Etiopatogenia

1º metade da gestação

Abortamento
- Doenças cromossomiais
- Alterações anatomicas uterinas
- Insuficiência do corpo lúteo
- Doenças da tireoide
- DMID
- SOP
- SAF
- Infecções

Gravidez ectópica:
- Tubária: 95-97% dos casos
- Ovariana: 0,5-1% dos casos
- Colo: 0,1% dos casos
- Abdominal: 1,5% dos casos

Implantação do ovo fora da cavidade endometrial

Doença trofoblástica gestacional

Fecundação anômala

Mola completa (cariótipo 46XX ou 46XY): fecundação de um óvulo com núcleo ausente por um espermatozoide normal, que posteriormente se duplica, ou por dois espermatozoides diferentes, cujo produto evolui para degeneração hidrópica de todas vilosidades, sem desenvolvimento de feto

Mola incompleta (cariótipo 69XXY, 69XYY ou 69XXX): fecundação de um óvulo por dois espermatozoides, cujo produto evolui para degeneração hidrópica de apenas parte das vilosidades, com possibilidade de formação de feto

2º metade da gestação

Placenta prévia:
- Completa ou central total ou total: placenta recobre totalmente o OI
- Parcial ou central parcialidade: placenta recobre parcialmente o OI
- Marginal: placenta tangencia o OI

Implantação de qualquer parte da placenta no segmento inferior do útero após a 28ª semanas de gestação

Descolamento prematuro de placenta

Separação intempestiva da placenta normalmente inserida no corpo uterino

Rotura uterina

Rompimento parcial ou total do miométrio durante a gravidez ou trabalho de parto

Manifestação clínica: Sangramentos na gravidez

Epidemiologia:
- Hemorragia é a primeira causa de morte materna no mundo
- Hemorragia é a segunda causa de morte materna no Brasil
- 10 a 15% das gestações apresentam hemorragia

Diagnóstico diferencial:
- pólipos vaginais
- vaginite aguda
- DIP
- salpingite
- endometriose
- tumores de ovário
- rotura de corpo lúteo
- rotura de cisto folicular
- miomatose
- patologias extragenitais (apendicite, litíase renal, diverticulite)

- DUM
- DPP
- IG

Primeira metade da gestação (até 20 semanas de gestação)

Fatores de risco?

- idade materna avançada
- uso de álcool
- uso de gás anestésico
- uso excessivo de cafeína
- tabagismo materno
- uso de cocaína
- uso de DIU
- nova gestação nos primeiros 3 meses após o parto anterior
- múltiplos abortamentos provocados prévios
- abortamento espontâneo prévio
- radiações em altas doses
- peso materno extremo (IMC < 18,5 ou >25)
- doença celíaca

HD: Abortamento?

Habitual ou Recorrente (0,5% das gestações)

Diagnóstico diferencial:
- Anormalidades uterinas anatômicas
- Incompetência istmocervical
- Síndrome do anticorpo Antifosfolipíde
- Trombofilias
- SOP
- Hiperprolactinemia
- Diabetes mellitus

Epidemiologia:
- 10 a 15% das gestações confirmadas
- 80% são interrompidas até a 12 semana

Primoevento clínico

Caracterização clínica e Exames complementares (USG, BHCG, Hemograma, GS)

- Hemorragia: pouco volumosa
- Dor: pouca intensidade
- Tamanho uterino: equivalente ao esperado para IG
- Exame especular: colo fechado

Exames complementares:
- BhCG: positivo
- US: embrião e BCF presentes

HD: Ameaça de abortamento

Conduta: ambulatorial
- repouso relativo
- abstinência sexual
- antiespasmóticos
- analgésicos
- apoio psicológico

- Hemorragia: volumosa, associada à perda de LA
- Dor: intensas, em baixo ventre e costas
- Tamanho uterino: equivalente ou pouco inferior ao esperado para IG
- Exame especular: colo dilatado

Exames complementares:
- BhCG: positivo na maioria dos casos
- US: presença ou ausência de BCF e sinais de descolamento ovular (hematoma retrocorial e saco gestacional irregular)

HD: Abortamento inevitável

Conduta: internação
- antiespasmóticos
- analgesicos
- hidratação
- aguardar resolucao espontaneo até 72hr
- caso não se resolva, esvaziamento uterino
- imunoglobulina anti-Rh para pacientes Rh-
- apoio psicológico

- Hemorragia: abundante, com restos ovalares
- Dor: média a grande intensidade
- Tamanho uterino: menor que o esperado para IG
- Exame especular: colo entreaberto

Exames complementares:
- BhCG: negativo ou decrescente
- US: restos ovulares (ecos hiperecogênicos mal definidos)

HD: Abortamento incompleto

Conduta: internação
- antiespasmóticos
- analgesicos
- hidratação
- esvaziamento uterino
- apoio psicológico
- imunoglobulina anti-Rh para pacientes Rh-

- Hemorragia: discreta ou ausente
- Dor: ausente
- Tamanho uterino: menor que esperado para IG
- Exame especular: colo fechado ou aberto
- História: eliminação prévia de material amorfo

Exames complementares:
- BhCG: negativo ou decrescente
- US: útero vazio e espessura endometrial < 15mm

HD: Abortamento completo

Conduta: ambulatorial
- apoio psicológico
- imunoglobulina anti-Rh para pacientes Rh-

- Hemorragia: pequena, opaca e com restos ovalares
- Dor: intensas e associada a febre
- Tamanho uterino: volume variável com consistência amolecida e mobilidade reduzida
- Exame especular: colo entreaberto
- História: manipulação da cavidade na tentativa de provocação, febre e odor fétido do sangramento

Exames complementares:
- BhCG: negativo
- US: imagem de restos ovulares e/ou coleções

HD: Abortamento infectado

Conduta: internação
- monitoramento
- cultura do material cervical e hemocultura
- profilaxia antitetânica
- perfusão de ocitocina
- ATB empírico (preferencial Gentamicina e Clindamicina 7 a 10 dias)
- esvaziamento uterino após instituição do ATB
- imunoglobulina anti-Rh para pacientes Rh-

Complicação:
- Endometrite
- Peritonite
- Sepse
- Choque séptico
- Insuficiencia respiratória
- Morte materna

- Hemorragia: ausente
- Dor: ausente
- Tamanho uterino: menor que o esperado para IG
- Exame especular: fechado
- Sinais fetais: sem BCF e CCN >/= 5cm

Exames complementares:
- BhCG: negativo ou decrescente
- US: embrião presente porém sem BCF

HD: Abortamento retido

Conduta:
- esvaziamento
- imunoglobulina anti-Rh para pacientes Rh-

Exames complementares:
- US: ausência de identificação de eco embrionário em saco gestacional de 25mm ou mais de diâmetro na IG > 6sem

HD: ovo anembrionado

Conduta: ambulatorial
- repouso relativo
- abstinência sexual
- antiespasmóticos
- analgésicos
- apoio psicológico

- cirurgia tubária anterior (alto risco)
- exposição intrauterina ao dietilestilbestrol (alto risco)
- falha MAC DIU/SIU ou Progestágeno (alto risco)
- gravidez ectópica anterior (alto risco)
- doença inflamatória pélvica (alto risco)
- endometriose (alto risco)
- reprodução assistida (moderado risco)
- fumo (pequeno risco)
- primeiro intercurso sexual com menos de 18 anos (pequeno risco)
- cirurgia pélvica ou abdominal anterior (pequeno risco)

Caracterização clínica

Ocorrência de rotura de trompa

Aguda: (30% dos casos)
- sinal de Blumberg
- massa abdominal palpavel
- dor a mobilização do colo
- sinal de Proust: Abaulamento e dor no fundo de saco
- sinais de descompensação hemodinâmica por sangramento
- sinal de Cullen: equimose periumbilical
- sinal de Laffon: dor no ombro (irritação do n. frênico)

Ausência de rotura de trompa

Subaguda: (70% dos casos)
- quadro menos intenso

Exames complementares:
- BHCG e Progesterona
- US

Saco gestacional intrauterino

Exclui PE

Cavidade uterina vazia

Ausência de massa anexial

BHCG < 1500 mUI/mL

BHCG aumenta > 1,6x / 48hrs

Exclui PE

BHCG aumenta < 1,6x / 48hrs

HD:
- PE
- Insuficiência de corpo lúteo
- Abortamento

Conduta expectante:
- BHCG semanal até < 5mUI/mL

BHCG > 1500 mUI/mL e ascendente

PE

Massa anexial presente:
- embrião vivo
- anel tubário
- hematosalpinge

Instabilidade?

PE rota

Laparotomia e Salpingectomia

PE

Tratamento

- Massa < 3,5cm
- BHCG < 5.000 mUI/mL
- Ausência de BCF
- Ausência de contraindicações ao MTC

MTX

- Massa >/= 3,5 cm
- Ausência de obesidade

Laparoscopia

- Massa > 5cm
- BHCG > 20.000 mUI/mL
- Obesidade

Laparotomia

- Pré-eclâmpsia antes de 20 semanas
- Mola hidatiforme em gestação prévia
- Intervalo interpartal curto
- SOP
- Idade materna extrema
- Fator étnico: asiáticas
- Exposição à radiação ionizante
- Controversos: alcool, paternidade, tabagismo

- abortamento
- gravidez a termo

HD: Doença Trofoblástica gestacional

Epidemiologia:
- 1 caso em 10.000 gestações
- 1 em 2.000 nascidos vivos

Diagnóstico diferencial:
- Erro de data de IG
- Mioma

Caracterização clínica

Sugestivo de Mola completa:
- eliminação de vesículas pela vagina
- sangramento com aspecto de "suco de ameixa"
- útero com crescimento em sanfona
- hiperêmese gravídica

Complicacoes:
- Tireotoxicose
- CIVD
- Anemia
- Cisto ovariano
- Malignização
- Cisto tecaluteínico
- Embolização

Exames complementares:
- BHCG (pós 10 semanas): >100.000 na mola completa
- USGTV: ecos amorfos em "flocos de neve"

Sugestivo de Mola parcial:
- ausência de eliminação de vesículas pela vagina
- fundo uterino não aumentado

Exames complementares:
- BHG (em torno de 10 semanas): níveis próximos do normal (100.000)
- USGTV: ecos dispersos

Critérios?
- Idade > 40
- Prole completa
- Sepse
- Hemorragia

Não

Esvaziamento uterino:
- Vacoaspiração
- Aspiração manual
- Curetagem
- Indução com Misoprostol

Análise anatomopatológica:
Genotipagem do DNA do tecido para diferenciar aborto molar de aborto não molar e diferenciar mola parcial e mola completo.

Sim

Histerectomia

Controle pós-molar: acompanhamento clínico-laboratorial
- seguimento clínico
- dosagem de BHCG semanalmente (até 3 dosagens negativas consecutivas)
- acompanhamento ultrassonográfico
- anticoncepção

Observar se:
- Subinvolução uterina
- Utero em sanfona
- Sangramento ou metrorragia persistente
- BHCG estacionário, aumentando ou não negativizado
- USGTV com sinal de imagem intramiometrial mista

Ausentes

Encerramento do episódio:
- ACO por 1 ano
- atenção às próximas gestações

Evolução em 20% das molas completas e 2 a 4% das molas parciais

HD: Neoplasia trofoblástica gestacional
- Coriocarcinoma
- Mola invasora
- Tumor trofoblástico de sítio placentário

Gravidez molar prévia?

Sim

Hipóteses:
- Mola invasora ou Persistente
- Coriocarcinoma

Epidemiologia:
- MI: 70 a 90% dos casos
- Coriocarcinoma: 10 a 30% dos casos

Metastização: MI em 15% dos casos é Coriocarcinoma na maioria dos casos

Exames completares:
- Hemograma
- Coagulograma
- Perfil hepático
- Funcao hepática
- BHCG quantitativo:
- GS: verificar possibilidade de isoimunização
- Dosagem lactogênio placentária: excluir TTSP
- USG pélvico e abdominal: verificação de metástases contíguas
- RxT: verificação de metástase pulmonar
- TC abdominal, pelve e encéfalo: se sintomas

Estadiamento: FIGO 2010
I: tumor confinado ao útero
II: tumor invade outras estruturas genitais
III: tumor com extensão pulmonar
IV: tumor com metástases para outros órgãos que não o pulmão

Critérios de risco de necessidade para Poli-QT (FIGO)

< 7

Apenas QT em monoterapia, não indicado esvaziamento uterino

Seguimento

>/= 7

Apenas Poli-QT, não indicado esvaziamento uterino

Não

História de gravidez ectópica, história de gravidez normal a termo, história de abortamento

Níveis de BHCG elevados, com níveis de Lactogênio placentário normais

Hipóteses:
- Coriocarcinoma (50% dos casos)

Níveis de BHC não elevados, com níveis de Lactogênio placentário elevados

Hipóteses:
- Tumor trofoblástico de sítio placentário
- Tumor epitelioide

Tratamento: Histerectomia associada à quimioterapia

Segunda metade da gestação: após a 20º semana de gestação

Fatores de risco?

- Retração uterina intensa: rotura prematura na polidramnia ou expulsão do primeiro feto na prenhez múltipla
- Miomatose uterina: presença de miomas localizados no local de implantação placentária
- Traumatismo abdominal: acidentes automobilísticos e violência física
- Brevidade do cordão: presença de circulares do cordão ou tração direta do cordão durante TP
- Efeito adverso de Versão fetal externa: procedimento obstétrico para alterar artificialmente a apresentação fetal
- Síndromes hipertensivas: obstrução de artérias deciduais e infartos no sítio placentário
- Tabagismo e Uso de cocaína: acarretam má perfusão placentária levando a infartos placentários
- Anemia e má nutrição: isquemia placentária
- Consumo de álcool: isquemia placentária
- Corioamnionite: isquemia placentária
- Idade: acima de 35 anos
- Trombofilias

Caracterização clínica:
- Hemorragia: escura e única (20% dos casos oculta: hemoâmnio e retroplacentário)
- Início: súbito
- Dor abdominal: intensa
- Hipertonia uterina: presente (infiltração sanguínea intramiometrial: Útero de Couvelaire)
- Sofrimento fetal: grave e precoce

Exame físico:
- Sinais vitais maternos: taquicardia > hipotensão
- TU: aumentado
- TV: bolsa d'agua tensa, dilatação rápida e

Exames complementares:
- hemograma
- contagem de plaquetas
- coagulograma: surpreender complicação
- exames para DHPG: surpreender síndrome hipertensiva como causa
- função renal: DPP é principal causa de necrose corticorrenal bilateral
- USG: afastar diagnóstico diferencial de placenta prévia

HD: Descolamento prematuro de placenta (DPP)?

Epidemiologia:
- 1 a 2% das gestações

Complicação

Maternas:
- CIVD
- Choque hipovolêmico
- Síndrome de Sheehan

Neonatais:
- CIUR
- Prematuridade
- Morte

Conduta: Urgência obstétrica
- verificação de viabilidade fetal
- amniotomia
- reposição de Fatores de coagulação

Feto vivo

Parto iminente?

Sim

Parto vaginal

Não

Cesariana

Feto morto

Parto não iminente ou apresentação alta

Cesariana

Parto iminente e apresentação baixa

Parto vaginal com aminiotomia

- Idade: acima de 35 anos
- Multiparidade: pior qualidade da decidua basal
- Endometrite: cicatriz uterina prévia
- Curetagens uterinas prévias: cicatriz uterina prévia
- Cesariana: cicatriz uterina prévia
- Abortamento provocado
- Situações de sobredistensão uterina (hidrópsia fetal e gestação múltipla): peso favorece deslizamento e fixação inferior
- Tabagismo: isquemia placentária

Caracterização clínica:
- Hemorragia: exteriorizada, viva (rutilante), de repetição e de cessação espontânea
- Início: gravidade progressiva
- Dor abdominal: indolor
- Hipertonia uterina: ausente
- Sofrimento fetal: ausente ou tardio

Exame físico:
- Sinais vitais maternos
- Leopold: apresentação alterada
- TU: normotonico
- Ausculta BFC
- TV: não realizar até conhecer a localização da placenta

Exames complementares:
- Hemograma
- GS
- Coagulograma
- USGA
- USGTV: inócua mesmo no caso de placenta prévia

HD: Placenta prévia

Epidemiologia:
- incidencia: 0,5 a 1% das gestações
- mais frequente em gestações multiplas
- sobrestimada se diagnóstico feito antes da 28 semana

Complicações:
- atonia uterina e hemorragia pos-parto
- infecção puerperal
- lacerações de trajeto
- distocia de parto
- parto prematuro
- amniorrexe prematura
- apresentações anômalas
- discinesia uterina
- acretismo placentário

Conduta: Segundo hemorragia e terminalidade da gestacao

Hemorragia importante?

Sim

Interrupção

Não

Gestação a termo?

Sim

Não

Conservadora:
- não realizar relações sexuais
- considerar uso de Corticóide para maturação pulmonar

Via de parto

Placenta prévia total

Placenta prévia parcial

Cesariana

Placenta prévia marginal ou baixa

- aminiotomia
- parto vaginal permitido se não houver instabilidade hemodinamica, feto morto e malformações fetais

- cirurgia miometrial: cesárea, miomectomia, metroplastia
- trauma uterino: violência física, curetagem
- malformação uterina
- doença trofoblástica gestacional
- canal de parto obstruído
- versão uterina externa
- uso de ocitocina e prostaglandina na indução

Caracterização clínica

Fase gestacional

Fase inicial

Fase terminal:
- Hemorragia: viva (rutilante) e única
- Início: subito
- Dor abdominal: dor cessa
- Hipertonia uterina: não
- Sofrimento fetal: grave e precoce

Fase partal

Sinais de iminência:
- contrações uterinas extremamente dolorosas
- distensao do segmento inferior do útero, formando depressão em faixa infraumbilical (sinal de Bandl)

Tratamento:
- Uterotocolíticos

Sinais de consumação:
- dor lancinante na região hipogástrica
- crepitação por enfisema subcutâneo no abdome (sinal de Clark)
- ascensão da apresentação (sinal de Reasens)
- BCF inaudíveis (obito fetal é regra)

HD: Rotura uterina

Conduta: Cirurgia laparoscópica:
- prole definida: histerectomia
- prole indefinida: rafia