Hemorragias na Primeira Metade da Gestação

Introdução e Impacto Clínico

Classificação das Hemorragias na Gravidez

- Hemorragias durante a **gestação** classificadas por idade gestacional.
- Distinção entre **primeira metade da gestação** (até 20 semanas) e **segunda metade da gravidez** (após 20 semanas).
- Fundamental diferenciar, abordar e tratar adequadamente o sangramento.
- Sangramento no **ciclo gravídico** gera **ansiedade** e **preocupação**, indicando riscos significativos.

Importância da Hemorragia na Gestação

- Até **15%** das gestações podem apresentar sangramento.
- Hemorragia é uma das principais causas de **morte materna**.
- Causas globais de mortalidade materna: síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções.
- No Brasil, síndromes hipertensivas são a principal causa; em algumas regiões (Paraná), síndromes hemorrágicas (especialmente pós-parto) têm prevalecido.
- Hemorragias na gravidez são importante causa de **morbimortalidade materna**, justificando identificação e tratamento adequados.

Causas de Sangramento na Primeira Metade da Gestação

Etiologias Principais

- **Abortamento** e suas formas clínicas.
- **Gravidez ectópica** (desenvolvimento fora do **corpo uterino**).
- **Neoplasia trofoblástica** (incluindo mola).
- **Descolamento corioamniótico**.

Outras Causas Possíveis

- **Cervicite**.
- **Pólipo cervical**.
- **Ectrópio** (alteração fisiológica da gravidez, epitélio glandular na ectocérvice, pode sangrar).
- **Câncer de colo uterino**.
- **Trauma vaginal**.
- Sangramento durante o **trabalho de parto** (mais comum na segunda metade).

Abortamento

Definição de Abortamento

- Definição OMS: interrupção da gestação antes de **20 semanas** ou com feto pesando menos que **500 gramas**.
- Crucial diferenciar de **parto prematuro** (>20 semanas ou >500g), com **repercussões legais** e manejo do produto da concepção distintos.
- Aborto: encaminhamento para anatomopatologia e descarte correto.
- Parto prematuro com óbito fetal: registro como natimorto e procedimentos de sepultamento.

Classificação do Abortamento

- Classificação por **intenção** (provocado, espontâneo) e **cronologia**.
- **Precoce**: até **12-13 semanas** (primeiro trimestre).
- **Tardio**: entre 12 e 20 semanas.
- Gestação interrompida após 20 semanas: classificada como parto.

Prevalência e Etiologia do Abortamento

- Prevalência significativa: cerca de **20%** das gestações (uma em cada cinco).
- Influenciada pela **idade materna** (maior em idades avançadas).
- Etiologia frequentemente **multifatorial**.
- Maioria dos abortamentos precoces (6-8 semanas) tem origem **cromossômica** (50% a 80%), devido a situações incompatíveis com a vida.

Fatores Etiológicos Associados ao Abortamento

- **Causas hormonais sistêmicas ou locais**.
- **Causas anatômicas**.
- **Infecções** (ex: complexo TORCH).

Causas Uterinas de Abortamento

- **Sinéquias uterinas**: resultantes de curetagens prévias (Síndrome de Asherman).
- **Miomas uterinos**: associação depende de número, tamanho e **localização**. Miomas que alteram a **cavidade endometrial** (submucosos, intramurais com componente submucoso) podem levar ao abortamento.
- **Incompetência cervical**: defeito estrutural do colo que impede manutenção da gestação, levando à dilatação/apagamento precoce no segundo trimestre sem trabalho de parto.
- **Malformações uterinas** (müllerianas): útero bicorno, didelfo, arqueado; predispõem a abortamento e prematuridade.

Incompetência Cervical e Cerclagem Uterina

- Caracterizada por **dois ou mais abortamentos tardios consecutivos** (geralmente 16-18 semanas), sem trabalho de parto.
- Suspeita em história de **três ou mais partos prematuros recorrentes e cada vez mais precoces**.
- Quadro clínico: leve desconforto, protrusão da bolsa amniótica, dilatação cervical.
- Tratamento: **cerclagem uterina** (procedimento cirúrgico, ex: McDonald's).
- Realizada no segundo trimestre (**14 a 18 semanas**) para reforçar o colo e prevenir dilatação prematura.

Fatores Imunológicos e Hematológicos no Abortamento

- Doenças autoimunes ou aloimunes: **Tireoidite de Hashimoto** (hipotireoidismo comum) associada.
- **Trombofilias**: alterações genéticas que aumentam coagulação.
- Na **hipercoagulabilidade** fisiológica da gravidez, trombofilias levam a desfechos desfavoráveis.
- Desfechos desfavoráveis: **aborto de repetição**, **pré-eclâmpsia precoce**.

Outros Fatores de Risco para Abortamento

- Uso de **drogas**: **tabagismo**, **álcool** (sem níveis seguros), **cafeína** (limitar a **200-300 mg/dia**).
- **Trauma abdominal**: pode causar abortamento (especialmente gestações avançadas, útero abdominal; no primeiro trimestre, útero intrapélvico, requer grande energia).

Formas Clínicas de Abortamento

Ameaça de Abortamento

- Qualquer **sangramento** em gestantes no **primeiro trimestre** deve ser considerado **ameaça de abortamento**.
- Distinguir do sangramento de nidação (5-6 semanas).

Hematoma Subcoriônico

- Acúmulo de sangue entre saco gestacional e parede uterina.
- Pode causar sangramento.
- Maioria pequena, reabsorve espontaneamente, gestação evolui sem problemas.
- Hematoma grande (>50% do saco gestacional): aumenta risco de abortamento inevitável.
- Etiologia: relacionada à implantação placentária.
- Frequentemente achado ultrassonográfico incidental, considerado inocente na maioria dos casos.

Abortamento em Curso (Completo e Incompleto)

Característica	Descrição
Abortamento em Curso	Processo ativo de expulsão do conteúdo uterino.
Abortamento Completo	Todo o produto da concepção (incluindo restos placentários) eliminado.
US Abortamento Completo	**Espessura endometrial** de até **15 mm**.
Abortamento Incompleto	Parte do conteúdo gestacional (restos ovulares/placentários) permanece na cavidade uterina.
US Abortamento Incompleto	Espessura endometrial aumentada e/ou conteúdo amorfo.
Manejo Abortamento Incompleto	Frequentemente requer **esvaziamento uterino**.

Abortamento Retido

- Retenção na cavidade uterina de gestação com viabilidade interrompida.
- Caracterizado por ausência de **batimento cardíaco embrionário** ao ultrassom.
- Muitas vezes assintomático, descoberto em exame de rotina.
- Condutas:
  - Manejo conservador: espera de eliminação espontânea (pode levar até um mês), com acompanhamento clínico/laborator semanal.
  - Intervenção: esvaziamento uterino, dependendo do desejo da paciente.

Esvaziamento da Cavidade Uterina

Método	Descrição e Características
Curetagem	Procedimento cirúrgico com curetas fenestradas para raspar o endométrio.
	Requer habilidade técnica; riscos de perfuração uterina ou lesão de órgãos adjacentes.
Aspirador Manual Intrauterino (AMIU)	Usa cânulas de plástico e seringa para criar pressão negativa e aspirar o conteúdo.
	Menos traumático, menor risco de perfuração uterina, bons resultados.
	Método preferencial para esvaziamento de mola hidatiforme (grande volume).

Abortamento Habitual (de Repetição)

- Definição: ocorrência de **três ou mais abortamentos consecutivos**.
- Abortamentos não consecutivos (ex: dois abortos separados por gestação a termo) não se enquadram estritamente.
- Investigação etiológica pode ser considerada após dois abortos.
- Relativamente raro (1% a 2% dos casos).
- Grande parte dos casos: possível identificar **fator etiológico** após investigação (malformações uterinas, hipotireoidismo não tratado, trombofilias).

Abortamento Infectado

- Tipicamente associado a procedimentos inseguros ou clandestinos.
- Caracterizado por infecção da cavidade uterina e trato genital superior.
- Envolve **flora polimicrobiana** (aeróbias e anaeróbias) da cavidade pélvica.
- Tratamento varia: **antibioticoterapia** (clínico) ou **intervenção cirúrgica**.
- Disseminação do misoprostol reduziu incidência por procedimentos clandestinos.

Gravidez Ectópica

Conceito e Prevalência da Gravidez Ectópica

- **Gravidez ectópica**: implantação e desenvolvimento do ovo fertilizado fora da cavidade do corpo uterino.
- **Principal causa de morte materna** no primeiro trimestre da gestação nos EUA e causa significativa em outros países.

Fatores de Risco para Gravidez Ectópica

- Histórico de **doença inflamatória pélvica** (pode danificar tubas).
- Uso atual de **DIU**.
- Histórico de **cirurgia tubária prévia**.
- Histórico de **gravidez ectópica anterior**.

Localização da Implantação Ectópica

- Local mais comum: **tuba uterina**, particularmente na sua **porção ampular** (local frequente de fecundação).
- Outros locais: região ístmica ou fímbria da tuba, ovário, cornos uterinos, cicatriz de cesariana, cavidade abdominal (gravidez abdominal).
- Gestação no colo uterino: **gravidez ectópica cervical**.

Quadro Clínico da Gravidez Ectópica

- **Tríade clínica clássica** (em mulher em idade fértil): **atraso ou irregularidade menstrual**, **dor abdominal** e **sangramento vaginal**.
- Casos avançados: sinais de **abdômen agudo hemorrágico** e **choque hipovolêmico**.
- Exame físico: alterações fisiológicas da gravidez (colo amolecido, arroxeado), dor à mobilização do colo (**grito de Douglas**), sinais de peritonite (em caso de ruptura).

Diagnóstico da Gravidez Ectópica

- Baseado em dosagem sérica de **beta-hCG** e **ultrassonografia pélvica**.
- US pode revelar gestação ectópica **íntegra** (espessamento da tuba, sinal do anel) ou **rota** (massa anexial heterogênea, líquido livre na cavidade pélvica - sangramento).
- **Beta-hCG positivo** sem visualização de saco gestacional intrauterino exige investigação para gravidez ectópica (especialmente com sinais clínicos).

Manejo da Gravidez Ectópica

Manejo	Indicações e Características
Tratamento Cirúrgico	Indicado em:
	• **Instabilidade hemodinâmica** (choque). • **Abdômen agudo hemorrágico**. • **Massa anexial de cinco** (tamanho específico, possivelmente >5cm). • **Atividade cardíaca** no embrião/feto ectópico.
	Procedimentos: **salpingostomia** (incisão na tuba p/ remover produto), **salpingectomia** (remoção da tuba).
	Pode ser por **laparoscopia** (menos invasiva) ou **laparotomia**.
	Salpingectomia aumenta risco de futura ectópica na tuba remanescente; bilateral prévia pode levar à infertilidade (requer reprodução assistida).
Tratamento Clínico (Metotrexato)	Pode ser considerado em pacientes:
	• **Hemodinamicamente estáveis**. • Diagnóstico precoce com **massa anexial pequena** (<3,5 cm). • **Ausência de atividade cardíaca**. • **Beta-hCG em declínio** (dependendo da fonte).
Critérios Específicos para Metotrexato	• Massa anexial <3,5 cm. • Beta-hCG <5.000 mUI/mL. • Desejo de gravidez futura.
	Metotrexato age nas células trofoblásticas; efeitos teratogênicos, requer intervalo antes de nova gestação.
Pré-tratamento Clínico	Avaliação da função renal e hepática para descartar contraindicações.
Acompanhamento Pós-Tratamento Clínico	Dosagem seriada de beta-hCG (ex: D0, D4, D7).
	Sucesso terapêutico: declínio de pelo menos 15% entre D4 e D7.
	Ultrassonografia não é principal método de acompanhamento (massa pode demorar a regredir).

Neoplasia Trofoblástica Gestacional

Definição e Formas Clínicas da Neoplasia Trofoblástica Gestacional

- **Neoplasia trofoblástica gestacional (NTG)** inclui:
  - **Mola hidatiforme** (**completa** ou **incompleta**).
  - Entidades mais raras e malignas (**coriocarcinoma gestacional**, tumor trofoblástico de sítio placentário, tumor trofoblástico epitelioide, sítio placentário exagerado, nódulo de sítio placentário).
- Foco primário na mola hidatiforme.

Quadro Clínico da Mola Hidatiforme

- Mola hidatiforme clássica:
  - **Sangramento uterino indolor**.
  - **Eliminação de vesículas** (”bolinhas cor de sangue”).
  - **Aumento do volume uterino desproporcional à idade gestacional** (útero maior que o esperado).
  - **Exacerbação dos sintomas gravídicos** (hiperêmese acentuada).
  - Sinais de **tireotoxicose**.
  - Possibilidade de **pré-eclâmpsia no primeiro trimestre** (única situação gestacional em que ocorre tão precocemente).

Diagnóstico e Tratamento da Mola Hidatiforme

- Macroscopia: vesículas ”cachos de uva”(hidátide).
- **Ultrassonografia**: aspecto típico de ”flocos de neve”.
- Manejo primário após diagnóstico: **esvaziamento da cavidade uterina**.

- Preferencialmente utilizando **AMIU** (devido ao grande volume de material e sangramento associado).

Acompanhamento Pós-Molar

- Mandatório: acompanhamento com dosagens seriadas de **beta-hCG**.
- Inicialmente mensais, depois bimensais, por **até um ano**.
- Paciente considerada curada após um ano com beta-hCG negativo.
- Crucial: **orientar anticoncepção** durante todo o período de acompanhamento.
- NTG tem potencial metastático: necessária pesquisa de metástases após diagnóstico.
- Pesquisa de metástases: tipicamente com **ultrassom abdominal** e **radiografia de tórax**.

Sumário das Causas de Hemorragia na Primeira Metade da Gestação

Principais Etiologias e Definições

- Causas principais de sangramento: **abortamento**, **gravidez ectópica**, **neoplasia trofoblástica gestacional**.
- Outras causas ginecológicas (pólipos, ectrópio) devem ser consideradas.
- Definição de abortamento: interrupção gestacional antes de 20 semanas ou peso fetal <500 gramas (distinção com parto prematuro pode ser difícil).

Etiologia e Prevalência do Abortamento

- Etiologia: multifatorial (**cromossômicas** nos precoces, uterinas, hormonais, autoimunes).
- Prevalência: comum, até **20%** das gestações.

Formas Clínicas e Abortamento Habitual

- Formas clínicas: ameaça, incompleto, completo.
- **Abortamento habitual**: três ou mais abortos consecutivos (fator etiológico subjacente frequente).
- Manejo: depende da forma clínica (muitas vezes esvaziamento uterino).

Características e Manejo da Gravidez Ectópica

- Definição/Localização: implantação fora do útero, mais comum na tuba uterina (**porção ampular**).
- Tratamento: **cirúrgico** (instáveis, abdômen agudo, massa >5cm, atividade cardíaca) ou **clínico** com metotrexato (estáveis, massa <3.5cm, beta-hCG <5.000, sem atividade cardíaca).

Características e Manejo da Mola Hidatiforme

- Características: **sangramento indolor**, **eliminação de vesículas**, **aumento uterino desproporcional**, exacerbação de sintomas, tireotoxicose, pré-eclâmpsia precoce.
- Diagnóstico: ultrassonográfico (”flocos de neve”).
- Tratamento: **esvaziamento uterino** (preferência AMIU).
- Acompanhamento: beta-hCG seriado por até um ano.
- Importante: **anticoncepção** durante o acompanhamento.