

HISTERECTOMIA SUBTOTAL PÓS PARTO EM PACIENTE COM ACRETISMO PLACENTÁRIO: RELATO DE CASO



**Marrathma Sepulveda Ribeiro¹; Alessandra Vicentini Mauri Taliuli²;
Judith Amaral Américo³; Letícia Campos de Abreu e Silva⁴; Maíra
Sepulveda Ribeiro Rodrigues⁵**

1. Bacharel em Medicina - Universidade de Nova Iguaçu - Campus V Itaperuna-RJ; Residência em Ginecologia e Obstetria - Maternidade Cândido Mariano - Campo Grande - MS. 2. Bacharel em Farmácia - Centro Universitário São Camilo - Cachoeiro de Itapemirim - ES; Acadêmica de Medicina no Centro Universitário UniRedentor. 3. Acadêmica de Medicina no Centro Universitário UniRedentor- Itaperuna-RJ. 4. Bacharel em Nutrição - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Macaé - RJ; Acadêmica de Medicina no Centro Universitário UniRedentor. 5. Bacharel em Enfermagem - Universidade de Nova Iguaçu - Campus V Itaperuna-RJ; Pós Graduada em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - SP.

Introdução: O acretismo placentário consiste na aderência anormal da placenta na parede do útero. Quando se insere diretamente ao miométrio, chama-se placenta acreta, ao atingir a camada miometrial mais profundamente, denomina-se placenta increta, e quando atinge a serosa uterina ou órgãos adjacentes, é denominada placenta percreta.

Relato do caso: Paciente de 20 anos, (G2/P2/A0), idade gestacional (IG): 39 semanas e 2 dias. Pré -natal irregular, sem alterações da vitalidade fetal, com dilatação do colo uterino de 3-4 cm, foi internada para cesárea. Durante a cirurgia, após o nascimento e dequitação placentária, verificou-se hemorragia vultosa, sem resposta às manobras uterinas e intervenção medicamentosa. Na ausência de resultados, a equipe decidiu submeter a paciente a histerectomia subtotal de emergência, por se tratar de uma placenta increta. Após a cirurgia a paciente foi estabilizada e posteriormente retornou à enfermaria, onde recebeu os cuidados necessários. **Discussão:** Sabe-se que as mulheres submetidas a cesáreas anteriores possuem maior chance de evoluir com acretismo placentário devido a formação de cicatrizes uterinas prévias. Fatores de risco: multiparidade, idade avançada, miomectomia prévia, aderências endometriais, leiomiomas submucosos, tabagismo, hipertensão na gravidez, malformações uterinas, dentre outros. Devido à implantação e formação de neovasos, a paciente apresenta risco elevado de hemorragia após a dequitação, sendo o diagnóstico precoce essencial para melhor prognóstico da paciente. O diagnóstico, ainda hoje, representa um desafio para a medicina, pois cerca de metade das pacientes descobrem a doença intraparto. Os sinais ultrassonográficos de placenta acreta são sutis e de difícil visualização, especialmente em inserções posteriores ou centrais, porém, a ultrassom com doppler é considerado um bom método diagnóstico por possibilitar melhor visualização de anormalidades. Desse modo, o planejamento do parto, em diagnósticos precoces, possibilita a tentativa de uma abordagem mais conservadora, minimizando prejuízos à paciente, preservando a integridade materna.