

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

OBJETIVO 1: CLASSIFICAR OS TIPOS DE ABORTAMENTO (INCLUINDO ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO) COM BASE NA ANAMNESE, NO EXAME GINECOLÓGICO E NA ULTRASSONOGRAFIA.

Abortamento é uma das causas de hemorragias da 1º metade da gestação,

logo, é fundamental entendermos alguns conceitos antes de conhecer os tipos.

Primeiramente, o que é um abortamento?

Por definição: O abortamento é definido como a interrupção da gestação antes

de 20 a 22 semanas, ou com conceito pesando menos de 500g ou medindo menos 25 cm. **De modo geral, eu vou considerar a IG (<20-22 semanas) e, caso eu desconheça a IG, considero o peso ou CCN.**

Abortamento SEMPRE vai ser antes das 20-22 semanas!!! Mas dentro desse limite, podemos classificar em PRECOCE OU TARDIO, de forma que:

Se o aborto ocorrer ANTES das 12 semanas → aborto precoce

Se o aborto ocorrer DEPOIS das 2 semanas (e antes das 20-22) → aborto tardio

Utilizamos 12 semanas como corte porque é nesse período que ocorre uma

maior ossificação do esqueleto fetal, isso muda conduta de esvaziamento (porque há um maior risco de perfuração uterina a partir de 12 semanas) e

entenderemos melhor no objetivo 3!!!

Além disso, também podemos classificar o aborto como ESPONTÂNEO OU PROVOCADO

- Espontâneo: ocorre sem nenhuma intervenção externa direta. É extremamente comum e a principal causa é inviabilidade do embrião, traduzindo: aquele embrião tem alguma anormalidade genética (o mais comum são as cromossômicas, como aneuploidias e a trissomia do 16) incompatível com a vida. O corpo “entende” que aquela gestação não será viável e expulsa o conceito. Por isso, é fundamental entender e explicar para as mães que sofreram um abortamento espontâneo que, na maior parte dos casos, aquilo não teve qualquer responsabilidade dela, aquela gestação não seria compatível com a vida.

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

- Aborto provocado: aqui, diferente do espontâneo, a interrupção da gravidez ocorre por intervenção externa e intencional. No Brasil, o aborto provocado é crime, mas existem 3 situações específicas em que é permitido, sendo elas:

- Risco à vida materna
- Gravidez resultante de estupro
- Anencefalia fetal

E o óbvio precisa ser dito: estamos falando de crime (no Brasil) se for aborto PROVOCADO, aborto espontâneo obviamente não.

Aproveitando essa temática de aborto provocado e criminalização, a FEBRASGO também apresenta a classificação de aborto SEGURO OU INSEGURO

Aborto Seguro → intervenção realizada por médico bem treinado, com os meios necessários e em ambiente adequado, o que implica em risco extremamente baixo para mulher.

Aborto Inseguro → é definido como procedimento de risco para interromper uma gravidez indesejada, pois é realizado por pessoas que não tem habilidades necessárias ou em ambientes sem os padrões médicos mínimos, ou ambos os casos.

Como no Brasil é crime, com exceção das 3 exceções que falamos acima, boa parte das mulheres que deseja interromper uma gestação indesejada se submetem a esse cenário inseguro, em clínicas clandestinas (nem preciso falar o quanto pode dar errado, né?)

Por fim, relacionando ao caso, temos o conceito de ABORTO DE REPETIÇÃO: ou perda gestacional recorrente) → corresponde à ocorrência de 3 (algumas referências dizem a partir de 2) ou mais perdas consecutivas de gestação antes da 20ª a 22ª semana. Pode ser causado por vários motivos, entre eles: fatores anatômicos, trombofilias, desequilíbrios hormonais, fatores imunológicos e infecciosos.

No caso de vocês a paciente apresentava duas gestações consecutivas interrompidas (uma com 8 semanas e outra com 10 semanas de IG) fora a do caso (que já é a 3ª perda consecutiva) → ela tem aborto de repetição e precisas de investigação.

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

Perfeito, entendemos que o abortamento pode ser classificado em:

Precoce x Tardio

Espontâneo x Provocado

Seguro x Inseguro

De repetição (ou não)

Agora vamos entender as formas clínicas (que é o que mais confunde, mas vamos aprender a diferenciar!!!)

Vamos diferenciar principalmente pelo padrão do sangramento, dor abdominal, altura uterina, perviabilidade do colo e ultrassom.

1. Ameaça de Abortamento como o próprio nome já diz, é uma AMEAÇA, logo, não é um aborto em andamento e há chances de reversão do quadro, porém, essa chance não depende da mãe ou da assistência médica, de forma que há cerca de 50% de chance dela realmente evoluir para um abortamento inevitável e 50% de chance de não abortar.

Vamos explicar melhor a conduta no objetivo 3, mas entendam que: a ameaça de aborto é uma forma clínica e nós enquanto profissionais da saúde não temos como prever se vai evoluir ou não para abortamento em curso e muito menos como evitar que isso aconteça (spoiler: por isso a

conduta é expectante).

E como reconhecer que é uma AMEAÇA DE ABORTAMENTO?

Vamos raciocinar...

Sangramento: estamos falando de hemorragias da 1º metade, logo, obviamente vai sangrar, mas no caso da AMEAÇA, o sangramento transvaginal é LEVE, de pequena monta.

Dor abdominal: a dor abdominal também é LEVE, são cólicas de baixa intensidade.

Altura uterina: igual a idade gestacional!!! Isso é bem intuitivo: houve eliminação do conceito? Não, por enquanto é “só” uma ameaça, logo, nada saiu do útero e a altura uterina continua a mesma. Como monitora do CHA de vcs, preciso lembrar que, na prática, a gente nem conseguiria verificar essa altura uterina antes de 12 semanas (lembrem que o útero só ultrapassa a pelve a partir das 12 semanas), masss nunca briguem com a questão!!!

Colo uterino: FECHADO!!!! Isso é muito importante, porque enquanto esse colo tá fechado e a clínica é essa acima (sangue leve e cólicas leves) ainda estou na ameaça.

Thicy Mesquita

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

Na hora que o colo abrir lascou (aí já abortamento em curso, até porque não há nada que possamos fazer para fechar esse colo novamente).

Ultrassom: na US veremos o embrião viável e com BCF presentes!!!

Então, se cair uma gestante com um quadro clínico LEVE (sangramentos e cólicas leves) + colo FECHADO pode falar que é ameaça de aborto sem medo!!!

No objetivo 3 vamos entender como a gente procede nesse caso.

Vamos supor que essa gestante acima evolui com uma piora das cólicas e do sangramento, aí você vai fazer o toque vaginal e encontra o colo ABERTO

Aqui já pensaremos em:

2. ABORTAMENTO INEVITÁVEL (ou em curso): aqui já temos o abortamento não mais compatível com o prosseguimento da gestação. Como eu expliquei

acima, não tem como a gente fechar o colo uterino da paciente, logo, não há como evitar a expulsão do conceito e aqui não existe mais aquela chance de reversão que vimos na ameaça de aborto.

Nesse caso ainda não houve eliminação do conceito ou do embrião porém o processo é irreversível.

O quadro clínico vai ser:

Sangramento: aqui não é mais uma ameaça, o aborto ESTÁ acontecendo, logo, o sangramento vai ser de moderada a forte intensidade (pode ser tão intenso que compromete a estabilidade hemodinâmica da paciente).

Dor abdominal: INTENSA, pensem que aqui estamos no ápice do abortamento, logo, o corpo está tentando expulsar o conceito, como ele faz isso? Aumentando a contratilidade do miométrio

Altura Uterina: ainda está IGUAL a idade gestacional. O conceito está saindo, ainda não saiu!!!

Colo uterino: ABERTO!!! Importantíssimo, já até tinha dado o spoiler lá em cima. Lembrem-se que todo abortamento de colo ABERTO começa com IN (inevitável, incompleto, infectado).

Ultrassom: Confirma a inviabilidade da gestação com o conceito ainda

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

presente na cavidade uterina ou em processo de descolamento/expulsão. Posso ter embrião/feto vivo.

Logo: chega uma gestante com cólicas e sangramento intensos + colo aberto
→ vou pensar em abortamento inevitável

Agora vamos raciocinar...

Por que ocorre o sangramento no aborto? Porque o saco gestacional que estava aderido à parede uterina começa a se separar, rompendo vasos uterinos e saindo pela cavidade uterina. E por que ocorre a dor abdominal no aborto? É parecido com o mecanismo do

trabalho de parto, há liberação de prostaglandinas que estimulam as contrações uterinas (para expulsar o conceito e induzir a dilatação do colo) Dito isso, o esperado seria:

Está em processo de abortamento inevitável/em curso → sangramento intenso

(conceito tá saindo pelo colo + vasos uterinos rompidos) + cólicas intensas (útero tentando expulsar o conceito), essa é justamente a clínica que vimos no

aborto inevitável → vamos supor que o útero eliminou tudo → depois que o útero esvazia e se contrai, os vasos são comprimidos e o sangramento tende a

diminuir rapidamente → Dor e sangramento deveriam cessar Isso é o **ABORTO COMPLETO**.

3. ABORTAMENTO COMPLETO: abortamento em que ocorre eliminação

integral do ovo (saiu todo o conceito), então a clínica tem tudo a ver com o que

conversamos acima:

Sangramento: diminuição ou até mesmo parada do sangramento.

Dor abdominal: diminuição ou parada das cólicas.

Altura uterina: o conceito saiu, logo, a AU fica MENOR que a idade gestacional

Colo: FECHADO!!! o conceito já saiu, não tem porque continuar aberto.

Ultrassom: cavidade uterina vazia e limpa, com eco endometrial com espessura menor que 15 mm.

Traduzindo: o conceito já foi expulso e eu não espero restos ovulares dentro da cavidade uterina, por isso o

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

endométrio tem que estar menor do que 15mm (senão eu penso em uma possível retenção de restos ovulares, falaremos disso em breve)

Na prática, seria uma gestante com essa história:

Tava sentindo MUITA dor e sangrando muito (aborto em curso) → expulsão do conceito → dor e sangramento cessaram (ou reduziram consideravelmente)

Masssss, voltando pro cenário que estávamos discutindo:

Está em processo de abortamento inevitável/em curso → sangramento intenso

(conceito tá saindo pelo colo + vasos uterinos rompidos) + cólicas intensas (útero tentando expulsar o conceito), essa é justamente a clínica que vimos no

aborto inevitável → vamos supor que o útero eliminou tudo → depois que o útero esvazia e se contrai, os vasos são comprimidos e o sangramento tende a diminuir rapidamente → Dor e sangramento deveriam cessar → mas e se,

nesse caso, não houver eliminação COMPLETA do conceito, apenas uma eliminação parcial com permanência de restos ovulares? → útero vai continuar

contraindo na tentativa de expulsar o material restante e o sangramento não vai cessar.

Aqui estamos falando de ABORTAMENTO INCOMPLETO

4. Abortamento Incompleto: segundo a FEBRASGO, é a forma clínica mais frequente, ocorre quando há expulsão do conceito e permanência da placenta ou restos placentários.

Queria trazer uma associação para ajudar a compreender o raciocínio:

Lembram da hemorragia pós-parto? Uma das principais causas de HPP é a presença de restos de tecido (principalmente pós dequitação placentária). O

útero é cheio de vasos e, durante a gravidez, a placenta está firmemente aderida nesses vasos. Quando ocorre o parto (aqui ainda não estou falando de

aborto), espera-se que todo esse tecido saia e o útero se contraia intensamente para comprimir mecanicamente esses vasos uterinos e reduzir o

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

sangramento (por isso que atonia uterina também é uma das principais causas

de hemorragia pós parto, mas isso fica pra outra aula...). Se eu tiver restos de membranas que permaneceram aderidos no local de implantação, eu NÃO

consigo uma contração eficaz naquele ponto e o sangramento NÃO CESSA.

Está em processo de abortamento inevitável/em curso → sangramento intenso

(concepto tá saindo pelo colo + vasos uterinos rompidos) + cólicas intensas (útero tentando expulsar o concepto), essa é justamente a clínica que vimos no

aborto inevitável → vamos supor que o útero eliminou tudo → depois que o útero esvazia e se contrai, os vasos são comprimidos e o sangramento tende a diminuir rapidamente → Dor e sangramento deveriam cessar → mas e se,

nesse caso, não houver eliminação COMPLETA do concepto, apenas uma eliminação parcial com permanência de restos ovulares? → útero vai continuar

contraindo na tentativa de expulsar o material restante e o sangramento não vai cessar.

Aqui estamos falando de ABORTAMENTO INCOMPLETO

4. Abortamento Incompleto: segundo a FEBRASGO, é a forma clínica mais frequente, ocorre quando há expulsão do concepto e permanência da placenta ou restos placentários.

Queria trazer uma associação para ajudar a compreender o raciocínio:

Lembram da hemorragia pós-parto? Uma das principais causas de HPP é a presença de restos de tecido (principalmente pós dequitação placentária). O

útero é cheio de vasos e, durante a gravidez, a placenta está firmemente aderida nesses vasos. Quando ocorre o parto (aqui ainda não estou falando de

aborto), espera-se que todo esse tecido saia e o útero se contraia intensamente para comprimir mecanicamente esses vasos uterinos e reduzir o

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

sangramento (por isso que atonia uterina também é uma das principais causas

de hemorragia pós parto, mas isso fica pra outra aula...). Se eu tiver restos de membranas que permaneceram aderidos no local de implantação, eu NÃO

consigo uma contração eficaz naquele ponto e o sangramento NÃO CESSA.

Esse raciocínio que explica a hemorragia pós-parto também explica a clínica do

abortamento INCOMPLETO

Sangramento: principal sintoma nesse caso, a paciente terá uma história de eliminação do conceito, mas o sangramento NÃO CESSA!!!

Aqui eu tenho um sangramento moderado a intenso, porque ainda tenho restos placentários impedindo a compressão mecânica dos vasos uterinos (que seria esperada após a expulsão do conceito). Enquanto eu não esvaziar esse útero, o sangramento não vai parar (isso é fundamental para entendermos a conduta no objetivo 3) e, dependendo do grau de hemorragia eu posso ter uma gestante com instabilidade hemodinâmica.

Dor abdominal: Cólicas INTENSAS!!! O útero continua tentando

expulsar os restos ovulares.

Altura Uterina: menor que a IG, afinal o conceito já saiu, ficaram apenas os restos ovulares

Colo Uterino: ABERTO!!! O corpo entende que ainda tem tecido pra expulsar, então vai continuar dilatado.

Ultrassom: Feto/embrião já foram expulsos, espessura do eco endometrial > 15mm. Lembrem que no Abortamento completo eu expulso todo o ovo e espero um endométrio menor que 15mm, nesse outro caso eu tenho permanência de restos ovulares, então a espessura endometrial aumenta (>15mm).

Então na prática seria:

Paciente tem clínica de aborto em curso → expulsa o conceito → masss dor e sangramento não cessam e o colo continua aberto → US com eco endometrial > 15mm → ABORTO INCOMPLETO!!!

Uma coisa que pode confundir é que pensamos em aborto incompleto como se fosse um aborto que ainda não foi finalizado (como se fosse um aborto em curso), então é intuitivo pensar que com o tempo ele vai esvaziar sozinho. Mas na verdade temos que pensar em INCOMPLETO

Thicy Mesquita

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

como algo que deveria ter finalizado (eliminado totalmente o ovo), mas que, por alguma razão, não expulsou tudo e enquanto eu não esvaziar esse útero ele vai continuar sangrando!!!! O concepto já saiu, mas o tecido ovular ficou.

Agora entraremos em outra forma clínica, mas aqui NÃO HOUVE eliminação do embrião (diferente do abortamento completo/incompleto)

5. ABORTAMENTO RETIDO: concepto que permanece na cavidade uterina SEM VITALIDADE. Aqui o embrião não foi expulso, ele morreu e ficou lá dentro da cavidade uterina.

Então a clínica seria:

Sangramento: ausente ou muito leve. O embrião tá lá dentro (morto), não estamos naquele processo de expulsão que discutimos nos casos anteriores.

Dor abdominal: ausente. Mesmo raciocínio do sangramento.

Então temos uma gestante praticamente ASSINTOMÁTICA, mas teremos

outros sinais importantes, como:

Regressão dos sinais gravídicos (como náuseas ou turgência mamária)

Altura uterina: menor ou igual a IG

Ultrassom: aqui é importantíssimo!!!! Pela US teremos o diagnóstico de óbito embrionário/fetal ou de gestação anembrionada baseando-se nos

seguintes critérios:

Embrião com Comprimento Cabeça-Nádega (CCN) ≥ 7 mm sem atividade cardíaca detectável. nesse tamanho já era pra ter BCF, não tem? Gestação não viável

Saco gestacional com diâmetro médio ≥ 25 mm sem embrião ou vesícula vitelínica opa, tem saco gestacional desse tamanho e não tem embrião? Gestação anembrionada

Ausência de embrião com atividade cardíaca 10 dias após a visualização de saco gestacional com vesícula vitelínica. normalmente a sequencia é saco gestacional → vesícula vitelínica → embrião → atividade cardíaca. Se depois de 10 dias que eu visualizo a vesícula ainda não tenho embrião com atividade cardíaca é sinal de que algo deu errado nesse processo

→ gestação não evolutiva

Ausência de embrião com atividade cardíaca 14 dias após a

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

visualização de saco gestacional sem vesícula vitelínica. mesmo raciocínio da anterior, mas aqui eu dou mais tempo (14 dias) porque nem a vesícula vitelínica eu vi...

Se eu encontro um desses achados no US, tenho o diagnóstico de aborto retido (recomendo darem uma revisada nesses critérios antes do CI).

Então na prática seria:

Gestante sem sangramento e dor abdominal importantes + regressão dos

sinais gravídicos e um daqueles critérios na US aborto retido

Veremos como proceder nesse casos no objetivo 3.

Por último, temos:

6. ABORTO INFECTADO: quase sempre resulta do aborto provocado INSEGURO que falamos no começo do resumo (a gestante que vai fazer o procedimento em um local inadequado). Nesse caso estamos falando de uma complicação. Mas também pode ser decorrente de infecção decorrente da ascensão de microrganismos que passam facilmente pelo colo dilatado, logo, se eu estou diante de um aborto incompleto tenho: restos ovulares (ótimos para

proliferação bacteriana) + colo aberto → cenário perfeito para uma infecção.

Pode ser complicação do aborto retido, também.

seguintes critérios:

Aqui o grande diferencial das outras formas clínicas é a presença de sinais infecciosos: Febre, calafrios, mal-estar

Sangramento: em geral não é intenso, mas apresenta coloração escura

(lavado de carne) e comumente com odor fétido.

Dor abdominal: moderada intensidade. Pode apresentar cólicas, dor moderada à mobilização do colo uterino e à palpação abdominal. Se a infecção progredir pode causar reação peritoneal e dores mais intensas.

Colo uterino: ABERTO!!! Muitas vezes com saída de conteúdo purulento. Colo pode estar doroso à mobilização.

Ultrassom: Pode identificar a presença de restos embrionários ou ovulares retidos e desorganizados.

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

Sinais adicionais: Febre, leucocitose significativa e elevação de marcadores inflamatórios (como qualquer outra infecção)

E, claro, pode causar SEPSE!!!!!! Clarinho que vamos tratar com antibióticos aqui, mas vamos deixar pra detalhar no objetivo 3, Na prática...

Gestante com história de abortamento, evolui com expulsão parcial do conceito, mas permanece com restos intrauterinos ou com histórico de aborto provocado inseguro → dias depois, apresenta febre, dor abdominal intensa, sangramento/secreção vaginal de odor fétido e útero doloroso → aborto infectado!!!!

Ufa, terminamos as formas clínicas! Só pra ajudar a fechar o raciocínio:

Colo aberto: começa com IN e a conduta é internação (calma que falaremos no objetivo 3) → inevitável, incompleto e infectado

Colo fechado: ameaça de abortamento, aborto completo e aborto retido.

Meu conselho é que sempre que virem um quadro clínico tentem raciocinar conforme fizemos em cada um, a clínica é resultado do que está acontecendo em cada contexto, se a gente consegue entender a fisiopatologia, o resto é intuitivo!

Trazendo pro caso que vocês tiveram na tutoria:

Paciente procura o serviço de emergência relatando sangramento vaginal de início súbito nesta madrugada. Inicialmente o sangramento era em pequena quantidade, tipo "borra de café" (inicialmente: ameaça de aborto?), mas evoluiu rapidamente para fluxo moderado, de cor "vermelho-vivo, com presença de pequenos coágulos. Associa dor em cólica na região hipogástrica de intensidade progressiva (atualmente 6/10), que irradia para a região sacral (progrediu para um aborto inevitável). Refere que realizou um teste de gravidez de farmácia, há 7 dias, que veio positivo, mas ainda não conseguiu consulta de pré-natal. Nega febre, corrimento vaginal, queixas urinárias ou episódios

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

semelhantes previamente nesta gestação. (opa, não parece aborto infectado)

Exame especular: presença de sangue vermelho-vivo em **moderada**

quantidade no fundo de saco vaginal, com **saída ativa de sangue pelo óstio**

uterino externo. Não se observa eliminação de tecido.

Toque vaginal bimanual: colo uterino centralizado, amolecido, com **OCI pérvio**

US: Laudo: saco gestacional de contornos irregulares, localizado no segmento uterino inferior. Embrião com

comprimento cabeça-nádega de 36 mm, correspondente a aproximadamente 10

semanas e 4 dias, **sem atividade**

cardíaca detectável. (o embrião ainda tá lá dentro, não teve expulsão do

concepto: não penso em aborto completo ou incompleto)

Então no caso temos:

Dor de moderada intensidade e progressiva + colo aberto + embrião intrauterino sem BCF aborto inevitável (em curso)

Nesse caso, mesmo tendo o embrião intrauterino (e inclusive com saco gestacional > 25mm sem BCF) eu **NÃO** penso em aborto retido, porque tenho uma clínica de expulsão e colo uterino aberto → o aborto está acontecendo (inevitável)

OBJETIVO 2: DIFERENCIAR OS TIPOS DE ABORTAMENTO DA GESTAÇÃO ECTÓPICA E DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

A PARTIR DO QUADRO CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES.

Antes de diferenciarmos, vamos entender um pouco de cada um...

Gravidez ectópica: gestação em que a implantação e desenvolvimento ocorrem fora da cavidade uterina. É muito comum pensarmos na tuba uterina

(que é a localização mais comum), mas pode ser ovariana, abdominal, na cicatriz de cesárea prévia, etc.

A gravidez ectópica pode causar ruptura tubária, hemorragia maciça e choque

hipovolêmico. É uma emergência e é fundamental sabermos reconhecer os sinais antes dessas complicações fatais.

Como reconhecer um quadro de gravidez ectópica? A tríade da gravidez ectópica é: **dor abdominal + atraso menstrual +**

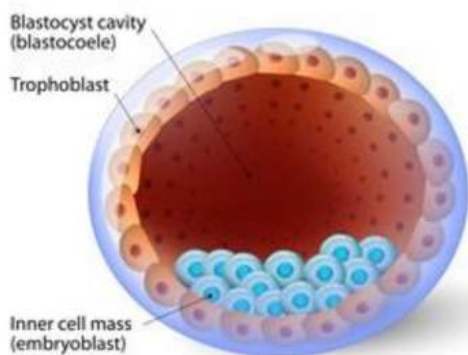
sangramento. Sendo que, enquanto no aborto o sintoma principal é o sangramento, aqui o sintoma mais marcante é a DOR!!!

Thicy Mesquita

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

E a MOLA???

A MOLA ou doença trofoblástica gestacional corresponde a uma anomalia proliferativa que acomete as células do tecido trofoblástica. Vamos entender um pouco da doença e entenderemos a clínica:



Essa imagem te assusta? Calma!!!

Basicamente, temos o blastocisto, que é composto pelo embrioblasto (células que formarão o embrião) e trofoblasto (células que vão formar a maior parte da placenta) → em uma gestação normal, eu espero que ambos se desenvolvam adequadamente → trofoblasto vai se implantar no endométrio e se diferenciar em citotrofoblasto e sinciotrofoblasto → é justamente o sinciotrofoblasto que vai produzir o beta-HCG (guardem essa informação, é importante!!!) Na doença trofoblástica gestacional (DTG) ocorre um problema nessas células, de forma que na mola COMPLETA não temos embrioblasto funcional e na mola

PARCIAL até tem um pouquinho de embrioblasto, mas não o suficiente para um embrião viável. E para piorar, além de não ter embrião viável (porque não desenvolve embrioblasto adequadamente) ainda temos uma proliferação EXCESSIVA de trofoblasto.

Mola completa:

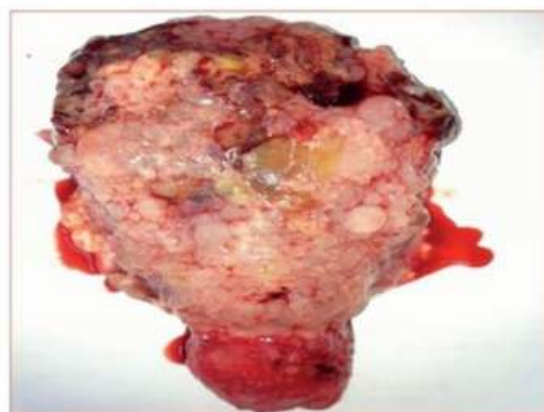


Figura 1. Macroscopia de mola hidatiforme completa de segundo trimestre – Notar as vesículas de grandes dimensões e a ausência de anexos fetais

Mola parcial:



Figura 2. Macroscopia de mola hidatiforme parcial de primeiro trimestre

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

Então basicamente temos um monte de célula trofoblástica se proliferando excessivamente. É esse trofoblasto que se diferencia em sinciciotrofoblasto e produz o beta-HCG, logo, se eu tenho muito trofoblasto → tenho muito sincício

→ produz MUITO hcg!!!! E é muito mesmo, enquanto lá na gravidez ectópica

estávamos falando de níveis de 3500 aqui na DTG pode ultrapassar 100.000 (se botarem um beta-HCG desses é mola até que se prove o contrário)

Qual o problema desse beta-HCG alto? Em mulheres grávidas (sem MOLA) um sintoma muito comum são as náuseas e vômitos e elas ocorrem principalmente quando ocorre o pico do beta-hcg

(entre 8 e 9 semanas) → É justamente ele que causa esses vômitos, logo, quanto maior o nível de HCG mais náuseas e vômitos → então imaginem em uma grávida com mola que os níveis de beta-HCG tão ABSURDOS → resultado: **hiperêmese gravídica!!!!**

Outro problema...

O HCG tem uma fração beta (que é o que dosamos no exame: beta-HCG), mas também tem uma fração alfa (alfa-HCG) → o problema é que essa subunidade alfa é muito parecida com

a de outros hormônios (por isso dosamos o beta, é mais específico para gravidez) → um desses hormônios “gêmeos” é o TSH → é por isso que, em uma gestante com mola, o HCG mimetiza o TSH → resultado: **hipertireoidismo!!!!**

E agora saindo um pouco do Beta-HCG e falando de outras manifestações da MOLA, lembrem-se que estamos tratando de uma proliferação anormal de células trofoblásticas, logo:

→ Ocorre uma alteração na invasão trofoblástica e da formação e funcionamento das artérias espiraladas → isso vai causar uma placentação normal e hipóxia → causando vasoconstrição e aumento da resistência vascular → temos sinais pré-eclâmpsia ANTES das 20 semanas

Por isso dizem que a MOLA é a doença do HIPER: hiperêmese gravídica, hipertireoidismo e hipertensão.

Além disso, temos uma altura uterina MAIOR que a idade gestacional (afinal temos células se proliferando exageradamente) e podemos ter **sangramento vaginal em suco de ameixa + saída de vesículas**

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

No ultrassom, podemos encontrar sinais como tempestade de neve (imagem 1)

e cistos tecaluteínicos (imagem 2):



E como diferenciar gravidez ectópica e DTG dos abortamentos?

Gravidez ectópica: vou pensar na tríade clássica → dor abdominal + atraso menstrual + sangramento. Se estiver pensando em gravidez ectópica rota a paciente vai apresentar sinais de hipovolemia e instabilidade na maior parte dos casos. A USTV é muito útil porque pode detectar saco gestacional fora da cavidade uterina (tubas, anexos, etc)!!! A principal queixa da gravidez ectópica é a DOR.

Mola/DTG: vou pensar em mola quando tiver esse quadro clínico beem florido

que conversamos acima → doença do hiper: hiperêmese, hipertensão e hipertireoidismo → AU > IG → sangramento em suco de ameixa. No ultrassom

vou visualizar essas vesículas (tempestade de neve ou cistos tecaluteínicos)

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

OBJETIVO 3: COMPARAR AS POSSIBILIDADES DE MANEJO EXPECTANTE, MEDICAMENTOSO E CIRÚRGICO DOS ABORTAMENTOS, CONTRASTANDO EFETIVIDADE CLÍNICA, ALÍVIO SINTOMÁTICO, FORMA DE APRESENTAÇÃO, RISCOS, BENEFÍCIOS E PREFERÊNCIAS DA PACIENTE.

Falei tanto dele no objetivo 1 e finalmente veio aí!!!

Entendemos as formas clínicas do aborto e agora vamos saber o que fazer em cada caso

Vamos começar com os de colo fechado (ameaça de aborto, aborto completo

e aborto retido) e desde já quero dizer que: se o colo está fechado eu penso em conduta expectante (temos a exceção do aborto retido, que eu tenho um

limite nessa conduta expectante, se não resolver vou pro esvaziamento uterino)

Ameaça de aborto

Falamos lá no objetivo 1 que a ameaça de aborto pode progredir para um aborto em curso ou pode não dar em nada (é o único abortamento que tem chance de reverter). Mas o que NÓS podemos fazer com isso? NADA!!!

Não há nenhuma conduta que vá impedir a progressão de uma ameaça de aborto para um abortamento em curso. Mas e a progesterona vaginal? Não tem impacto no desfecho. Em outras palavras, vai mudar nada.

Por isso, a conduta na ameaça de aborto é expectante!!!! Vamos observar como vai evoluir, explicar para a mãe o quadro e explicar que há chance de evoluir para aborto em curso, mas que também há a chance dela não abortar, mas que a única coisa que pode ser feita é aguardar.

Claro que estamos falando de condutas para impedir a progressão, masss, podemos intervir com analgésicos para aliviar a dor, recomendar que evite relações sexuais durante a perda sanguínea e orientar que retorne em caso de aumento do sangramento. (segundo a febrasgo)

Ameaça de aborto: conduta expectante + analgésicos para dor e orientações + imunoglobulina Anti-D.

Aqui estamos diante de um aborto que já ocorreu e que expulsou COMPLETAMENTE o ovo (traduzindo: expulsou embrião + restos ovulares). A clínica da paciente aqui já evolui com melhora considerável (pode ser completa, inclusive) da dor e sangramentos.

Thicy Mesquita

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

O que faremos nesse cenário? Nada.
Conduta EXPECTANTE!!!! Não tenho que esvaziar nada, porque já saiu tudo, a única coisa que a febrasgo recomenda é monitorar hemorragia. Como a gestante do caso é Rh negativo e há troca sanguínea no aborto completo, deve-se, também, administrar a imunoglobulina Anti-D.

Abortamento completo: conduta expectante + monitoramento da hemorragia + imunoglobulina anti-D

Aborto Retido

Aqui temos o embrião morto intrauterino ou gestação anembrionada. A paciente muitas vezes vai estar assintomática (quando falamos das cólicas e do sangramento), mas com regressão dos sinais gravídicos.

Qual a conduta?

Segundo a FEBRASGO, inicialmente, pode-se realizar conduta expectante, de modo a aguardar o processo de expulsão espontânea por até 3 semanas (boa parte das pacientes evolui para expulsão natural, sem necessidade de esvaziamento uterino)

Contudo, pode-se também realizar esvaziamento uterino!!! E o método para o esvaziamento vai depender da idade gestacional.

Aqui entra o conceito que conversamos no objetivo 1: aborto precoce x aborto tardio.

- No aborto **PRECOCE** ainda não há desenvolvimento importante da ossificação, logo → esvaziamento pode ser por AMIU (aspiração manual intrauterina) ou farmacológica por misoprostol (foquem no AMIU).

Dr Ederson sempre fala pra decorar AMIU → MIÚDO (bebê pequeno → aborto precoce) As diretrizes da FEBRASGO detalham um pouco mais esse esvaziamento, recomendando, inclusive, a administração de misoprostol antes do esvaziamento com AMIU (para amolecer o colo uterino), massss, de modo geral, **aborto precoce = AMIU!!!!**

- No aborto **TARDIO** há ossificação fetal, logo, há um maior risco de **PERFURAÇÃO UTERINA** → logo, realiza-se o esvaziamento uterino com CURETAGEM!!!! As diretrizes da febrasgo recomendam misoprostol antes da curetagem para preparar o colo uterino.

Então, de modo geral:

Abortamento < 12 semanas → esvaziamento com AMIU

Abortamento > 12 semanas → esvaziamento com curetagem

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

Todo material esvaziado SEMPRE vai para a análise histopatológica (lembram da mola? Temos que avaliar)

Aborto retido: expectante nas primeiras 3 semanas ou esvaziamento uterino com AMIU ou curetagem (dependendo da IG) + enviar material esvaziado para análise histopatológica + imunoglobulina anti-D se mãe Rh negativo.

É muito importante entender as formas de esvaziamento uterino, porque agora falaremos ainda mais delas porque discutiremos conduta nos abortamentos de COLO FECHADO: inevitável, incompleto, infectado.

Todo aborto de COLO FECHADO começa com IN e a conduta vai ser INTERNAÇÃO para esvaziamento uterino!!!! Quer ver?

ABORTO INEVITÁVEL

Já falamos bastante dele, aqui a ameaça de aborto evoluiu para um aborto em andamento, o conceito ainda não foi expulso mas o colo já abriu!!! A conduta: internar para esvaziamento uterino imediato!!!! Aqui NÃO se faz conduta expectante
E é o mesmo raciocínio que falamos no aborto retido:

Abortamento < 12 semanas → esvaziamento com AMIU

Abortamento > 12 semanas → esvaziamento com curetagem (recomenda-se misoprostol + curetagem)

Além disso, SEMPRE mandar o material esvaziado para análise citopatológica e administrar imunoglobulina anti-D se mãe Rh negativo.

Aborto inevitável/em curso: internar para esvaziamento uterino + enviar material esvaziado para análise histopatológica + imunoglobulina anti-D se mãe Rh negativo.

ABORTO INCOMPLETO

Lembra que até relatei com a hemorragia pós parto? O conceito já saiu, masss enquanto tiver restos ovulares a paciente vai continuar sangrando, então o que precisa ser feito? Esvaziar esse útero!!!

Conduta: internar para esvaziamento uterino

Mesma coisa: Abortamento < 12 semanas → esvaziamento com AMIU

Abortamento > 12 semanas → esvaziamento com curetagem (recomenda-se misoprostol + curetagem)

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

Aborto incompleto → Internar para esvaziamento uterino + mandar material para análise histopatológica + imunoglobulina anti-D se mãe Rh negativo

ABORTO INFECTADO

Aqui é um pouquinho mais completo porque estamos falando de uma INFECÇÃO, masss vamos lá:

É aborto de colo aberto, logo começa com IN e a conduta é INternar → então vamos internar essa paciente para esvaziamento uterino. É fundamental realizar o esvaziamento, porque assim retira-se o foco infeccioso. Lembrem-se que o aborto infectado pode evoluir para sepse, então eu preciso acompanhar essa paciente de perto. Além de esvaziar o útero da paciente e remover o foco infeccioso, também temos que iniciar antibioticoterapia de amplo espectro (cobrir negativos, positivos e anaeróbios) → o esquema é: gentamicina + ampicilina + metronidazol → e vamos manter os antibióticos até a paciente estar 48h sem febre!!!

E, como eu já falei, temos que monitorar continuamente essa paciente, lembrem-se sempre que é uma paciente com risco de sepse.

E o resto é igual aos outros:

Aborto infectado → iniciar antibioticoterapia de amplo espectro + internar para esvaziamento uterino + mandar material para análise histopatológica + imunoglobulina anti-D se mãe Rh negativo.

Então resumindo as condutas:

- Se for de colo FECHADO pode ser conduta expectante (retido expectante apenas nas primeiras 3 semanas)
- Não há nenhuma conduta que impeça a evolução da ameaça de aborto para aborto inevitável (nem progesterona!!!!)
- Se for de colo ABERTO começa com IN e a conduta é INternar para esvaziamento uterino
- O material esvaziado SEMPRE deve ser enviado para análise histopatológica
- Sempre que houver sangramento → imunoglobulina anti-D (se mãe Rh negativo)
- Nunca esquecer da antibioticoterapia no aborto infectado

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

OBJETIVO 4: PLANEJAR A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO SOFRIMENTO EMOCIONAL, O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR E ORIENTAÇÕES SOBRE PROGNÓSTICO E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DA PACIENTE.

Já entendemos como agir em cada tipo de aborto, então agora precisamos pensar em sofrimento emocional + acompanhamento + prognóstico + planejamento reprodutivo.

Primeiro de tudo:

SOFRIMENTO EMOCIONAL

Vamos começar pelo mais importante: essa paciente precisa ser acolhida!!! O abortamento pode trazer inúmeros prejuízos emocionais e culpa por parte da paciente, logo, é importante sabermos explicar algumas coisas (por mais óbvias que pareçam para nós). Essa mulher provavelmente estará acreditando que fez alguma coisa que provocou os abortamentos ou se existe “alguma coisa errada” com ela ou com o marido (principalmente considerando a história de outros 2 abortos prévios) Precisamos ouvir, acolher e validar o sofrimento dela.

Então, inicialmente, precisamos explicar que o abortamento espontâneo, na maioria das vezes, não acontece porque a mulher fez alguma coisa errada. Já falamos sobre isso no objetivo 1, a maioria ocorre por alterações cromossômicas, não tem nada a ver com a mãe/pai. Então nada da paciente ficar se culpando porque trabalhou, fez exercício, teve relação sexual, levantou peso, etc. (claro que nesse caso, com 3 abortos, pensamos em causas específicas, mas falaremos melhor no planejamento reprodutivo) E um ponto importante do caso: essa paciente já teve DOIS abortamentos anteriores, então não estamos diante de uma perda isolada. Ela está vivendo uma situação que pode gerar MUITA ansiedade em relação a uma próxima gestação.

Por isso, além de avaliar a parte física, precisamos avaliar o estado emocional da paciente e identificar se há necessidade de acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

ACOMPANHAMENTO POSTERIOR

Depois que resolvemos o abortamento, também precisamos acompanhar essa paciente para garantir que ela está evoluindo bem e identificar possíveis complicações.

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

→ **persistência ou aumento do sangramento**

→ **dor abdominal/pélvica persistente**

→ **febre ou sinais de infecção**

→ **sinais de anemia ou hemorragia**

→ **possibilidade de restos ovulares**

Também precisamos conversar com a paciente sobre sinais de alarme e explicar quando ela deve retornar imediatamente ao serviço de saúde.

→ **PROGNÓSTICO**

Agora vem uma parte MUITO importante para a paciente do caso: será que ela vai conseguir engravidar novamente? Precisamos entender que: um abortamento isolado não significa que a mulher não conseguirá engravidar novamente → a maioria das mulheres que apresenta um abortamento espontâneo consegue ter uma gestação futura bem-sucedida, sem problemas. MASSSSS... Vamos analisar o histórico da nossa paciente: G4P1A2. Ela já teve DOIS abortamentos prévios, um com 8 semanas e outro com 10 semanas. E agora mais um com 12 semanas. Aqui é diferente de uma paciente que teve uma única perda, essa paciente precisa de uma avaliação mais cuidadosa por apresentar abortamentos recorrentes.

E isso muda nossa conversa sobre o prognóstico e sobre o planejamento de uma próxima gestação. Não é para chegar e falar “relaxa, na próxima dá certo”. Claramente tem alguma causa que precisa ser investigada e tratada por trás desses abortamentos.

É para acolher, explicar que ainda existe possibilidade de uma gestação bem-sucedida, mas que, diante do histórico dela, é importante **realizar investigação e acompanhamento adequado**.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Após um aborto, precisamos entender se a paciente quer engravidar novamente naquele momento

Se a paciente não quiser engravidar, oferecemos método contraceptivo.

Mas se ela quiser engravidar novamente, como no caso da tutoria, precisamos

conversar sobre uma nova gestação e fazer o planejamento pré-concepcional.

→ orientar acompanhamento pré-concepcional

→ avaliar e controlar condições clínicas

→ atualizar vacinação

→ iniciar ácido fólico

(preferencialmente 3 meses antes da concepção)

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

- revisar medicamentos em uso
- discutir os possíveis fatores relacionados aos abortamentos recorrentes
- orientar acompanhamento precoce quando ocorrer uma nova gestação

No caso da nossa paciente, temos um histórico de 3 perdas gestacionais consecutivas, logo, recomenda-se uma investigação básica de abortamentos de repetição, incluindo: **cariótipo do casal, pesquisa de SAF, avaliação anatomica uterina (US, histeroscopia, histerossalpingografia, para avaliar malformações ou sinéquias pelas curetagens prévias), dosagens hormonais e metabólicas (principalmente função tireoidiana e triagem para diabetes)**

INVESTIGAÇÃO PARA PERDA GESTACIONAL RECORRENTE: A PARTIR DE 3 PERDAS GESTACIONAIS INVESTIGAR

Tem que avaliar:

- **Anatomia:** malformações uterinas, sinéquias, miomas
- **Genética (principal causa de aborto):** aneuploidias → avaliar cariótipo do casal ou do concepto abortado

- **Trombofilias:** investigar SAF, lúpus, trombofilias hereditárias
- **Endócrino/metabólico:** tireoideopatias, DM, insuficiência lútea
- **Infecciosa (menos comuns):** parvovírus B19, CMV (quando houver suspeita clínica)

Ainda sobre a paciente: Apesar do histórico doloroso de três perdas, o prognóstico reprodutivo a longo prazo ainda é favorável, especialmente porque ela tem um antecedente de parto vaginal a termo há 4 anos. Isso demonstra que seu útero é anatomicamente capaz de carregar uma gestação até o final.

Com a investigação e eventual tratamento da causa das perdas recorrentes, a chance de uma gravidez bem-sucedida no futuro é muito alta.

OBJETIVO 5: EXPLICAR A CONDUTA FRENTE ÀS DEMAIS SINDROMES HEMORRÁGICAS DA PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO (GESTAÇÃO ECTÓPICA E DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL), ESPECIFICANDO O ACOMPANHAMENTO EM CADA CASO.

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

→ Gravidez ectópica → já entendemos como diagnosticar e como trata?

Depende...

Temos algumas opções de tratamento da gravidez ectópica: pode ser conduta expectante (acreditem se quiser), clínico com metotrexato ou cirurgia. Mas, claro, temos indicações específicas para cada um:

- Conduta expectante: estamos falando de uma condição que pode MATAR e estamos falando de conduta expectante? Sim! Mas em condições extremamente específicas. Só posso fazer conduta expectante se:
 - Estabilidade hemodinâmica
 - Beta-HCG ≤ 2000 e em queda (o beta obrigatoriamente tem que estar em queda, demonstrando um abortamento tubário → a gravidez já tá se resolvendo sozinha...)
 - Ausência de embrião vivo
 - Massa < 5cm

Nesse caso, tem que monitorizar o beta-HCG a cada 48hrs.

- **Tratamento clínico com Metotrexato** → podemos, também, utilizar o MTX que é um antagonista do ácido fólico que inibe a proliferação celular → porém, a paciente obrigatoriamente deve apresentar:

→ **Estabilidade hemodinâmica**

→ **Beta-HCG < 5000**

→ **Massa < 3,5**

→ **Ausência de embrião vivo**

→ **Ausência de dor abdominal**

Antes de falarmos da abordagem cirúrgica, vamos ressaltar: **NUNCA** fazer tratamento clínico (seja ele expectante ou com MTX) em paciente **INSTÁVEL** e/ou com embrião vivo.

Se a paciente não cumprir a qualquer um dos critérios acima (do expectante e do MTX) iremos pensar em **CIRURGIA!!!!** Qual cirurgia?

Depende da estabilidade da paciente:

Se **instabilidade** hemodinâmica → laparotomia (cirurgia aberta, intervenção mais rápida)

Se **estabilidade** hemodinâmica (massa tubária > 3,5 ou beta > 5000) → laparoscopia

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (DTG)

O tratamento tem 2 etapas: **ESVAZIAR + ACOMPANHAR BETA-HCG**

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

Avaliação Pré-Esvaziamento:

Internação hospitalar para realização de hemograma, tipagem sanguínea com fator Rh, dosagem quantitativa de beta- hCG inicial e sorologias.

Esvaziamento Uterino:

preferencialmente por **aspiração intrauterina, podendo ser manual (AMIU) ou elétrica** → A curetagem deve ser complementar ou utilizada apenas se AMIU/aspiração elétrica não estiverem disponíveis.

E, claro, **todo o material obtido deve ser enviado obrigatoriamente para exame histopatológico** para confirmação diagnóstica definitiva.

Na mola essa

análise histológica é ainda mais importante, porque o nosso maior medo é a

progressão para neoplasia trofoblástica gestacional (NTG).

Após o esvaziamento uterino ainda temos que ACOMPANHAR essa paciente

para garantir que não evoluiu para uma NTG. Como já explicamos na fisiopatologia, a proliferação trofoblástica reflete nos níveis de beta-HCG, então é por ele que acompanharemos.

Primeiramente, temos que garantir contracepção de alta eficácia para essa paciente, até porque, se estou monitorando o beta-HCG e ela engravidar, como vou saber se o beta é da gravidez atual ou da mola anterior? Por isso tenho que garantir que ela **NÃO VAI ENGRAVIDAR** durante o período e início contracepção de alta eficácia imediatamente após o esvaziamento uterino.

Detalhe importante: **NÃO** pode usar DIU nesse caso.

Agora falando do acompanhamento...

Na maior parte das mulheres ocorre regressão espontânea dos valores do beta-HCG após esvaziamento, porém temos que realizar o seguimento pós molar direitinho:

→ Dosar beta-HCG semanalmente até a normalização por 3 dosagens consecutivas

→ Quando eu tiver 3 dosagens normais, deixo de dosar semanalmente e passo a dosar mensalmente

→ Só deixo de monitorar essa paciente quando tiver beta-HCG negativo por 6 meses!!!!

CASO 3: HEMORRAGIAS DA 1ª METADE DA GESTAÇÃO

Se durante esse período eu identificar critérios de malignização nessa paciente, entendo que houve progressão para NTG

Os critérios de malignização são:

- ≥ 4 Valores de beta-HCG em platô (variação de $< 10\%$ em 1 semana) $\rightarrow$ se o beta não tá caindo: ou ainda tem tecido lá dentro ou é neoplasia
- Aumento dos valores do beta em 3 medidas
- Diagnóstico de NTG
- Beta-HCG positivo por mais de 6 meses