

## Caso Clínico/Case Report

### Vasa Previa Uma entidade a excluir na avaliação ecográfica

### Vasa Previa An entity to be excluded in the ultrasonographic examination

Susana Santo\*, Nuno Clode\*\*, Antonieta Melo\*\*, Luís Mendes da Graça\*\*\*,

*Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*

#### ABSTRACT

*Vasa previa* refers to fetal vessels running through amniotic membranes, over the internal cervical os. Prenatal diagnosis and gestational age at delivery are the best predictors of fetal survival. Thus ultrasound examination of the placenta and umbilical cord should be always performed. Two cases with favourable neonatal outcome are reported; they highlight the importance of prenatal diagnosis in establishing an appropriate perinatal management.

#### INTRODUÇÃO

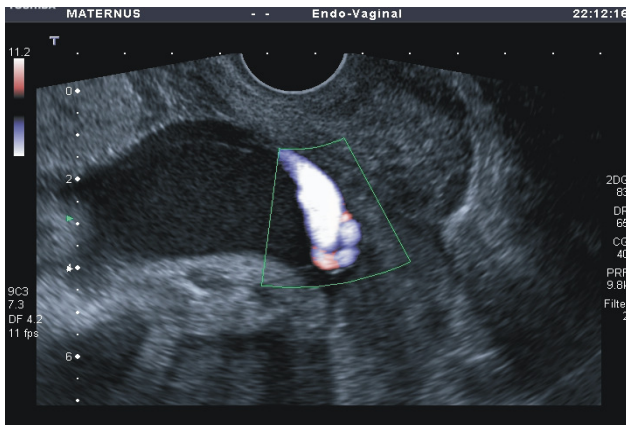
A *vasa previa* é uma entidade rara, com incidência estimada de 1:2500 gestações<sup>1</sup>. Designa uma variante anatómica que configura a passagem de vasos fetais ao longo das membranas amnióticas, sobre o orifício interno do colo. O desenvolvimento da ultrassonografia e do Doppler colorido possibilitou que o diagnóstico pré-natal de *vasa previa* constituísse hoje uma realidade.

\* Interna do Internato Complementar de Obstetrícia e Ginecologia  
\*\* Assistente Hospitalar Graduado  
\*\* Assistente Hospitalar Graduada  
\*\*\* Director do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia/Professor Catedrático da FML

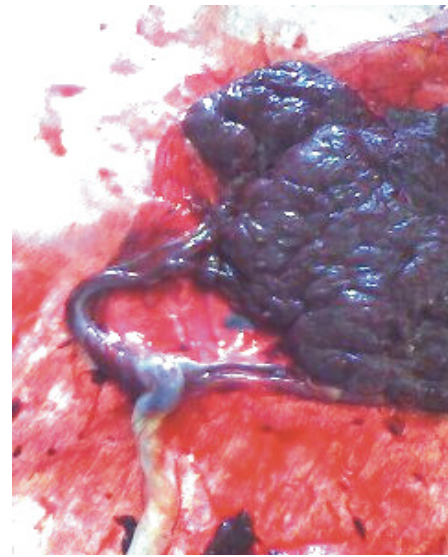
#### CASO CLÍNICO

##### Caso 1

Mulher de 42 anos, primigesta, gravidez por fertilização *in vitro*, tendo o estudo morfológico, realizado às 21 semanas, revelado implantação baixa da placenta. Na avaliação ecográfica efectuada às 28 semanas, observou-se a existência de uma estrutura tubular sobre orifício interno do colo, com bordos hiperecogénicos e fluxo no seu interior, compatível com o diagnóstico de *vasa previa* (figura 1). A doente foi hospitalizada às 32 semanas de gestação para vigilância obstétrica tendo sido medicada com betametasona para indução da maturidade pulmonar fetal. Às 35 semanas foi submetida a cesariana electiva, com extracção de



**Figura 1.** Corte sagital do colo uterino revelando uma estrutura tubular sobre o orifício interno do colo; a aplicação do Doppler colorido permitiu a correlação com estrutura vascular (*vasa previa*).



**Figura 2.** Face materna da placenta demonstrando-se a inserção marginal e velamentosa do cordão umbilical.

recém-nascido com 2170g e índice de Apgar de 9 e 10 ao 1º e 5º minutos. O período neonatal foi complicado por um síndrome de dificuldade respiratória de grau II, o qual motivou o internamento na unidade de cuidados intensivos durante 14 dias. O exame anatomopatológico da placenta demonstrou uma inserção velamentosa do cordão umbilical.

## Caso 2

Mulher de 37 anos, nulípara, gravidez espontânea, tendo a avaliação ecográfica, realizada às 20 semanas, revelado uma placenta com implantação baixa. Às 27 semanas, a reavaliação ecográfica evidenciou uma inserção marginal e velamentosa do cordão, com passagem de vasos umbilicais entre o orifício interno do colo e a apresentação fetal, sugerindo a existência de *vasa previa*. A grávida foi submetida a cesariana electiva às 36 semanas com extracção de recém-nascido com 3070g e índice de Apgar de 9 e 10 ao 1º e 5º minutos. O período neonatal decorreu sem intercorrências. O exame anatomopatológico da placenta confirmou a inserção velamentosa do cordão umbilical (figura 2).

## DISCUSSÃO

Diversos estudos têm associado a *vasa previa* com a ocorrência de placentação anómala (placenta baixamente inserida, placenta prévia) bem como com outras alterações, nomeadamente placenta bilobulada,

sucenturiada e inserção velamentosa do cordão<sup>1</sup>. Esta última tem incidência aumentada na gestações obtidas por fertilização *in vitro*<sup>1</sup>.

Deste modo recomenda-se que, nas situações anteriormente referidas, se proceda às 27-28 semanas de gestação a uma reavaliação ecográfica da placenta, da inserção do cordão umbilical e da região cervical, a fim de identificar as gestações complicadas por *vasa previa* e implementar as atitudes obstétricas preconizadas para a mesma. Note-se que, nos dois casos clínicos apresentados, a ecografia realizada às 20/21 semanas de gestação apenas permitiu o reconhecimento de implantação baixa da placenta, tendo o diagnóstico sido estabelecido só no final do 2º trimestre.

A elevada taxa de mortalidade perinatal (60%) associada à *vasa previa* é determinada pelo risco de laceração vascular associado à rotura espontânea ou artificial de membranas, com consequente exsanguinação e morte fetal<sup>2</sup>. Por outro lado, a pressão exercida pela apresentação fetal sobre os vasos não protegidos pela placenta/cordão umbilical pode condicionar a ocorrência de hipóxia e igualmente morte fetal<sup>2</sup>.

O diagnóstico clínico de *vasa previa* é sugerido quando a rotura de membranas é acompanhada por hemorragia vaginal e sinais de hipóxia ou morte fetal;

muito raramente é perceptível a passagem de vasos sobre as membranas amnióticas aquando a realização do toque vaginal. A confirmação do diagnóstico é obtida pela inspecção da placenta.

O diagnóstico pré-natal desta entidade é efectuado pela da observação ultrassonográfica de uma estrutura tubular ou linear sobre o orifício interno do colo, sendo estabelecida a sua correlação com vasos umbilicais ou vasos aberrantes através do Doppler colorido. O diagnóstico pré-natal de *vasa previa* tem sido associado a uma diminuição da taxa de mortalidade perinatal, melhor desempenho neonatal e a menor necessidade de suporte transfusional do recém-nascido. Oyelese *et al*, numa amostra de 155 casos com *vasa previa*, verificaram uma taxa de sobrevivência fetal de 96,7% nos casos com diagnóstico antenatal versus 43,6% nos casos sem diagnóstico<sup>1</sup>. Efectivamente, o diagnóstico pré-natal e a idade gestacional no momento do parto, constituem os factores preditivos mais significativos de sobrevivência fetal das gestações complicadas por esta entidade<sup>2</sup>. Nos casos clínicos anteriormente descritos, os desfechos neonatais favoráveis resultaram do diagnóstico pré-natal e da conduta obstétrica implementada.

O diagnóstico diferencial de *vasa previa* inclui o *sinus* vascular da placenta, a separação da membrana corioamniótica e a apresentação funicular observando-se, nesta última possibilidade, a mobilização da ansa umbilical quando a grávida é posicionada em Trendelenburg<sup>3</sup>.

Relativamente à vigilância obstétrica das gestações complicadas por *vasa previa*, preconiza-se o internamento da grávida no início do 3º trimestre (30-32semanas) em centro hospitalar com cuidados

neonatais diferenciados e com facilidades de suporte transfusional<sup>2</sup>, durante o qual a indução da maturidade pulmonar deverá ser efectuada. Em alternativa, nas gestantes sem contractilidade e sem evidência de encurtamento cervical pode ser proposta vigilância em regime de ambulatório<sup>2</sup>.

Perante a ocorrência de rotura prematura de membranas a grávida deverá ser submetida a cesariana de emergência. Caso tal não suceda, preconiza-se o término da gravidez por cesariana electiva entre as 35 e as 36 semanas, idade gestacional em que os riscos associados à prematuridade são superados pelos riscos decorrentes da rotura de membranas<sup>2</sup>. O conhecimento antenatal do trajecto vascular poderá orientar qual a incisão uterina mais adequada a realizar.

Em suma, o diagnóstico pré-natal de *vasa previa* e a instituição de uma conduta obstétrica adequada (com realização de cesariana previamente à rotura membranas) permitem a redução da mortalidade perinatal associada a esta entidade. A avaliação da inserção placentária do cordão umbilical em gestantes assintomáticas possibilita o reconhecimento precoce de *vasa previa*, pelo que se recomenda a sua inclusão nos protocolos ecográficos.

## REFERÊNCIAS

1. Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, Lashley S, Schachter M, Tovbin Y, Goldstein V, Smulian JC. Vasa Previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. *Obstet Gynecol* 2004; 103:937-940.
2. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107:927-941.
3. Lee W, Lee VL, Kirk JS, Sloan CT, Smith RS, Comstock CH. Vasa Previa: Prenatal Diagnosis, Natural Evolution, and Clinical Outcome. *Obstet Gynecol* 2000; 95:572-576.