

Associação: COVID na gestação e descolamento prematuro de placenta

¹ Alice Alves de Mendonça 

¹ Arthur de Oliveira Villela 

¹ Betina Nascimento Leis  

¹ Sarah Lages Coelho 

¹ Discente do curso de Medicina. Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, RJ.

RESUMO

COVID-19 na gestação e descolamento prematuro de placenta (DPP) são causas relevantes de parto prematuro, ainda são escassos relatos de associação entre eles, mas há evidências de que a má perfusão vascular ou trombose vascular na circulação fetal em ambos os casos pode ser fator importante para este desfecho. A COVID possui complicações imunológicas que aumentam a coagulação em alguns casos e a fisiopatologia da DPP está intimamente ligada à lesão vascular, por rotura ou oclusão, culminado em sangramento vaginal na maioria dos casos. Tais patologias podem ocorrer de forma concomitante em certos pacientes, sendo necessário o estudo para auxiliar no diagnóstico precoce. O artigo em questão apresenta análise de literaturas que colocam em discussão a associação da COVID com o DPP, além de um relato de caso de uma paciente na segunda gestação com uma ampla história patológica pregressa, admitida no pronto socorro ginecológico e obstétrico do Hospital São João Batista, Volta Redonda, apresentando queixas álgicas em baixo ventre e sintomas gripais, onde após realização de exames de imagem e laboratoriais, foi diagnosticada com COVID I e após o período de isolamento respiratório (7 dias) apresentou um quadro de DPP.

Palavras-chave:

COVID na gestação. Descolamento prematuro de placenta.



1 INTRODUÇÃO

Segundo Katz, a COVID-19 está incluída nas infecções de risco para a gestante, com evidências significativas de aumento nas complicações gestacionais e no puerpério, além do aumento da mortalidade materna. Estudos em placentas de mães com a COVID-19 encontraram evidências de má perfusão vascular ou trombose vascular na circulação fetal.

Estudos sugerem resultados adversos, porém a causalidade ainda não foi determinada, sendo os mais descritos: TPP, RPM, RCF, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal, frequência cardíaca fetal (FCF) não tranquilizadora, cesariana, pré-eclâmpsialike, HELL-P-like, hemorragia pós-parto, pneumonia materna, intolerância alimentar materna, asfixia fetal e natimortos (AMORIM, M. 2021).

A gestante tem ainda uma tolerância diminuída à hipóxia, pois os mecanismos fisiológicos que a tornam capazes de liberar facilmente oxigênio para o conceito, diminuem sua reserva e capacidade de compensar situações de estresse, hipóxia e acidose (MARIA M. 2021). Com isso, as alterações respiratórias, circulatórias e imunológicas tornam-se fator de risco para complicações gestacionais e fetais.

Uma das possíveis complicações em uma gestação é o descolamento prematuro de placenta (DPP), segundo Camano, ocorre em decorrência de lesão vascular e o diagnóstico é fundamentalmente clínico, baseado nos achados do quadro clínico. Classicamente, caracteriza-se por dor localizada no fundo do útero, repentina e intensa, seguida da perda sanguínea em 80% dos casos.

Quanto à ocorrência do sangramento, cumpre ressaltar que a lesão primária é a vascular, acometendo as arteríolas espiraladas da decidua com a formação de processos ateromatosos agudos, acúmulo de macrófagos, degeneração fibrinóide da túnica íntima, concorrendo para rotura ou oclusão dos vasos (CAMANO, L. ,2006).

Pode haver sinais de estado hipovolêmico e a pressão arterial pode até mostrar-se em níveis normais, e não elevados, em função dessas alterações. O exame obstétrico frequentemente detecta a hipertonia uterina e o foco comumente ausente. O exame genital pode detectar a hemorragia e bolsa das águas tensas (SOUZA, E., et al, 2006). A hipertonia surge como mecanismo reflexo. Há colapso das veias, com acentuada diminuição do fluxo, porém o arterial, de maior pressão, pouco se altera. Há aumento da pressão intra-uterina, estase sanguínea e rotura dos vasos útero-placentários, causando aumento e agravamento da área de descolamento (SOUZA, E., et al, 2006).

O objetivo do relato de caso em questão é desenvolver um raciocínio clínico para o diagnóstico rápido e eficaz em paciente com multimorbidade com o objetivo de tentar evitar abortamento e/ou risco gestacional através da utilização dos prontuários eletrônicos da paciente durante o ano de 2022 a 2023.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

A.M.A. 26 anos, secundigesta de um parto vaginal anterior, idade gestacional de 30 semanas e 3 dias, deu entrada no pronto atendimento obstétrico do Hospital São João Batista com queixa de dor abdominal intensa e intermitente, além de sintomas gripais. Negava sangramentos vaginais na ocasião, mas referia diminuição da movimentação fetal.

Em sua história patológica pregressa foi identificado que sua gestação anterior evoluiu para um abortamento quando completou 20 semanas e 6 dias, sendo então diagnosticada como incompetência ístmo-cervical, que levou a indicação e realização de cerclagem do colo uterino na 16ª semana da gestação atual e o uso de progesterona oral. Ainda relatava que fazia uso de lamotrigina 200mg/dia por epilepsia, negava vícios ou outras comorbidades.

Neste primeiro atendimento foi realizado teste de COVID que veio positivo. Foi então internada em isolamento respiratório. Ao exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, anictérica e acianótica, movimentação fetal presente e sem alterações, metrossístoles ausentes, batimento cardio-fetal de 148 bpm sem desaceleração. Toque vaginal bimanual: colo centrado, fechado por cerclagem. Foi realizado corticoterapia para amadurecimento pulmonar. Exames laboratoriais: Hemoglobina 9.0 g/dL; Hematócrito 27.9%; Leucócitos 13840/mm³; Plaqueta 233000/mm³; PCR 11.52 mg/dL. Exame de urina: cor amarelo claro, aspecto ligeiramente turvo; densidade 1005; pH 6.0; proteínas negativas; glicose presente 4+; corpos cetônicos presentes 3+; leucócitos 50/ campo; nitrito negativo; hemácias 15/campo; cilindros negativos, células epiteliais numerosas; cristais negativos; filamentos de muco presente 4+; levedura negativa; bactérias presente 4+.

No segundo dia de internação foi realizado USG doppler com feto único, cefálico, dorsal direita, colo uterino centrado, o canal endocervical e o estroma com aspecto ecográfico habitual, medindo 16mm; placenta grau 1; ILA normal (MBV 33mm); CC: 289mm (P51) CA: 259 mm (P32) fêmur 58mm (P45); BCF 126 bpm; peso 1572 g (P31) doppler artéria uterina P28 – normal, sem incisuras; AU P8; ACM p73; RCP p95.

Com base nos exames realizados foi conduzida com observação de sinais vitais e prescrito bromoprida para os episódios de náusea associados com omeprazol. Também foi trocada a cefazolina prescrita inicialmente por ceftriaxona, após resultado da urocultura.

A paciente transcorreu em bom estado geral durante os dias que seguiu em internação hospitalar até o quinto dia, quando apresentou hipoglicemia tratada com glicose venosa. Nesta mesma ocasião, queixava-se de aumento da dor abdominal em baixo ventre.

Após sete dias saiu do isolamento. Após queixas de sangramento e dores em contração, ao exame colo fechado pela cerclagem, sangramento importante com presença de coágulos e fundo uterino aumentado. Foi indicado dose de ataque de sulfato de magnésio para neuroproteção.

No oitavo dia de internação, quando a paciente apresentava 31 semanas e 4 dias, pela foi realizada cesariana por descolamento prematuro de placenta.

3 METODOLOGIA

Consiste em uma pesquisa observacional e descritiva, onde foram coletados dados por meio de prontuários médicos do Hospital São João Batista e registros dos métodos diagnóstico, trazendo assim, um compilado de informações retrospectivas. Além de uma pesquisa em artigos, selecionados através das plataformas: SciELO e Google Scholar. Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237. A paciente dessa pesquisa consiste em A.M.A., 26 anos, admitida no anos 2023, no respectivo hospital.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O relato de caso retrata uma gestante complexa por um quadro de multimorbidade. Durante a primeira gestação, apresentou como diagnóstico a incompetência istmo-cervical, na segunda gestação foi realizado o tratamento por cerclagem na 16ª semana, para prevenção de abortamento tardio e/ou parto prematuro.

Na gestação atual, com 30 semanas e 3 dias foi diagnosticada com COVID, a literatura sobre possíveis alterações placentárias e suas consequências são escassas. Contudo, de acordo com os estudos de Katz em placentas de mães com a COVID-19 encontraram evidências de má perfusão vascular ou trombose vascular na circulação fetal. No caso, logo após ao quadro de COVID teve início um descolamento prematuro de placenta, com sangramento importante, apesar da cerclagem, e hipertonia uterina.

É possível fazer a associação da COVID com a DPP, por meio das respostas imunológicas, alterações circulatórias e diminuição da tolerância à hipóxia presentes na COVID. Associados ao estado de hipercoagulabilidade ou de alterações isquêmicas que a doença desenvolve, relacionada ou não a resposta imune materna e fetal, estudada por Salles. Há relatos de DPP em gestantes com SARS-CoV ou MERS-CoV, com alterações placentárias, como áreas com perda de suprimento sanguíneo, vilosidades avasculares e sangramento retroplacentário, porém sem causalidade comprovada. Em relação a COVID-19, o DPP ainda não foi descrito na literatura (AMORIN, M. 2021).

Outra análise importante no quadro clínico da paciente foi o acompanhamento intra hospitalar que possibilitou um diagnóstico rápido e eficaz, podendo estar associado a um melhor prognóstico por estar em vigilância há 8 dias no respectivo hospital.

5 CONCLUSÕES

Conclui-se que os relatos e estudos associando COVID com DPP ainda são escassos, tornando assim difícil confirmar que a DPP foi uma complicação da COVID. Contudo, pode ser feita a ligação entre as patologias por semelhanças na fisiopatologia, principalmente, no sistema circulatório. Além das respostas imunológicas e respiratórias geradas pela COVID que são favoráveis ao aumento das complicações e mortalidade materna, ainda não se pode definir com exatidão as complicações.

Por fim, valorizar uma anamnese bem feita e detalhada para suposição diagnóstica, com antecedentes obstétricos e história patológica não gestacional. Sempre bom acompanhar seu paciente e se atentar aos sinais, nesse caso: sangramento vaginal, dor pélvica e hipertonia uterina, com a finalidade de trabalhar com melhor eficiência e rapidez para melhor vitalidade materno-fetal.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Melania Maria Ramos et al. COVID-19 e Gravidez. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 337-353, 2021. <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HDsF4bR73c9h6Shr6g5BLHC/abstract/?lang=pt>.

CARDOSO, Andreia Santos et al. Descolamento prematuro de placenta. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. Supl 5, p. S10-S13, 2012. <https://www.scielo.br/j/ramb/a/GDrs9SstsTdr7GryRJYnYct/?lang=pt>.

CARDOSO, Monique Eva Vargas et al. COVID-19 na gestação: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4651-e4651, 2020. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/465>.

DE ALBUQUERQUE, Lidiane Pereira; MONTE, Ana Vitória Leite; DE ARAÚJO, Regina Maria Sousa. Implicações da COVID-19 para pacientes gestantes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4632-e4632, 2020. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4632>.

SALLES, Bruno; CAMILO, Felipe Fidelis; DELMORO, Ana Carolina. Gravidez e citocinas inflamatórias, uma correlação com o COVID 19-Revisão sistemática. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 10, n. 1, p. 19-31, 2021. <https://actafarmaceutica.portuguesa.com/index.php/afp/article/view/235>.

SOUZA, E.; CAMANO, L. Descolamento prematuro da placenta. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, p. 133-135, 2006.