Hemorragias na Primeira Metade da Gestação

Introdução e Impacto Clínico

Classificação das Hemorragias na Gravidez

As **hemorragias** que ocorrem durante a **gestação** são classificadas de acordo com a idade gestacional. Distinguem-se as hemorragias da **primeira metade da gestação** (até 20 semanas) e as da **segunda metade da gravidez** (após 20 semanas). É fundamental diferenciar, abordar e tratar adequadamente o sangramento gestacional. A ocorrência de sangramentos no **ciclo gravídico** gera **ansiedade** e **preocupação**, mas também indica riscos significativos.

Importância da Hemorragia na Gestação

Até **15%** de todas as gestações podem apresentar algum episódio de sangramento. A hemorragia é uma das principais causas de **morte materna**. Globalmente, as principais causas de mortalidade materna incluem síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas e infecções. No Brasil, as síndromes hipertensivas são a principal causa, enquanto em algumas regiões, como no estado do Paraná, as síndromes hemorrágicas (especialmente a hemorragia pós-parto) têm sido a principal causa nos últimos anos. As hemorragias durante a gravidez são, portanto, uma importante causa de **morbimortalidade materna**, justificando a necessidade de identificação e tratamento adequados.

Causas de Sangramento na Primeira Metade da Gestação

Etiologias Principais

As principais causas de sangramento na primeira metade da gestação incluem:

- **Abortamento** e suas formas clínicas.
- **Gravidez ectópica**, definida pelo desenvolvimento gestacional fora do **corpo uterino**.

- **Neoplasia trofoblástica**, incluindo a mola.
- **Descolamento corioamniótico**.

Outras Causas Possíveis

Embora as causas obstétricas sejam primordiais, é importante considerar outras etiologias não relacionadas diretamente à gestação em si:

- **Cervicite**.
- **Pólipo cervical**.
- **Ectrópio**, uma alteração fisiológica da gravidez com presença de epitélio glandular na ectocérvice, que pode cursar com sangramento.
- **Câncer de colo uterino**.
- **Trauma vaginal**.
- Sangramento durante o **trabalho de parto** (embora esta última ocorra predominantemente na segunda metade).

Abortamento

Definição de Abortamento

A **definição de abortamento** estabelecida pela Organização Mundial da Saúde é a interrupção da gestação antes de **20 semanas** ou com feto pesando menos do que **500 gramas**. A diferenciação entre aborto e **parto prematuro** (quando a gestação ultrapassa 20 semanas ou o peso fetal é maior que 500g) é crucial, pois possui **repercussões legais** e implicações no manejo do produto da concepção (encaminhamento para anatomopatologia e descarte correto no caso de aborto, versus registro como natimorto e procedimentos de sepultamento no caso de parto prematuro com óbito fetal).

Classificação do Abortamento

O abortamento pode ser classificado de acordo com a **intenção** (provocado ou espontâneo) e a **cronologia**. É considerado **precoce** quando ocorre até **12-13 semanas** (primeiro trimestre) e **tardio** quando ocorre entre 12 e 20 semanas. Gestação interrompida após 20 semanas é classificada como parto.

Prevalência e Etiologia do Abortamento

A prevalência de abortamento é significativa. Em média, cerca de **20%** de todas as gestações resultam em abortamento espontâneo, ou seja, aproximadamente uma em cada cinco gestações. A prevalência é influenciada pela **idade materna**, sendo maior em idades avançadas. A etiologia é frequentemente **multifatorial**. A grande maioria dos abortamentos que ocorrem precocemente (entre 6 a 8 semanas) tem origem **cromossômica**, representando entre 50% e 80% desses casos, devido a situações incompatíveis com a vida fetal.

Fatores Etiológicos Associados ao Abortamento

Além das causas cromossômicas, outras condições podem estar associadas ao abortamento:

- **Causas hormonais sistêmicas ou locais**.
- **Causas anatômicas**.
- **Infecções**, como aquelas incluídas no complexo TORCH.

Causas Uterinas de Abortamento

As causas uterinas incluem:

- **Sinéquias uterinas**, que podem resultar de curetagens prévias (Síndrome de Asherman).
- **Miomas uterinos**: a associação com abortamento depende do número, tamanho e **localização** dos miomas. Miomas que alteram a **cavidade endometrial** (submucosos ou intramurais com componente submucoso) podem levar ao abortamento.
- **Incompetência cervical**: um defeito estrutural do colo uterino que impede a manutenção da gestação até o termo, levando à dilatação e apagamento cervical precoces na segunda metade da gestação, sem trabalho de parto prévio.
- **Malformações uterinas** (malformações müllerianas), como útero bicorno, didelfo ou arqueado, que podem predispor a abortamento e prematuridade.

Incompetência Cervical e Cerclagem Uterina

A **incompetência cervical** é caracterizada por dois ou mais **abortamentos tardios** consecutivos, geralmente ocorrendo entre 16 e 18 semanas de gestação, sem sinais de trabalho de parto. Também

pode ser suspeitada na história de três ou mais **partos prematuros** recorrentes e cada vez mais precoces. Clinicamente, pode haver desconforto leve, seguido por protrusão da bolsa amniótica pela vagina e dilatação cervical. O tratamento para incompetência cervical é a **cerclagem uterina**, um procedimento cirúrgico (ex: técnica de McDonald's) realizado no segundo trimestre (tipicamente entre 14 e 18 semanas) para reforçar estruturalmente o colo uterino e prevenir a dilatação prematura.

Fatores Imunológicos e Hematológicos no Abortamento

Doenças autoimunes ou aloimunes, como a **Tireoidite de Hashimoto** (uma causa comum de hipotireoidismo), podem estar associadas ao abortamento. As **trombofilias** são alterações genéticas que aumentam a coagulação sanguínea. Em um estado de **hipercoagulabilidade** fisiológica da gravidez, as trombofilias podem levar a desfechos obstétricos desfavoráveis, incluindo **aborto de repetição** e **pré-eclâmpsia precoce**.

Outros Fatores de Risco para Abortamento

O uso de **drogas** como **tabagismo**, **álcool** e **cafeína** é associado a um risco aumentado de abortamento. Embora a Síndrome Alcoólica Fetal exija ingestão pesada de álcool, não existem níveis seguros estabelecidos para o consumo de álcool na gravidez. A cafeína deve ter o consumo limitado a cerca de **200 a 300 mg por dia** (equivalente a aproximadamente uma xícara de café), pois quantidades excessivas são prejudiciais à gestação. O **trauma abdominal** também pode causar abortamento, especialmente em gestações avançadas onde o útero é abdominal. Em gestações de primeiro trimestre, com o útero intrapélvico, o trauma deve ser de grande energia para resultar em abortamento.

Formas Clínicas de Abortamento

Ameaça de Abortamento

Qualquer **sangramento** em gestantes no **primeiro trimestre** deve ser considerado uma **ameaça de abortamento**, distinguindo-o do sangramento de nidação que pode ocorrer por volta de 5-6 semanas de gestação.

Hematoma Subcoriônico

O **hematoma subcoriônico** é um acúmulo de sangue entre o saco gestacional e a parede uterina, que pode causar sangramento. A maioria desses hematomas é pequena, reabsorve espontaneamente e a gestação evolui sem problemas significativos. No entanto, quando o hematoma é grande (por exemplo, com volume superior a 50% do saco gestacional), o risco de abortamento inevitável aumenta consideravelmente. Sua etiologia geralmente está relacionada ao processo de implantação placentária, sendo frequentemente um achado ultrassonográfico incidental e considerado inocente na maioria dos casos.

Abortamento em Curso (Completo e Incompleto)

O **abortamento em curso** refere-se ao processo ativo de expulsão do conteúdo uterino. É classificado como **completo** quando todo o produto da concepção, incluindo restos placentários, é eliminado da cavidade uterina. Ultrassonograficamente, um abortamento completo é frequentemente associado a uma **espessura endometrial** de até **15 mm**. O abortamento é considerado **incompleto** quando parte do conteúdo gestacional (como restos ovulares ou placentários) permanece na cavidade uterina, visualizado no ultrassom como uma espessura endometrial aumentada e/ou conteúdo amorfo. O abortamento incompleto frequentemente requer **esvaziamento uterino**.

Abortamento Retido

O **abortamento retido** é a retenção na cavidade uterina de uma gestação cuja viabilidade foi interrompida, caracterizada pela ausência de **batimento cardíaco embrionário** detectado ao ultrassom. Muitas vezes, é assintomático e descoberto em exame de rotina. As condutas possíveis incluem manejo conservador, esperando a eliminação espontânea do conteúdo (que pode levar até um mês, com acompanhamento clínico e laboratorial semanal), ou intervenção para esvaziamento uterino, dependendo do desejo da paciente.

Esvaziamento da Cavidade Uterina

O esvaziamento da cavidade uterina pode ser realizado por diferentes métodos. A **curetagem** é um procedimento cirúrgico que utiliza curetas fenestradas para raspar o endométrio. Requer habilidade técnica devido aos riscos de perfuração uterina ou lesão de órgãos adjacentes. Uma alternativa é o **Aspirador Manual Intrauterino (AMIU)**, que utiliza cânulas de plástico de diferentes diâmetros conectadas a uma seringa para criar pressão negativa e aspirar o conteúdo uterino. O AMIU é consi-

derado menos traumático e com menor risco de perfuração uterina, oferecendo bons resultados para o esvaziamento. No caso de mola hidatiforme, o AMIU é o método preferencial para esvaziamento devido ao grande volume de material.

Abortamento Habitual (de Repetição)

O conceito de **abortamento habitual** ou **de repetição** é definido pela ocorrência de **três ou mais abortamentos consecutivos**. A ocorrência de abortamentos não consecutivos (por exemplo, dois abortos separados por uma gestação a termo) não se enquadra estritamente nesta definição, embora a investigação etiológica possa ser considerada após dois abortos. O abortamento habitual é relativamente raro (1% a 2% dos casos) e, em grande parte dos casos, é possível identificar um **fator etiológico** subjacente após investigação, como malformações uterinas, hipotireoidismo não tratado ou trombofilias.

Abortamento Infectado

O **abortamento infectado** está tipicamente associado a procedimentos inseguros ou clandestinos. Caracteriza-se por infecção da cavidade uterina e, potencialmente, do trato genital superior, envolvendo **flora polimicrobiana** (aeróbias e anaeróbias) da cavidade pélvica. O tratamento varia conforme o grau de comprometimento, podendo incluir **antibioticoterapia** (tratamento clínico) ou **intervenção cirúrgica**. A disseminação do misoprostol reduziu significativamente a incidência de abortamentos infectados por procedimentos clandestinos.

Gravidez Ectópica

Conceito e Prevalência da Gravidez Ectópica

Gravidez ectópica é a implantação e desenvolvimento do ovo fertilizado fora da cavidade do corpo uterino. É a **principal causa de morte materna** no primeiro trimestre da gestação nos Estados Unidos e uma causa significativa em outros países.

Fatores de Risco para Gravidez Ectópica

Os fatores de risco conhecidos incluem:

- Histórico de **doença inflamatória pélvica**, que pode causar danos às tubas uterinas.

- Uso atual de **DIU** (dispositivo intrauterino).
- Histórico de **cirurgia tubária prévia**.
- Histórico de **gravidez ectópica anterior**.

Localização da Implantação Ectópica

O local mais comum de implantação da gravidez ectópica é a **tuba uterina**, particularmente na sua **porção ampular**, local onde frequentemente ocorre a fecundação. Outros locais possíveis incluem a região ístmica ou fímbria da tuba, ovário, cornos uterinos, cicatriz de cesariana ou em qualquer parte da cavidade abdominal (gravidez abdominal). A gestação no colo uterino é denominada **gravidez ectópica cervical**.

Quadro Clínico da Gravidez Ectópica

A **tríade clínica clássica** de suspeição de gravidez ectópica em mulher em idade fértil é **atraso menstrual ou irregularidade menstrual**, **dor abdominal** e **sangramento vaginal**. Em casos mais avançados, podem estar presentes sinais de **abdômen agudo hemorrágico** e **choque hipovolêmico**. Ao exame físico, podem-se observar as alterações fisiológicas da gravidez (colo amolecido, arroxeado), dor à mobilização do colo uterino durante o toque vaginal (**grito de Douglas**) e, em casos de ruptura, sinais de peritonite.

Diagnóstico da Gravidez Ectópica

O diagnóstico de gravidez ectópica baseia-se na dosagem sérica de **beta-hCG** e na **ultrassonografia pélvica**. A ultrassonografia pode revelar uma gestação ectópica **íntegra**, com espessamento da tuba uterina (sinal do anel), ou **rota**, com massa anexial heterogênea e líquido livre na cavidade pélvica, indicando sangramento. A detecção de **beta-hCG positivo** sem visualização de saco gestacional intrauterino exige investigação para gravidez ectópica, especialmente se houver sinais clínicos.

Manejo da Gravidez Ectópica

O tratamento da gravidez ectópica depende do estado hemodinâmico da paciente, da localização e do grau de evolução da gestação.

- **Tratamento Cirúrgico**: Indicado em casos de **instabilidade hemodinâmica** (choque), **abdô-**

men agudo hemorrágico, **massa anexial de cinco** (referência a um tamanho específico, possivelmente >5cm) ou **presença de atividade cardíaca** no embrião/feto ectópico. Procedimentos cirúrgicos incluem **salpingostomia** (incisão na tuba para remover o produto) ou **salpingectomia** (remoção da tuba), podendo ser realizados por **laparoscopia** (menos invasiva) ou **laparotomia**. A salpingectomia aumenta o risco de gravidez ectópica futura na tuba remanescente e, em casos de comprometimento tubário bilateral prévio, pode resultar em infertilidade que requer reprodução assistida.

- **Tratamento Clínico**: Pode ser considerado em pacientes **hemodinamicamente estáveis** com diagnóstico precoce, apresentando **massa anexial pequena** (geralmente <3,5 cm de diâmetro), **ausência de atividade cardíaca** e, de acordo com a fonte, um **beta-hCG em declínio**. Os critérios específicos para o uso de **metotrexato** (um quimioterápico que age nas células trofoblásticas) incluem massa anexial <3,5 cm, beta-hCG <5.000 mUI/mL e desejo de gravidez futura (pois o metotrexato pode ter efeitos teratogênicos e requer um intervalo de tempo antes de uma nova gestação). Antes do tratamento com metotrexato, é necessária a avaliação da função renal e hepática para descartar contraindicações. O acompanhamento pós-tratamento clínico é feito por dosagem seriada de beta-hCG (por exemplo, em D0, D4 e D7), esperando-se um declínio de pelo menos 15% entre D4 e D7 como sinal de sucesso terapêutico. A ultrassonografia não é o método principal de acompanhamento no tratamento clínico, pois a massa pode demorar a regredir.

Neoplasia Trofoblástica Gestacional

Definição e Formas Clínicas da Neoplasia Trofoblástica Gestacional

A **neoplasia trofoblástica gestacional (NTG)** inclui a **mola hidatiforme**, que pode ser **completa** ou **incompleta**, e outras entidades mais raras e malignas como **coriocarcinoma gestacional**, tumor trofoblástico de sítio placentário, tumor trofoblástico epitelioide, sítio placentário exagerado e nódulo de sítio placentário. O foco primário de discussão recai sobre a mola hidatiforme.

Quadro Clínico da Mola Hidatiforme

A mola hidatiforme clássica apresenta-se com **sangramento uterino indolor** e **eliminação de vesículas**, descritas pelas pacientes como "bolinhas cor de sangue". Outros sinais incluem **aumento do volume uterino desproporcional à idade gestacional** (útero maior do que o esperado), **exacerbação dos sintomas gravídicos** (como hiperêmese gravídica acentuada), sinais de **tireotoxicose** e, notavelmente, a possibilidade de **pré-eclâmpsia no primeiro trimestre** (sendo a única situação gestacional em que a pré-eclâmpsia ocorre tão precocemente).

Diagnóstico e Tratamento da Mola Hidatiforme

Macroscopicamente, a mola hidatiforme caracteriza-se pela presença de vesículas que se assemelham a ”cachos de uva”(do grego, hidátide). Na **ultrassonografia**, o aspecto típico é de ”flocos de neve”. Uma vez diagnosticada a mola, o manejo primário é o **esvaziamento da cavidade uterina**, preferencialmente utilizando o **AMIU** devido ao grande volume de material e sangramento associado.

Acompanhamento Pós-Molar

Após o esvaziamento, é mandatório o acompanhamento com dosagens seriadas de **beta-hCG**. Inicialmente mensais, e posteriormente bimensais, este acompanhamento se estende por **até um ano**. A paciente é considerada curada após um ano com beta-hCG negativo. É crucial **orientar anticoncepção** durante todo o período de acompanhamento para evitar nova gestação antes da negativação completa do beta-hCG. A NTG tem potencial metastático, portanto, após o diagnóstico, é necessária a 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

As causas principais de sangramento na primeira metade da gravidez são **abortamento**, **gravidez ectópica** e **neoplasia trofoblástica gestacional**. Outras causas ginecológicas, como pólipos ou ectrópio, também devem ser consideradas. A definição de abortamento é a interrupção gestacional antes de 20 semanas ou com peso fetal inferior a 500 gramas, embora a distinção com parto prematuro nem sempre seja simples na prática clínica.

Etiologia e Prevalência do Abortamento

A etiologia do abortamento é multifatorial, com destaque para causas **cromossômicas** nos abortamentos precoces. Causas uterinas, hormonais e autoimunes também são relevantes. O abortamento é comum, afetando até **20%** das gestações.

Formas Clínicas e Abortamento Habitual

As formas clínicas incluem ameaça de aborto, aborto incompleto e completo. O **abortamento habitual** é definido por três ou mais abortos consecutivos, situação em que frequentemente se identifica um fator etiológico subjacente. O manejo do abortamento depende da forma clínica, muitas vezes exigindo esvaziamento uterino.

Características e Manejo da Gravidez Ectópica

A gravidez ectópica é a implantação gestacional fora do útero, sendo a tuba uterina (porção ampular) o local mais comum. O tratamento pode ser **cirúrgico** (especialmente em pacientes instáveis, com abdômen agudo, massa significativa ou atividade cardíaca) ou **clínico** com metotrexato (em pacientes estáveis, com massa pequena <3,5 cm, beta-hCG <5.000 e sem atividade cardíaca).

Características e Manejo da Mola Hidatiforme

A mola hidatiforme caracteriza-se por **sangramento indolor**, **eliminação de vesículas**, **aumento uterino desproporcional**, exacerbação de sintomas gravídicos, tireotoxicose e pré-eclâmpsia precoce. O diagnóstico ultrassonográfico tem permitido identificação mais precoce. O tratamento é o **esvaziamento uterino**, seguido de acompanhamento seriado do beta-hCG por até um ano, com orientação para **anticoncepção** durante este período.