



COMPLICAÇÕES E MANEJO DO ACRETISMO PLACENTÁRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Isabella Francisca Monteiro de Araújo¹, Germano Tourinho e Silva¹, Clara Helena Brito de Souza Rodrigues¹, Débora de Oliveira Ferreira¹, Kalline Esdra Lima Queiroz¹, Dayene Mello de Meneses¹, Anne Karoline de Carvalho Nunes¹, Paulo Roberto Costa Santos¹, Rafaella Sindy Barbosa da Silva¹, Maria Eduarda Magalhães Prado Pedrosa¹, Vivaldo Soares da Costa Neto¹, Victoria Emanuele Picanço de Souza e Oliveira¹, Alessandra Souza dos Santos¹, Pedro Ayres de Oliveira¹, Yasmin Carvalho de Paula Freitas¹, Thalita Giovana Diniz Silva¹, Anah Clara dos Santos Lacerda¹, Gustavo Pires Braga¹, Wilk Correia de Moura Silva¹, Marcos Gabriel Flores¹, Ananda Joyce da Rocha Granja¹, Francisco José Sousa Gonçalves Luz¹, Carlos Eduardo Pereira de Vasconcelos¹, Lyvia Cristine Lopes Oliveira Leal¹.

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

RESUMO

Introdução: O acretismo placentário é uma condição obstétrica grave e complexa que está se tornando mais comum devido ao aumento das cesarianas e outras intervenções uterinas. Esta condição ocorre quando a placenta adere anormalmente ao músculo uterino, variando em gravidade como placenta acreta, increta e percreta. Ela pode causar complicações sérias, como hemorragias intensas e a necessidade de histerectomia. O diagnóstico precoce, feito por ultrassonografia e ressonância magnética, é crucial para um manejo adequado. O aumento da incidência está ligado a fatores de risco como cesarianas anteriores, multiparidade, idade materna avançada e histórico de curetagem uterina. **Metodologia:** Foram selecionados dez artigos científicos relevantes, publicados em português, inglês e espanhol, encontrados em bases de dados como PubMed, SciELO e Google Scholar, usando termos como "acretismo placentário", "diagnóstico", "manejo clínico" e "complicações". Incluíram-se estudos originais, revisões sistemáticas e relatos de casos sobre o diagnóstico, manejo e complicações do acretismo placentário, excluindo estudos com populações não humanas, artigos sem texto completo e publicações anteriores a 2010. **Resultados:** A revisão integrativa resultou na seleção de dez artigos científicos relevantes que abordam o manejo e as complicações do acretismo placentário. Os principais temas incluem diagnóstico, manejo clínico e tratamento, com ênfase na conduta médica e da equipe multiprofissional. As complicações mais frequentes identificadas foram hemorragia pós-parto, necessidade de histerectomia e lesões a outros órgãos. A introdução de equipes multidisciplinares e novas técnicas cirúrgicas mostrou-se eficaz na redução da morbidade materna. **Conclusões:** A criação de equipes especializadas mostrou-se eficaz na redução da morbidade materna em casos graves. As principais complicações, como hemorragia pós-parto e necessidade de histerectomia, podem ser melhor gerenciadas com planejamento

adequado e intervenções oportunas. Ferramentas diagnósticas, como ultrassonografia e ressonância magnética, são essenciais para a detecção precoce. A implementação de protocolos e novas técnicas cirúrgicas também se mostrou promissora. No entanto, há necessidade de mais estudos com amostras maiores para consolidar as evidências e aprimorar as estratégias de manejo dessa condição complexa.

Palavras-chave: Acretismo placentário, Diagnóstico pré-natal, Manejo multidisciplinar, Hemorragia pós-parto, Complicações obstétricas.

COMPLICATIONS AND MANAGEMENT OF PLACENTAL ACCRETA: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Introduction: Placental accreta is a severe and complex obstetric condition that is becoming more common due to the increase in cesarean sections and other uterine interventions. This condition occurs when the placenta adheres abnormally to the uterine muscle, varying in severity as placenta accreta, increta, and percreta. It can cause serious complications, such as heavy bleeding and the need for a hysterectomy. Early diagnosis, made by ultrasound and magnetic resonance imaging, is crucial for proper management. The increased incidence is linked to risk factors such as previous cesarean sections, multiparity, advanced maternal age, and a history of uterine curettage. **Methodology:** Ten relevant scientific articles were selected, published in Portuguese, English and Spanish, found in databases such as PubMed, SciELO and Google Scholar, using terms such as "placental accreta", "diagnosis", "clinical management" and "complications". Original studies, systematic reviews, and case reports on the diagnosis, management, and complications of placental accreta were included, excluding studies with non-human populations, non-full-text articles, and publications prior to 2010. **Results:** The integrative review resulted in the selection of ten relevant scientific articles that address the management and complications of placental accreta. The main topics include diagnosis, clinical management and treatment, with emphasis on medical management and the multidisciplinary team. The most frequent complications identified were postpartum hemorrhage, need for hysterectomy, and damage to other organs. The introduction of multidisciplinary teams and new surgical techniques has been shown to be effective in reducing maternal morbidity. **Conclusions:** The creation of specialized teams has been shown to be effective in reducing maternal morbidity in severe cases. Major complications, such as postpartum hemorrhage and the need for hysterectomy, can be better managed with proper planning and timely interventions. Diagnostic tools, such as ultrasound and magnetic resonance imaging, are essential for early detection. The implementation of protocols and new surgical techniques has also shown promise. However, there is a need for further studies with larger samples to consolidate the evidence and improve management strategies for this complex condition.

Keywords: Placental accreta, Prenatal diagnosis, Multidisciplinary management, Postpartum hemorrhage, Obstetric complications.



Dados da publicação: Artigo recebido em 10 de Maio e publicado em 30 de Junho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p2210-2225>

Autor correspondente: *Isabella Francisca Monteiro de Araújo*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O acretismo placentário, uma condição obstétrica complexa e potencialmente letal, tem apresentado uma incidência crescente nas últimas décadas, correlacionando-se com o aumento das taxas de cesarianas e outras intervenções uterinas. Essa patologia caracteriza-se pela anormal adesão da placenta ao miométrio, decorrente de uma deficiência na decidualização do sítio de implantação placentária. As variações dessa condição incluem placenta acreta, increta e percreta, distinguindo-se pela profundidade da invasão trofoblástica no miométrio e, em casos severos, em estruturas adjacentes como a bexiga e o intestino (JAUNIAUX *et al.*, 2018).

A placenta acreta é responsável por significativas complicações maternas, incluindo hemorragia pós-parto grave, necessidade de histerectomia emergencial, lesões em órgãos adjacentes e uma alta taxa de morbidade e mortalidade materna. O diagnóstico precoce e preciso, geralmente realizado através de ultrassonografia e ressonância magnética, é crucial para o planejamento adequado do manejo obstétrico e a preparação para intervenções cirúrgicas complexas (DE LIMA *et al.*, 2024).

A incidência de acretismo placentário tem mostrado um incremento significativo, estimando-se atualmente entre 1 em 533 a 1 em 2500 gestações. Este aumento é amplamente atribuído às taxas elevadas de cesarianas anteriores, que representam o principal fator de risco para o desenvolvimento desta condição. Outras variáveis de risco incluem a multiparidade, idade materna avançada, histórico de curetagem uterina e anomalias placentárias, como placenta prévia. A presença concomitante de placenta prévia em um útero com cicatriz prévia aumenta substancialmente o risco de acretismo placentário, com algumas literaturas relatando uma prevalência de até 67% nestes casos específicos (DARCIA *et al.*, 2016).

O diagnóstico de acretismo placentário é geralmente estabelecido durante o segundo ou terceiro trimestre de gestação. A ultrassonografia obstétrica, com ênfase na avaliação doppler colorida, é a ferramenta de escolha inicial, apresentando alta sensibilidade e especificidade. Achados ultrassonográficos sugestivos incluem a ausência da interface hiperecogênica entre a placenta e o miométrio, espaços lacunares intraplacentários irregulares e a vascularização anômala (MENDEZ *et al.*, 2022). A ressonância magnética, embora não seja de rotina, pode ser utilizada como um método

complementar para fornecer detalhes adicionais sobre a extensão da invasão placentária, especialmente em casos de placenta increta e percreta (CONCATTO et al., 2022).

O manejo do acretismo placentário é multifacetado, demandando uma abordagem interdisciplinar que envolve obstetras, radiologistas, anesthesiologistas e cirurgiões especializados. A preparação para o parto inclui a hospitalização antecipada, a disponibilidade de hemoderivados e a preparação de uma equipe cirúrgica experiente. A cesariana planejada, geralmente entre 34 e 36 semanas de gestação, é recomendada para minimizar os riscos de hemorragia materna severa. Em muitos casos, a histerectomia periparto é inevitável para controlar a hemorragia e prevenir complicações adicionais (ROZEIRA et al., 2022).

Complicações intraoperatórias frequentes incluem a hemorragia maciça, que pode demandar transfusões volumosas e a utilização de técnicas avançadas de controle de sangramento, como a embolização das artérias uterinas ou técnicas de balonamento. A conservação uterina pode ser considerada em casos selecionados de placenta acreta, contudo, esta abordagem está associada a um risco elevado de complicações pós-operatórias e necessidade de intervenções adicionais (RUVALCABA-RAMÍREZ et al., 2022).

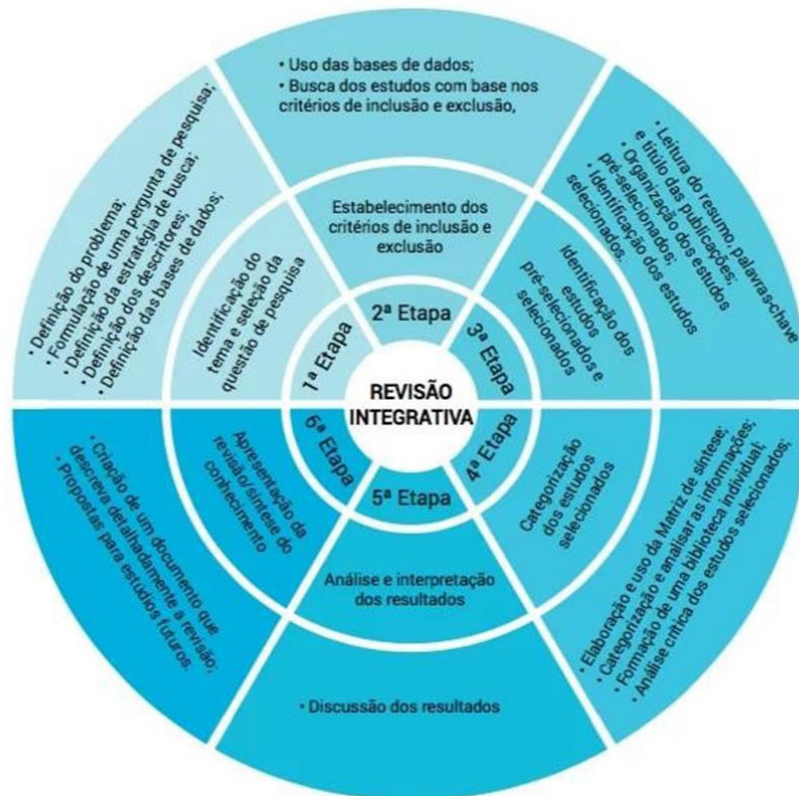
O acretismo placentário permanece um desafio significativo na prática obstétrica moderna. O diagnóstico precoce, associado a uma estratégia de manejo bem planejada, é essencial para mitigar os riscos maternos e neonatais. A revisão integrativa das complicações e manejo do acretismo placentário visa fornecer um panorama abrangente desta condição, destacando a importância da abordagem interdisciplinar e do planejamento antecipado para otimizar os resultados maternos e perinatais.

METODOLOGIA

A pesquisa foi conduzida conforme os critérios estabelecidos para uma revisão integrativa, abrangendo tanto estudos experimentais quanto não experimentais. Este processo envolveu várias etapas distintas: delimitação do tema, determinação dos critérios de inclusão, edificação de instrumento para coleta de dados relevantes dos artigos encontrados, avaliação e análise dos artigos pré-selecionados, concluindo com a

interpretação e discussão dos resultados encontrados.

Figura 01 – Etapas de construção de uma revisão integrativa.



Fonte: Adaptado de Botelho; Cunha; Macedo, 2011, p.129.

Esta revisão integrativa de literatura foi realizada através da seleção de dez artigos científicos relevantes, publicados em português, inglês e espanhol, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. A busca dos artigos foi realizada em bases de dados eletrônicas como PubMed, SciELO e Google Scholar, utilizando os termos "acretismo placentário", "diagnóstico", "manejo clínico" e "complicações". Foram incluídos estudos originais, revisões sistemáticas e relatos de casos que abordassem o diagnóstico, manejo e complicações do acretismo placentário, com foco na conduta médica e da equipe multiprofissional. Critérios de exclusão incluíram estudos com populações não humanas, artigos sem texto completo disponível e publicações anteriores a 2010.

Após a seleção inicial, os artigos foram analisados e classificados quanto aos seus objetivos e conclusões, com os dados sintetizados na Tabela 01, que apresenta

informações detalhadas sobre cada estudo, incluindo o título, autor, ano de publicação, objetivos e conclusões principais. Esta abordagem metodológica permitiu uma visão abrangente sobre os desafios e intervenções no manejo do acretismo placentário, destacando as complicações mais frequentes como hemorragia pós-parto, necessidade de histerectomia e lesões a outros órgãos.

RESULTADOS

Esta revisão integrativa de literatura resultou na seleção de dez artigos científicos relevantes, publicados em português e inglês, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na metodologia. A seleção incluiu estudos originais, revisões sistemáticas e relatos de casos, proporcionando uma visão abrangente sobre o manejo e as complicações do acretismo placentário.

Os artigos selecionados abordam temas cruciais como diagnóstico, manejo clínico e tratamento do acretismo placentário, enfatizando a conduta médica e da equipe multiprofissional diante dessa condição complexa. As complicações mais frequentes incluem hemorragia pós-parto, necessidade de histerectomia e possíveis lesões a outros órgãos. As complicações menos comuns também foram abordadas, proporcionando uma visão completa sobre os desafios e as intervenções necessárias.

A Tabela 01 apresenta informações detalhadas sobre os objetivos e conclusões dos estudos. Dos dez artigos selecionados, quatro foram publicados em português, um em inglês e cinco em espanhol. Em relação ao conteúdo dos estudos revisados, os dados contidos na tabela fornecem uma visão abrangente das complicações relacionadas ao acretismo placentário, destacando diferentes aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e de manejo clínico.

Tabela 01 – Caracterização dos artigos selecionados para compor a revisão.

	TÍTULO AUTOR / ANO	OBJETIVOS	CONCLUSÃO
--	-------------------------------	------------------	------------------

1	<p>Acretismo Placentário: Relação das complicações no parto.</p> <p>Rozeira <i>et al.</i>, 2024.</p>	<p>Abordar a complexa relação entre complicações no parto e o acretismo placentário, uma condição desafiadora na gestação.</p>	<p>O estudo destaca fatores de risco, métodos de diagnóstico e estratégias de prevenção para essa condição. A pesquisa ressalta a importância do acompanhamento adequado durante o pré-natal para identificar precocemente complicações relacionadas à placenta prévia e ao acretismo placentário.</p>
2	<p>Acretismo placentário e suas complicações.</p> <p>Sabbagh <i>et al.</i>, 2021.</p>	<p>Demonstrar as complicações do acretismo placentário e as maneiras de tentar reduzi-lo.</p>	<p>O aumento nas proporções de nascimentos via parto cesariano, sem que haja evidências claras de que isso interfira na queda da mortalidade e/ou morbidade materna e neonatal, sugere que estejam sendo indicadas muito mais cesarianas do que o necessário.</p>
3	<p>Diagnóstico prenatal de acretismo placentario por ultrasonido y su asociación histopatológica.</p> <p>Zapien-Terrones <i>et al.</i>, 2023.</p>	<p>Analisar a associação de diagnóstico pré-natal de acretismo placentário por ultrassonografia com o resultado histopatológico utilizando o Índice de Tovbin.</p>	<p>O Índice de Tovbin, como diagnóstico pré-natal de acretismo placentário determinado por ultrassonografia, mostra uma associação estatisticamente significativa com o resultado da histopatologia. Usar este índice permite detectar 89% dos pacientes com acretismo placentário, o alcance de níveis de sensibilidade e valor preditivo positivo de 80% e 90%, respectivamente, e permite tanto um diagnóstico como uma intervenção oportuna.</p>
4	<p>Acretismo placentário de diagnóstico tardio: relato de caso.</p> <p>Tannure <i>et al.</i>, 2019.</p>	<p>Apresentar e discutir um caso de acretismo placentário de diagnóstico tardio e analisar os aspectos evolutivos da doença em face aos dados provenientes do conhecimento corrente na matéria.</p>	<p>Apesar de alguns casos divergirem do curso clássico da doença, a correlação da anamnese direcionada na história pregressa da paciente com o auxílio de exames complementares se faz de suma importância para um diagnóstico, ainda que de suspeição, no período pré-natal. A avaliação individualizada, incorporando racionalmente novas tecnologias, possibilita a condução de um tratamento que viabilize a</p>

			preservação da fertilidade, se houver possibilidade, e a prevenção de possíveis complicações futuras.
5	<p>Acretismo placentário: cesárea – histerectomia uma serie de casos.</p> <p>Caes <i>et al.</i>, 2021.</p>	<p>Avaliar a intervenção cirúrgica cesárea/histerectomia (placenta in loco) como resolução saudável binômio materno-fetal.</p>	<p>Uma boa conduta diante do acretismo com diagnóstico prévio através USG e Doppler, planejamento de parto em centro de referência (reserva de hemoconcentrados e UTI) com equipe experiente e multidisciplinar tem o poder de mudar o prognóstico.</p>
6	<p>Placenta Accreta Spectrum Disorders – The Impact of the Creation of a Multidisciplinary Team on Maternal Outcomes in Portugal.</p> <p>Teixeira <i>et al.</i>, 2023.</p>	<p>Descrever uma coorte de casos do espectro de placenta accreta (SAP) de uma instituição terciária e comparar os resultados maternos antes e depois da criação de uma equipe multidisciplinar (PQT).</p>	<p>Após a criação da PQT, houve redução na média de EBL e na mediana do número de unidades de CH transfundidas, apesar do maior número de distúrbios invasivos de PAS.</p>
7	<p>Protocolo para el manejo de placenta percreta con cesárea, embolización uterina e histerectomía diferida.</p> <p>Jiménez-Jiménez <i>et al.</i>, 2022.</p>	<p>Apresentar o protocolo institucional para o manejo da placenta percreta como procedimento várias horas após a cesariana, com embolização seletiva das artérias placentárias, previamente à prática da histerectomia, e apresentar os resultados.</p>	<p>Há dados limitados sobre o tratamento ideal do acretismo placentário. A suspeita diagnóstica permite o planejamento favorável do manejo intraparto e, portanto, o surgimento de novas técnicas, como a embolização da artéria placentária, constituem alternativas para o manejo mais seguro das pacientes.</p>
8	<p>Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo como causa de choque hipovolémico: reporte de un caso.</p> <p>Flores-Rosas <i>et al.</i>, 2021.</p>	<p>Apresentar um relato de caso inédito no contexto mexicano sobre a ocorrência de acretismo placentário no primeiro trimestre de gestação, destacando a importância do reconhecimento precoce dos fatores de risco associados a essa condição, enfatizando a necessidade de diagnósticos rápidos e</p>	<p>Sugere-se a busca de fatores de risco que permitam a suspeita e facilitem o diagnóstico de acretismo placentário desde as primeiras semanas de gestação para evitar desfechos obstétricos fatais.</p>

		precisos para prevenir desfechos obstétricos adversos e fatais.	
9	Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. Véliz <i>et al.</i> , 2018.	Revisar as novas técnicas propostas no presente ano pela FIGO e incentivar estudos posteriores de acompanhamento.	O manejo do EAP é sem dúvida uma entidade patológica sumamente desafiadora no campo da obstetrícia. O manejo cirúrgico segue para muitos especialistas a estratégia mais benéfica para os pacientes afetados. A existência de uma grande variedade de técnicas cirúrgicas reflete a ausência de uma técnica ideal.
10	Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. García-De La Torre <i>et al.</i> , 2018.	Apresentar o tratamento médico e cirúrgico indicado no Hospital Universitario de Saltillo para pacientes com acretismo placentário.	Embora o tamanho da amostra seja pequeno, continuaremos coletando dados sobre o que aconteceu com outros pacientes. É fundamental estudar mais casos para termos evidências da nossa proposta de tratamento com evidências ainda mais sólidas. O acompanhamento prolongado dos pacientes também é necessário para determinar se há ou não complicações tardias.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O acretismo placentário é uma condição obstétrica grave caracterizada pela anormal aderência da placenta ao miométrio, devido a uma falha na formação da decídua basal, a camada funcional do endométrio que normalmente se desenvolve durante a gravidez. Essa condição pode ser classificada em três graus de severidade: placenta acreta, onde as vilosidades coriônicas se fixam diretamente ao miométrio; placenta increta, onde as vilosidades invadem profundamente o miométrio; e placenta percreta, onde as vilosidades atravessam todo o miométrio e podem invadir órgãos adjacentes como a bexiga (Rozeira *et al.*, 2024).

A fisiopatologia do acretismo placentário envolve a anormal aderência da placenta ao miométrio devido a uma falha na formação da decídua basal, a camada funcional do endométrio que normalmente se desenvolve durante a gravidez. Este fenômeno é

frequentemente relacionado a cicatrizes uterinas pré-existentes, resultantes de intervenções cirúrgicas como cesarianas, miomectomias ou curetagens, que alteram a integridade endometrial (Sabbagh *et al.*, 2021).

Na placenta acreta, as vilosidades coriônicas se fixam diretamente ao miométrio sem a interposição da decídua. No caso da placenta increta, as vilosidades penetram profundamente no miométrio. Na forma mais severa, a placenta percreta, as vilosidades atravessam todo o miométrio e podem invadir estruturas adjacentes, como a bexiga ou os intestinos. A angiogênese anômala no sítio de cicatrização da cesariana, caracterizada por uma concentração reduzida de vasos sanguíneos e maior presença de fibroblastos, pode contribuir para a fixação anormal das vilosidades coriônicas (Caes *et al.*, 2021).

Outro fator importante na fisiopatologia do acretismo placentário é a alteração na expressão de proteínas da matriz extracelular e metaloproteinases, que regulam a remodelação tecidual. As mudanças na regulação desses componentes podem levar à invasão excessiva das vilosidades coriônicas no miométrio. Adicionalmente, o aumento de fatores angiogênicos e a diminuição de fatores antiangiogênicos criam um ambiente propício para a invasão placentária (García-De La Torre *et al.*, 2018).

Os mecanismos imunológicos também desempenham um papel significativo. A interface materno-fetal no acretismo placentário exibe uma resposta imune alterada, com diminuição da atividade de células natural killer (NK) uterinas, que normalmente limitariam a invasão trofoblástica. A redução da ação dessas células imunomoduladoras permite uma penetração mais profunda e descontrolada das vilosidades coriônicas (Caes *et al.*, 2021).

Zapien-Terrones *et al.*, (2023) destaca que no México, a hemorragia obstétrica é a segunda maior causa de mortalidade materna. O diagnóstico pré-natal através de ultrassonografia é fundamental para preparar um tratamento eficaz, reduzindo a morbimortalidade materno-fetal. Em seus estudos, Tannure *et al.*, (2019) aponta que a detecção pré-natal precoce reduz significativamente a perda de sangue e a necessidade de transfusões. O Índice de Tovbin, usado para prever acretismo placentário, demonstrou alta sensibilidade e valor preditivo positivo, confirmando sua utilidade no diagnóstico precoce e no planejamento de intervenções para melhorar os resultados maternos e fetais.

Teixeira *et al.*, (2023) analisou a gestão de acretismo placentário severo em um hospital terciário, comparando períodos antes e depois da implementação de uma equipe multidisciplinar. Após a implantação, houve aumento na identificação pré-natal de casos graves de acretismo placentário, especialmente devido ao encaminhamento de casos complexos de outros centros. O manejo pela equipe multidisciplinar demonstrou menor morbidade materna em comparação ao período anterior. A identificação pré-natal é crucial para melhorar os resultados em casos de acretismo placentário, especialmente em pacientes com histórico de placenta prévia e cesarianas anteriores.

Véliz *et al.*, (2018) menciona que a ressonância magnética (RM) é recomendada quando os resultados da ultrassonografia são inconclusivos ou incertos, apresentando sensibilidade de 94% e especificidade de 84%. Nos casos onde a ultrassonografia já confirma o diagnóstico, a RM é utilizada para planejar intervenções e estratégias de manejo, especialmente em relação à interrupção da gravidez e prevenção de hemorragias pós-parto. O exame de RM é idealmente realizado entre a 24ª e a 30ª semana de gestação, uma vez que, antes desse período, a placenta ainda não está completamente madura e, após esse intervalo, o sinal interno pode tornar-se mais heterogêneo, dificultando a interpretação.

Com relação ao tratamento, Jiménez-Jiménez *et al.*, (2022) relata o manejo bem sucedido de cinco pacientes diagnosticadas com placenta acreta por ultrassonografia pré-natal foram submetidas a cesariana programada e histerectomia conforme protocolo institucional. Com idade média de 34,5 anos e paridade média de 3,8 gestações, os principais fatores de risco foram cesariana prévia em duas pacientes e placenta prévia em três. Três pacientes necessitaram de cuidados intensivos após o procedimento, enquanto duas foram transferidas para quartos convencionais. Não ocorreram complicações intraoperatórias graves, nem durante os períodos de espera entre as intervenções. Não houve mortalidade materna, fetal ou perinatal em 30 dias. A gestão endovascular mostrou-se eficaz, com embolização realizada em média após 4,8 dias da cesariana e histerectomia em 2,6 dias após a embolização, sem complicações relacionadas ao procedimento.

Flores-Rosas *et al.*, (2021) relata uma intervenção cirúrgica complexa. Após não

responder ao tratamento inicial com curetagem uterina e transfusões de sangue, foi necessário realizar uma laparotomia exploradora. Durante esta cirurgia, foi identificada hipervascularização significativa e acretismo placentário na parede uterina anterior, evidenciando a gravidade da condição. A histerectomia obstétrica foi realizada para remover o útero afetado, visando interromper o sangramento e prevenir complicações adicionais. Além disso, foi realizada a ligadura das artérias hipogástricas pelo método GALA, uma técnica que visa o controle vascular preciso para minimizar o risco de hemorragia pós-operatória.

Teixeira *et al.*, (2023) analisou a gestão de acretismo placentário severo em um hospital terciário, comparando períodos antes e depois da implementação de uma equipe multidisciplinar. Após a implantação, houve aumento na identificação pré-natal de casos graves de acretismo placentário, especialmente devido ao encaminhamento de casos complexos de outros centros. O manejo pela equipe multidisciplinar demonstrou menor morbidade materna em comparação ao período anterior. A identificação pré-natal é crucial para melhorar os resultados em casos de acretismo placentário, especialmente em pacientes com histórico de placenta prévia e cesarianas anteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa de literatura sobre o acretismo placentário evidenciou a importância crucial do diagnóstico pré-natal e do manejo multidisciplinar para melhorar os resultados maternos e fetais. A introdução de equipes multidisciplinares especializadas demonstrou reduzir significativamente a morbidade materna, especialmente em casos mais graves de acretismo placentário (FIGO 2 e 3). As principais complicações associadas, como hemorragia pós-parto e necessidade de histerectomia, podem ser manejadas de forma mais eficaz com planejamento adequado e intervenções oportunas. A ultrassonografia pré-natal e a ressonância magnética emergem como ferramentas diagnósticas essenciais, permitindo a detecção precoce e o planejamento das intervenções necessárias. A implementação de protocolos institucionalizados e o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, como a técnica Soleymani-Alazzam-



Collins, também se mostraram promissoras na gestão dessa condição complexa. No entanto, a revisão também destacou a necessidade de estudos futuros com amostras maiores e dados prospectivos para consolidar as evidências e aprimorar ainda mais as estratégias de manejo do acretismo placentário.

REFERÊNCIAS

CASES, A. SERIES OF. ACRETISMO PLACENTÁRIO: CESÁREA–HISTERECTOMIA UMA SERIE DE CASOS. **EQUIPE EDITORIAL**, p. 38, 2021.

CONCATTO, Natália Henz et al. Achados na ressonância magnética do espectro do acretismo placentário: ensaio iconográfico. **Radiologia Brasileira**, v. 55, p. 181-187, 2022.

DARCIA, Sergio Ávila; MOYA, Tommy Alfaro; SORIANO, Johnny Olmedo. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. **Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica**, v. 6, n. 3, p. 11-20, 2016.

DE LIMA, Ana Kelly et al. ACRETISMO PLACENTÁRIO E SUAS COMPLICAÇÕES: REVISÃO INTEGRATIVA. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 1574-1586, 2024.

FLORES-ROSAS, Eva Mariana et al. Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo como causa de choque hipovolémico: reporte de un caso. **Ginecología y obstetricia de México**, v. 89, n. 11, p. 913-917, 2021.

GARCÍA-DE LA TORRE, José Ignacio et al. Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. **Ginecología y obstetricia de México**, v. 86, n. 06, p. 357-367, 2018.

JAUNIAUX, Eric; COLLINS, Sally; BURTON, Graham J. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 218, n. 1, p. 75-87, 2018.

JIMÉNEZ-JIMÉNEZ, Cesar Eduardo; NIÑO-GONZÁLEZ, Jorge Ernesto; MENESES-PARRA, Angy Lorena. Protocolo para el manejo de placenta percreta con cesárea, embolización uterina e histerectomía diferida. **Revista Colombiana de Cirugía**, v. 37, n. 1, p. 106-114, 2022.

MENDEZ, Erik Garita; MORGAN, Jose Pablo Salas; MOYA, Luis Carlos Angulo. Acretismo Placentario.: Revisión bibliográfica. **Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos**, v. 6, n. 2, p. 39-48, 2022.



ROZEIRA, Carlos Henrique Barbosa et al. Acretismo Placentário: Relação das complicações no parto. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 1095-1111, 2024.

RUVALCABA-RAMÍREZ, Miguel Ángel et al. Acretismo placentario en primigestas. Reporte de tres casos y revisión de la bibliografía. **Ginecología y obstetricia de México**, v. 90, n. 2, p. 180-186, 2022.

SABBAGH, Samira et al. Acretismo placentário e suas complicações. **Femina**, p. 254-256, 2022.

TANNURE, Thaís Faria; ARAGÃO, Júlio César Soares; TANNURE, Renira Faria. Acretismo placentário de diagnóstico tardio: relato de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 1, p. 135-137, 2019.

TEIXEIRA, Beatriz et al. Placenta Accreta Spectrum Disorders—The Impact of the Creation of a Multidisciplinary Team on Maternal Outcomes in Portugal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 45, n. 12, p. e747-e753, 2023.

VÉLIZ, Francisca; NÚÑEZ, Alfredo; SELMAN, Alberto. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 83, n. 5, p. 513-526, 2018.

ZAPIEN-TERRONES, Braulio César et al. Diagnóstico prenatal de acretismo placentario por ultrasonido y su asociación histopatológica. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 61, n. Suppl 2, p. S96, 2023.