotal de emergência, recebendo hemotransfundida por seis unidades de sangue total e quatro unidades de plasma. Durante o pós-operatório, foi mantida na UTI em ventilação por três dias e, recebendo alta após dez dias de internação hospitalar.

Pal, Prasad e Jain (2014) relatam o caso clínico de uma gestante de 41 anos, com 20 semanas de gestação, queixando-se de dor abdominal que aumentava progressivamente em intensidade. Apresentava cirurgias prévias de uma cesariana transversal baixa e lise histeroscópica operatória de aderências complicadas por perfusão uterina. A ressonância magnética revelou invasão profunda do tecido placentário na região do fundo do útero.

No estudo de Dew *et al.* (2015), a paciente deu entrada no serviço de emergência, sendo submetida a uma cesariana na 34ª semana de gestação, com sangramento excessivo, sendo necessária uma histerectomia supra cervical. A criança nasceu viva com um APGAR de 9 e 9 em 1 e 5 minutos,

respectivamente. A mãe recebeu alta, juntamente com a criança, apresentando-se estável após o quarto dia de pós-operatório. A confirmação da placenta percreta se deu por meio de exame histopatológico, com a presença de tecido placentário invadindo profundamente o miométrio, até a superfície da serosa uterina, associada à deposição de hemorragia.

Na análise comparativa dos casos (ABEHSERA *et al.*, 2011; FRASCA; CRNA; DNAP, 2012; PAL; PRASAD; JAIN, 2014; DEW *et al.*, 2015), verificou-se que todas as pacientes foram atendidas com quadro de queixa de dor abdominal, associada a quadro hemorrágico, tendo, como desfecho, a histerectomia associada ao óbito materno, fetal, ou os dois concomitantemente. Todos esses resultados corroboram os dados encontrados no presente estudo, uma vez que achados semelhantes foram descritos no presente relato.

Outro aspecto que precisa ser discutido refere-se ao diagnóstico para placenta percreta. No caso retratado nesse estudo, observou-se a realização de vários exames de imagem e investigações cirúrgicas, para a emissão de um diagnóstico final, 15 dias após a primeira admissão da paciente.

Segundo Freitas e Campos (2015) a distinção entre as categorias do acretismo placentário em acreta, increta e percreta apresenta certo grau de dificuldade, tornando-se necessária a realização do exame histopatológico, que possui grande importância e tem sido o mais utilizado para o diagnóstico definitivo das placentas anormalmente aderidas.

A avaliação para identificar a presença da placenta percreta inclui ultrassom, ressonância magnética (MRI) e cistoscopia. A ultrassonografia em escala de cinza, quando realizada no primeiro trimestre, revelará um saco uterino de baixa estatura com um miométrio fino. Já os achados ultrassonográficos, no

segundo e terceiro trimestres, incluem lacunas placentárias (lagos vasculares de várias formas e tamanhos vistos no parênquima placentário), uma borda irregular entre a bexiga e o miométrio, um miométrio delgado e perda de espaço livre (perda da camada decidual da placenta) (KONIJETI; RAJFER; ASKARI, 2009).

A ultrassonografia com *doppler* revelará, frequentemente, o fluxo sanguíneo turbulento que se estende da placenta aos tecidos circundantes. A ressonância magnética pode revelar a não visualização da camada interna da interface placenta-miométrio, em imagens de spin-eco de turbo de um único disparo de meio Fourier. A cistoscopia pode, muitas vezes, apresentar anormalidades na parede posterior da bexiga (KONIJETI; RAJFER; ASKARI, 2009).

Segundo Santana, Filho e Mathias (2010) o diagnóstico dos tipos de acretismo placentário, e as complicações clínicas a ele associadas, dependem do seu local de inserção e do tipo de implantação. Exames ultrassonográficos, ressonância magnética, US com *doppler* colorido e *power doppler* são utilizados para diagnosticar o acretismo placentário. Para o autor, o US é, ainda, a modalidade mais acessível, sendo a ressonância magnética de grande utilidade na imagem obstétrica.

Para Cunningham *et al.* (2012), a ultrassonografia transabdominal de 20 a 24 semanas deve ser realizada para o diagnóstico da placenta prévia. A ultrassonografia transvaginal, no entanto, confirma o diagnóstico, sendo mais precisa que a transabdominal, trazendo consigo muito mais aceitação da parte das pacientes, e mais segurança, pelo fato de não causar sangramento.

A ressonância magnética também é muito útil para diagnosticar as possíveis invasões (vesical e paramétrios), apresentando uma sensibilidade de

94% e especificidade de 84% (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY [ACR], 2013).

A revista *American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG] (2012) relata que, ainda que a ultrassonografia e a ressonância magnética sejam consideradas altamente sensíveis e específicas para diagnosticar o acretismo placentário, tem-se a ultrassonografia, no geral, como procedimento mais escolhido, por sua praticidade e baixo custo, com elevadas taxas de sensibilidade, variando de 77 a 87%, e especificidade de 96 a 98%.

No entanto, é relevante destacar que, no caso relatado no presente trabalho, especificamente, as ultrassonografias realizadas em 25 e 26 de janeiro de 2017 não foram capazes de identificar a invasão placentária. Somente a ressonância magnética realizada em 10 de fevereiro de 2017, associada às complicações associadas, foi capaz de fechar o diagnóstico de placenta percreta.

Além da utilização de exame de imagem, a literatura evidencia que o exame anatomopatológico é de extrema importância para o diagnóstico final dessa patologia. De acordo com Santana, Filho e Mathias (2010), as placentas retiradas após os procedimentos cirúrgicos e encaminhadas para o exame anatomopatológico receberam o diagnóstico positivo, após serem analisadas, sendo encontrado tecido miometrial aderido à placenta, constatada a não adequada distinção entre miométrio e placenta, bem como a perda da membrana basal. Observa-se, no referido estudo, que a conclusão do anatomopatológico veio a confirmar o diagnóstico.

A literatura também aponta a importância do diagnóstico precoce do acretismo placentário ainda na gravidez. Para Freitas e Campos (2015) durante o pré-natal, a suspeita de placenta percreta e a realização de alguns exames, tais como a ecografia obstétrica (com ou sem apoio de ressonância magnética nuclear) e o US com *doopler*, auxiliam na

diminuição da probabilidade de hemorragias intra e pós-operatórias e, conseqüentemente, reduzem a necessidade de hemotransfusão. Uma equipe multidisciplinar organizada, para a abordagem da gestante, também contribui para a detecção das referidas complicações. Os mesmos autores, no entanto, relatam que aproximadamente 8% das gestantes com placenta percreta não apresenta um diagnóstico pré-natal (FREITAS; CAMPOS, 2015).

Para Santana, Filho e Mathias (2010), a adequada detecção da extensão da placenta percreta e de sua invasão, durante a gestação, conduzirá a um parto com maior índice de planejamento, mais segurança e baixas taxas de complicações operatórias.

Diante de uma suspeita pré-natal de placenta percreta a gestante deverá estar ciente das vantagens e desvantagens das diversas abordagens terapêuticas, sendo estas, a histerectomia periparto, a recessão local com reconstrução uterina e a laqueadura do cordão umbilical deixando a placenta *in situ* (FREITAS; CAMPOS, 2015).

A escolha do tratamento ideal envolve fatores relacionados à gestante, como, por exemplo, sua instabilidade hemodinâmica, o desejo de manter a sua fertilidade e das condições clínicas e cirúrgicas próprias de cada caso. Por se tratar de uma doença rara, a experiência da equipe cirúrgica e multidisciplinar encontra-se, geralmente, limitada (FREITAS; CAMPOS, 2015).

As possíveis opções de tratamento para prevenir uma possível hemorragia com risco de vida, sem preservar o feto ou o útero, são: histerectomia com ou sem embolização das artérias ilíacas internas ou uterinas, embolização e histerectomia com remoção fetal e placentária, com a intenção de preservar o útero, filicídio combinado com metotrexato, resultando em um possível aborto vaginal espontâneo ou conduta gestacional expectante dentro de um ambiente clínico, com todas as

possíveis precauções e intervenções disponíveis e adequadas, caso haja sangramentos recorrentes (DEW *et al.*, 2015).

A histerectomia, há um tempo, vem sendo o tratamento padrão recomendado para os casos de acretismo placentário e é um procedimento de alto risco para os casos de placenta percreta. O tratamento conservador, no entanto, vem sendo citado como uma alternativa para a manutenção da fertilidade e minimização dos danos, existindo várias evidências de que o diagnóstico pré-natal de acretismo placentário, juntamente com o parto eletivo e a presença de uma equipe multidisciplinar, reduzem a morbidade materna e a perda sanguínea intraoperatória (FRASCA; CRNA; DNAP, 2012).

As pesquisas mais recentes sobre o tratamento da placenta percreta foram descritas por Ouerdiane *et al.* (2016). Os autores sugerem que o procedimento mais viável e seguro para o manejo da placenta acreta seja a embolização, porém essa abordagem pode levar a complicações como a necrose uterina. A oclusão combinada do balão da artéria ilíaca interna profilática e embolização da artéria uterina no pós-operatório imediato seriam os autores estratégia de um tratamento conservador eficaz no controle da perda sanguínea intraoperatória, com o objetivo de preservar o útero de pacientes com quadros de placenta invasiva.

A escolha pelo tratamento depende, portanto, do diagnóstico precoce da patologia. Como a paciente do estudo foi diagnosticada após a um quadro clínico emergencial, evidenciado por contrações, ausência de BCF e quadro hemorrágico, a indicação de histerectomia tornou-se inevitável.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu discutir o manejo do caso de uma gestante diagnosticada com placenta percreta, a partir do atendimento realizado no cenário hospitalar, reforçando a importância da identificação fatores de risco para a gestação.

Por se tratar de alteração rara, poucos estudos existem para nortear a melhor maneira de realizar a condução desses casos. Acredita-se que são necessários estudos acerca da doença que se mostrem capazes de oferecer um diagnóstico precoce e um tratamento que evitem a mortalidade materna e fetal.

Todos profissionais de saúde têm um papel muito importante no acompanhamento e avaliação da gestante, durante a prática do pré-natal, na medida em que devem estar atentos às queixas da gestante e os sinais clínicos que possam indicar uma complicação gestacional.

A avaliação ultrassonográfica criteriosa pode ser uma opção para as gestantes que apresentam um histórico ginecológico e obstétrico, associado aos fatores de risco para o acretismo placentário. Sabe-se que o referido exame, por si só, é incapaz de fechar o diagnóstico de placenta percreta. É provável, no entanto, que a criação de um protocolo que obrigue um rastreamento mais minucioso de gestantes, possa evitar o desfecho com mortalidade fetal e materna, além das indicações de cesariana.

Conclui-se, portanto, que é extremamente importante diagnosticar essa doença o mais precocemente possível, planejando os cuidados necessários às pacientes, a fim de minimizar os riscos à vida e outras complicações.

Referências

ABEHSERA, Daniel *et al.* Placenta percreta, experiecia em 20 anos del Hospital Universitario La Paz, Madrid, Espana. **Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia**. Santiago. V. 70, n. 06, p. 404-410. 2011. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n6/art10.pdf>>. Acesso em 17 de junho de 2018.

ALMEIDA, Flávia A. *et al.* Leiomioma Uterino: um estudo de caso que envolve o tratamento não conservador. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Belo Horizonte, V. 06, n. 3, p. 2341-2359. jun. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22455/16052>>. Acesso em 18 de junho de 2018.

CUNNINGHAM, F.G *et al.* **Obstetricia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. 1385 p.

DEW, Lauren *et al.* Second trimester placenta percreta presenting as acute abdômen. **Baylor University Medical Center Proceedings**. Dallas, V. 28. n. 01, p. 38-40. jan. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264706/>>. Acesso em 17 de junho de 2018.

FRASCA, Daniel; CRNA; DNAP. A Cesarean Hysterectomy for Invading Placenta Percreta: anesthetic Safety Considerations - A Case Report. **AANA Journal**. Park Ridge, V. 80. n. 05, p. 373-378. out. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26050278>>. Acesso em 17 de junho de 2018.

FREITAS, Raquel; CAMPOS, Diogo Ayres-de. Management of placenta percreta, placenta percreta: que orientação clínica?. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**. Porto, V. 09, n. 03, p. 250-255. 2015. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/09_2015_3-ar_14-00113.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas, 2009. 148 p.

KONIJETI, Ramdev; RAJFER, Jacob; ASKARI, Asghar. Placenta Percreta and the Urologist.

Reviews in Urology. Vol. 11, n. 03, p. 173-176. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777065/pdf/RIU011003_0173.pdf>. Acesso em 17 de junho de 2018.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2009. 204 p.

OUERDIANE, Nadia *et al.* Conservative Management of Placenta Percreta: tunisian prospective study. **Gynecology & Obstetrics Case Report**. V. 02. n. 2:24, p. xx-xx. jul. 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/37e3/257bd3e83fb0bc6d0b928fdad0442fcdced.pdf?_ga=2.185841769.1515113615.1529284569-468993235.1529284569>. Acesso em 17 de junho de 2018.

PAL, Reena; PRASAD, Deepmala; JAIN, Suchitra. Placenta Percreta Causing Rupture of Uterus in Second Trimester of Pregnancy in Non Scarred Uterus With as Unusual Presentation: a case report and review of literature. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, Srinagar, V. 04. n. 11, p.695-698. ago. 2014. Disponível em: <https://file.scirp.org/pdf/OJOG_2014082810123286.pdf>. Acesso em 17 de junho de 2018.

PAOLI, Severo de (org). **Citologia e Embriologia**. São Paulo: Pearson, 2015. 296 p.

PÉREZ, Carlos B. *et al.* Placenta percreta **Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela**. Vol. 62, n. 04. P. 273-277. dez. 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Briceno-Perez/publication/262672426_Placenta_percreta/links/0c96053c727973ec70000000/Placenta-percreta.pdf?origin=publication_detail>. Acesso em 17 de junho de 2018.

SANTANA, Danielly S. N.; FILHO, Nelson L. M.; MATHIAS, Lenir. Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia acreta com invasão de bexiga: revisão sistemática da literatura. **Femina**. Vol. 38, n. 03. p. 147-153. mar. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a006.pdf>>. Acesso em 17 de junho de 2018.

VERA, Eduardo *et al.* Placenta percreta con invasion vesical: reporte de 2 casos. **Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia**. Santiago, V. 70, n. 06, p. 404-410. 2005. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n6/art10.pdf>>. Acesso em 17 de junho de 2018.

VILLALOBOS, Roberto Carlos O. *et.al.* Placenta percreta con invasión a la vejiga, el ureter y la pared abdominal: caso clínico. **Ginecología y Obstetricia De México**. Cidade do México, V. 81. n. 08, p. 487-493. ago. 2013. Disponível em:

<<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom138j.pdf>>. Acesso em 17 de junho de 2018.

VOLOCHOVIC, Jelena; RAMAŠAUSKAITĖ, Diana; ŠIMKEVIČIŪTĖ, Ramunė. Antenatal diagnostic aspects of placenta percreta and its influence on the perinatal outcome: a clinical case and literature review. **Acta Medica Lituanica**. Vol. 23, n. 04, p. 219-226. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287996/pdf/aml-23-219.pdf>>. Acesso em 17 de junho de 2018.