



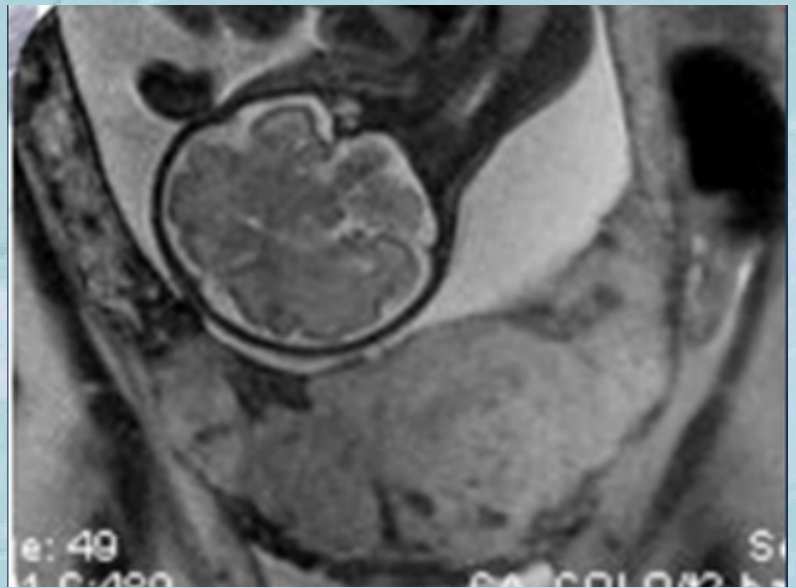
GERAR

MEDICINA FETAL

**ACRETISMO
PLACENTÁRIO**

GERARMEDICINAFETAL.COM.BR

ACRETISMO PLACENTÁRIO



Introdução ao Acretismo Placentário

O espectro do acretismo placentário (Placenta Accreta Spectrum – PAS) é uma condição obstétrica grave, caracterizada pela aderência anormal da placenta ao miométrio, geralmente associada a cicatrizes uterinas prévias, sobretudo cesarianas.



Mais de 95% dos casos estão associados a cesárea anterior.

Fatores Etiológicos e Contexto Epidemiológico

- *A cicatriz de cesariana é o principal fator etiológico.*
- *O Brasil figura entre os cinco países com maior número absoluto de cesáreas no mundo.*
- *O risco aumenta progressivamente com o número de cesarianas prévias, especialmente quando associado a placenta prévia ou baixa.*

Importância do Rastreamento e do Encaminhamento



O maior erro no manejo do acretismo é o diagnóstico no momento do parto.

Dois grandes desafios assistenciais:

- 1 - Identificar precocemente mulheres de alto risco**
- 2 - Garantir o encaminhamento oportuno para centros de referência multidisciplinares**

Rastreamento Universal do Acretismo Placentário

Princípio-chave:

O rastreamento universal baseia-se na combinação de dois fatores simples:

- 1 - Cirurgia uterina prévia (principalmente cesariana)**
- 2 - Placenta prévia ou baixa, com atenção especial à placenta anterior**

Momentos Estratégicos para o Rastreamento

- **Primeiro trimestre (11–14 semanas)**
 - Possível, mas com alta taxa de encaminhamentos desnecessários.
- **Segundo trimestre (exame morfológico)**
 - Estratégia mais custo-efetiva.
 - Identificar placenta baixa ou prévia, especialmente anterior.
- **Reavaliação no início do terceiro trimestre (28–32 semanas)**
 - Filtra casos benignos e direciona os casos persistentes para centros especializados.

Estratégia prática:

**CESÁREA PRÉVIA
+
PLACENTA EM
CONTATO
COM A CICATRIZ**



**RASTREAMENTO
POSITIVO**

Ultrassonografia no Diagnóstico e no Planejamento

Papel do ultrassom

- Método de rastreamento e diagnóstico de referência, superior à ressonância magnética para triagem.
- Deve ser realizado com conhecimento da história obstétrica, especialmente cesáreas prévias.

Não basta diagnosticar:



É fundamental mapear a localização e a extensão da doença.

Recomendações Práticas para a Rotina Obstétrica

- **Aplicar rastreamento universal do acretismo placentário.**
- **Incluir no pedido de ultrassom a informação sobre cesáreas prévias.**
- **Avaliar sistematicamente:**
 - **Localização da placenta**
 - **Relação com a cicatriz uterina**
- **Encaminhar precocemente pacientes com placenta anterior e cesárea prévia para avaliação especializada.**
- **Evitar ao máximo o diagnóstico intraparto.**

Placenta Accreta Spectrum Disorders and Cesarean Scar Pregnancy Screening: Are we Asking the Right Questions?

[Conrado Milani Coutinho](#)^{1,✉}, [Laure Noel](#)², [Veronica Giorgione](#)³, [Lígia Conceição Assef Marçal](#)¹, [Amar Bhide](#)², [Basky Thilaganathan](#)^{2,3}

▶ [Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#)

PMCID: PMC10304747 PMID: [34182579](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34182579/)

Take home message: faça 2 perguntas simples

A placenta é baixa?

A paciente teve uma cesariana previa?

Routine second trimester scan

Placenta <2cm
from internal os

Extra 32-34 week scan

Placenta <2cm from
internal os and previous
uterine surgery

**PAS specialized
referral center**

Avaliação ultrassonográfica obrigatória (pré-operatória)

Realizar sempre:

- **Ultrassonografia transabdominal + transvaginal**
- **Escala de cinza + Doppler colorido/power Doppler**
- **Avaliação sistemática de:**
 - **Colo uterino**
 - **Parede vesical**
 - **Paramétrios**
 - **Interface útero-placentária**



American Journal of Obstetrics and
Gynecology

Volume 233, Issue 6, December 2025, Pages 658.e1-658.e16



Original Research

Obstetrics

Diagnostic ultrasound to inform the surgical approach to cesarean delivery in patients at high risk for placenta accreta spectrum disorders

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.08.005> ↗

[Get rights and content](#) ↗

[Under a Creative Commons license](#) ↗

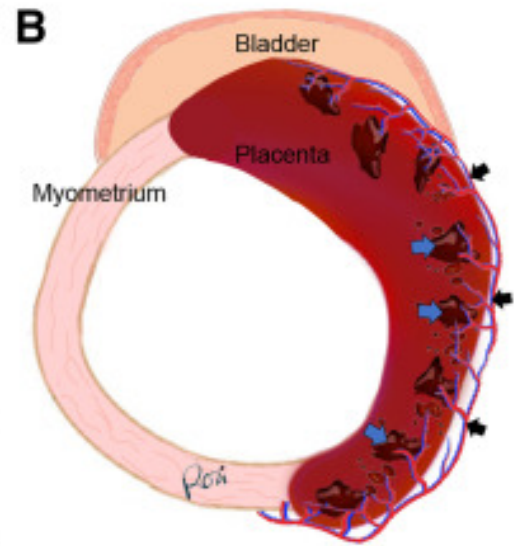
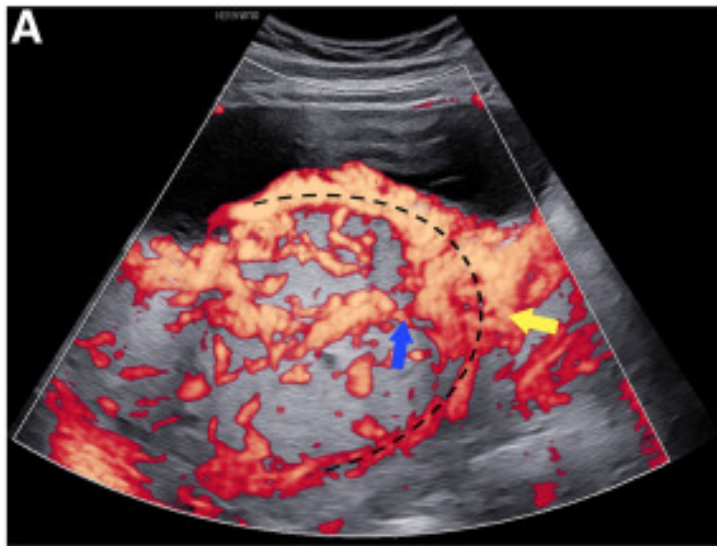
● [Open access](#)




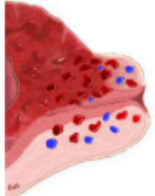
Estratificação de risco e conduta cirúrgica

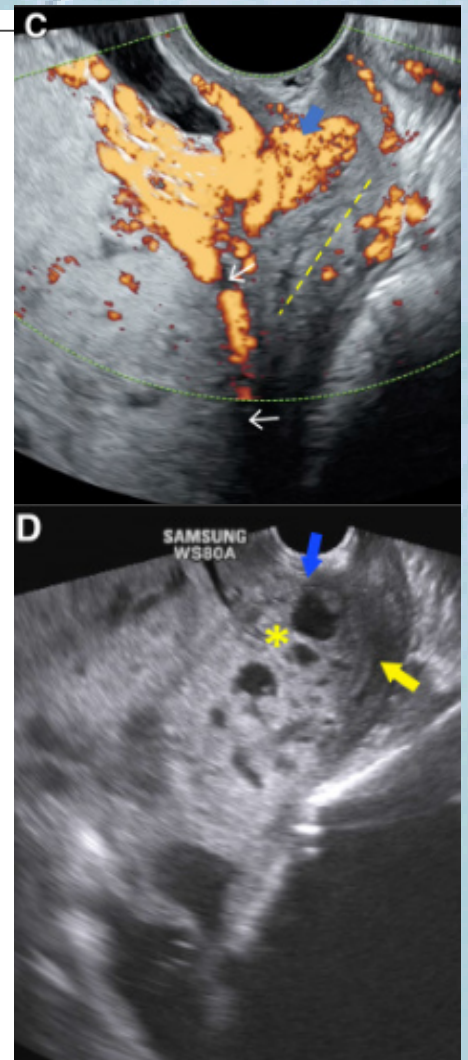
Achado ultrassonográfico	Interpretação clínica	Risco de histerectomia	Conduta recomendada
Ausência de hipervascularização Intracervical	Placenta distante do colo	Baixo	Planejar cirurgia conservadora
Hipervascularização intracervical $\leq 50\%$	Envolvimento cervical limitado	Baixo-moderado	Cirurgia conservadora possível, com equipe experiente
Hipervascularização intracervical $> 50\%$	Invasão extensa próxima ao colo	Alto	Alto risco de histerectomia → planejar cenário híbrido
Distorção da parede vesical (placenta indistinguível da bexiga)	Aderência vesicouterina significativa	Muito alto	Indicar histerectomia como estratégia provável
Hipervascularização parametrial isolada	Extensão lateral da invasão	Moderado	Cirurgia conservadora apenas em centros especializados
Hipervascularização intracervical $> 50\%$ + distorção vesical	Invasão cervicovesical	Muito alto (≈87%)	Planejar cesariana com histerectomia
Deiscência de cicatriz sem sinais vasculares	Remodelamento sem PAS	Muito baixo	Cirurgia conservadora segura

Tomada de decisão prática:

- **Avaliar hipervascularização intracervical**
 - $\leq 50\%$ → seguir avaliação
 - 50% → alerta vermelho
- **Avaliar parede vesical**
 - Parede preservada → possível preservação uterina
 - Parede distorcida → alta probabilidade de histerectomia
- **Avaliar paramétrios**
 - Sem hipervascularização → menor complexidade
 - Com hipervascularização → risco cirúrgico aumentado



Intracervical hypervascularity grading	Schematic diagrams	Ultrasound Description using color or power doppler transvaginal ultrasound
Grade 0		No evidence of intracervical hypervascularity (Figure 2A)
Grade 1		The presence of intracervical hypervascularity less or equal to 50% of the cervical length that measured from internal ostium cervix (Figure 2B)
Grade 2		The presence of intracervical hypervascularity more than 50% but visualization of the clearzone between the placenta and the cervix that measured from internal ostium cervix (Figure 2C)
Grade 3		The presence of intracervical hypervascularity with loss of the clear zone between the placenta and the cervix (Figure 2D)



Planejamento cirúrgico conforme risco

Baixo risco:

- PAS acima do trígono
- Sem hipervascularização cervical significativa
- Sem distorção vesical

→ **Cirurgia conservadora planejada**

Risco intermediário:

- Achados isolados (paramétrio ou hipervascularização leve)

→ **Cirurgia conservadora com preparo para conversão**

Alto risco:

- Hipervascularização intracervical >50%
- Distorção da parede vesical

→ **Planejar cesariana com histerectomia**

- Banco de sangue disponível
- Equipe multidisciplinar
- Planejamento urológico

Mensagens-chave para laudo ultrassonográfico

O laudo deve obrigatoriamente informar:

- **Grau de hipervascularização intracervical**
- **Presença ou ausência de distorção da parede vesical**
- **Presença de hipervascularização parametrial**
- **Sugestão de risco cirúrgico (baixo / intermediário / alto)**

A placenta accreta spectrum (PAS) não é uma condição binária, e sim um espectro de complexidade cirúrgica.

A ultrassonografia pré-operatória detalhada — especialmente a avaliação da hipervascularização intracervical, da parede vesical e dos paramétrios — permite antecipar o risco real de histerectomia, orientar o planejamento cirúrgico e qualificar o aconselhamento da paciente.

Incorporar esses marcadores à rotina transforma o exame ultrassonográfico em uma ferramenta decisiva de estratificação de risco, segurança materna e tomada de decisão baseada em evidências.



GERAR


MEDICINA FETAL

 (27) 99807-3885

 www.gerarmedicinafetal.com.br

 @gerarmedicinafetal

 Gerar-Medicina-Fetal

 Rua Cassiano Castelo, 396. Sala 02.
Primeiro andar, Centro – Colatina/ES