

ACRETISMO PLACENTÁRIO

Daiana Teodorovecz¹

Eloise Mendes Ferreira¹

Janaina Santiago¹

Josiele Baranovski¹

Maria Alcina Trindade da Cruz¹

Maria Cecília Da Lozzo Gaberlini²

RESUMO

O acretismo placentário é a denominação que se dá a placenta que se adere anormalmente à decídua ou à parede uterina. Sua formação ocorre em consequência à proliferação excessiva do trofoblasto. Dependendo do aprofundamente maior do trofoblasto acarretará uma extensão da doença conhecida pelos seguintes termos: placenta acreta, increta e percreta. O fator de risco essencial para o desenvolvimento desta complicação obstétrica inclui idade, multiparidade, cesárias anteriores entre outros. De maneira geral as causas do acretismo placentário podem ser maiores em razão do alto número de partos operatórios aumentando assim, significativamente, a prevalência do acretismo nos últimos anos. O devido diagnóstico por ultrassom, ressonância magnética e ultrassom com Doppler é de extrema importância, pois o acretismo é de alta morbimortalidade materna. Uma vez constatada esta anormalidade será adotada a conduta de antecipação do parto cesária na 35ª semana com muita possibilidade de que a mulher possa sofrer a histerectomia total abdominal sempre com uma equipe multidisciplinar durante o procedimento.

Palavras-chaves: acretismo, fatores de risco, histerectomia.

ABSTRACT

The accretion is the name we give to the placenta that adheres to the deciduous or abnormally to the uterine wall. Its formation occurs as a result of excessive proliferation of trophoblast. Depending on aprofundamente greater trophoblast entail an extension of the disease known by the following terms:

[Digite texto]

1 Acadêmicos do curso de Enfermagem das Faculdades Santa Cruz

2 Dra em Ciências pela USP, Profa da Disciplina de Embriologia das Faculdades Santa Cruz

placenta accreta, and percreta increta. The risk factor for the development of this essential obstetric complication includes age, multiparity, previous cesárias among others. Generally the causes of placenta accreta may be higher because of the high number of cesarean sections thereby increasing significantly the prevalence of accreta in recent years. The proper diagnosis by ultrasound, magnetic resonance imaging and Doppler ultrasound is of utmost importance, because the accretion is high maternal morbidity and mortality. Once verified this abnormality is assumed the conduct of early cesarean delivery at the 35th week with lots of possibility that the woman may suffer total abdominal hysterectomy always with a multidisciplinary team during the procedure.

Key words: accretion, risk factors, hysterectomy.

INTRODUÇÃO

A placenta é uma estrutura glandular temporária, que se fixa na parede do útero, responsável por fazer a ligação entre a mãe e a criança. Em uma gestação normal a placenta se desenvolve e penetra na camada endometrial do útero, mas em certos casos pode ocorrer que a placenta adentra de forma anormal, mais profundamente, nas demais camadas uterinas. O acretismo placentário nada mais é que a aderência anormal da placenta na parede uterina com uma invasão mais profunda do útero (TORLONI *et al.*, 2001)..

O diagnóstico de acretismo placentário pode ser realizado durante a gestação, com a realização de um ultrassom e ressonância magnética, entre a 20ª e 24ª semana do desenvolvimento embrionário. A doença não tem tratamento, mas quando identificada precocemente reduz os riscos para a mãe. É essencial ter um diagnóstico do acretismo antes do parto, para que a equipe que realizará o procedimento possa se preparar e minimizar as complicações hemorrágicas que, em casos severos, pode causar a morte da paciente. Tal conformação tem especial importância no momento da dequitação (eliminação natural da placenta logo após o parto). Durante o parto a placenta geralmente se desprende da parede uterina de forma relativamente fácil, mas nas mulheres que possuem esta placenta com penetração anormal há um risco maior de hemorragia durante sua remoção. Isso geralmente requer cirurgia

[Digite texto]

para conter o sangramento e também para remover completamente a placenta. Em formas graves pode frequentemente levar a uma histerectomia (retirada do útero) ou mesmo ser fatal. Pode ocorrer penetração placentária excessiva nas porções mais baixas do útero, assim como nas áreas em que o endométrio estiver adelgado, lesado, fibrosado ou ausente, resultando numa placenta muito aderente, incapaz de descolar durante o parto (TORLONI *et al.*, 2001).

O útero apresenta três camadas: endométrio (que reveste a luz do órgão), miométrio (camada muscular) e perimétrio. Por sua vez a camada endometrial é subdividida em camada compacta, esponjosa e camada basal. Na primeira semana do desenvolvimento embrionário quando o embrião se encontra na fase de blástula e chega ao útero, deverá fixar-se no endométrio processo este denominado nidadação. Normalmente a fixação do embrião ocorrerá na camada esponjosa do endométrio encontrando em seu rico plexo vascular o suprimento de suas necessidades alimentares. A formação adequada da decídua endometrial estabelece uma barreira a fim de evitar a invasão do miométrio pela proliferação do trofoblasto (MOORE *et al.*, 2008).

Em situações anormais, como no acretismo placentário, o embrião vai aprofundar-se além do local usual da implantação (alem da camada esponjosa) e, assim, as vilosidades coriônicas placentárias vão se aderir mais extensamente ao miométrio. Neste caso há deficiência no desenvolvimento decidual e a placenta pode ser denominada acreta, increta e percreta. A placenta pode aderir-se mais profundamente ao próprio endométrio (placenta acreta); estender-se mais intimamente no miométrio (placenta increta) ou invadir a serosa uterina e mesmo órgãos adjacentes (placenta percreta). Esta condição, de maneira geral, é denominada acretismo placentário. Na placenta acreta ocorre a aderência anormal da placenta à camada basal do endométrio e desta forma, ela não descolará naturalmente, pois estará aderida anormalmente; na placenta increta há penetração mais profunda no miométrio e finalmente a placenta percreta se estabelece quando as vilosidades penetram a profundidade do miométrio atingindo o perimétrio. Esta última situação é a forma mais grave, pois poderá invadir os tecidos viscerais. É muito importante um diagnóstico precoce através de ultrassonografia (US), ressonância magnética (RM) e ultrassonografia com *doppler* para evitar os riscos durante o

parto e para utilizar ferramentas necessárias durante a gestação (SANTANA *et al.*, 2010).

Não existe um motivo principal para que ocorra o acretismo placentário, mas tem-se observado uma maior incidência casos de placentas prévias (implantação da placenta na parte inferior do útero). O acretismo placentário é grande responsável pela mortalidade materna e de grandes complicações no parto como hemorragia. O número cada vez maior de cesáreas, principalmente as eletivas, está frequentemente associado ao aumento de acretismo placentário. Assim, muitas vezes no pós parto há a necessidade de curetagem uterina e até mesmo a histerectomia total da paciente (TORLONI *et al.*, 2001).

O presente trabalho teve como objetivo levantar possíveis explicações para elucidar a ocorrência acretismo placentário e ainda expor os problemas e as dificuldades que esta complicação obstétrica traz para a vida das mulheres.

METODOLOGIA

A metodologia deste estudo caracterizou-se por uma pesquisa exploratória realizada por meio de revisão de literatura em livros, periódicos especializados, produções acadêmicas, bases de dados e publicações científicas referentes à temática.

Os critérios de inclusão definidos para a busca dos conteúdos foram: publicações impressas assim como fontes virtuais abrangendo o período de 1999 a 2012 tendo por base os artigos escritos em Português e Inglês tendo com palavras chaves: acretismo, fatores de risco, histerectomia.

ACRETISMO PLACENTÁRIO

O acretismo placentário, caracterizado pela invasão excessiva do trofoblasto em local de deficiente decidualização e de desenvolvimento em grau variável, resulta em hemorragia significativa quando o obstetra tenta efetuar a dequitação (TORLONI *et al.*, 2001).

De acordo com Santana e colaboradores (2010), caracteristicamente, a placenta se solta facialmente da parede uterina durante o parto. Todavia, mulheres com acretismo placentário apresentam um grande risco de

[Digite texto]

hemorragia durante a remoção da placenta, podendo em certos casos, levar a histerectomia. A implantação placentária é classificada de acordo com a proximidade com o colo uterino em placenta prévia: centro-total (recobre o orifício interno do colo do útero); centro-parcial (recobre parcialmente o orifício interno); marginal (margeia o orifício interno do colo do útero) e lateral (distando até 7 cm do orifício interno do colo). O acretismo é mais freqüente na placenta prévia centro-total do que nas demais variedades, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Os mesmos autores citam que o descolamento prematuro e a rotura uterina, são causas de sangramento vaginal no terceiro trimestre de gestação.

Placenta Acreta

A placenta acreta é aquela que penetra mais profundamente na camada basal decídua, podendo atingir o miométrio (músculo uterino) apenas superficialmente. Quando alguma área da placenta está acreta, ela não descolará naturalmente, pois estará aderida anormalmente à decídua (TORLONI *et al.*, 2001)..

Placenta Increta

Quando a placenta penetra mais profundamente no útero e invade profundamente a camada muscular ela é chamada de "increta". Neste caso a invasão do miométrio por vilosidades normais da placenta, pode ser fatal para a mãe no momento do parto (TORLONI *et al.*, 2001).

Em dois casos de placenta increta patologicamente comprovados, as áreas anormais foram identificados retrospectivamente em imagens por ultrasonografia. Em ambos os casos, verificou-se obliteração focal consistente da zona retroplacentário por qualquer tecido ecogenio semelhante ao do tecido da placenta normal ou ligeiramente diminuída. Isto foi encontrado para representar extensão das vilosidades, através da decídua basal no miométrio. O aspecto de placentas invasivas não malignas e os resultados de ultra-sonográficos específicos que devem permitir o diagnóstico prospectivo ainda são discutidos. (KATHRYN, *et al*, 2008).

Placenta Percreta

Quando a placenta ultrapassa o miométrio e tem envolvimento com a serosa uterina anterior (peritônio visceral), ela é denominada percreta (TORLONI *et al.*, 2001).

A placenta percreta que envolve a bexiga ou vasos pélvicos é potencialmente uma doença catastrófica, com mortalidade materna de 9,5% e perinatal de 24% (SANTANA *et al.*, 2010).

A invasão da bexiga pela placenta percreta, é uma complicação obstétrica com risco de vida potencial, embora rara. O diagnóstico é normalmente estabelecido quando são feitas tentativas para separar a placenta aderente a partir da bexiga. Esta manobra provoca hemorragia maciça que muitas vezes é muito difícil de controlar (FREDERIKSEN, *et al.*, 1999).

Um diagnóstico pré-operatório embora permita a preparação e organização de ajuda multidisciplinar para o que pode ser um procedimento cirúrgico difícil requer enorme transfusão de sangue adequado. O uso de técnicas de intervenção mais recentes e abordagens cirúrgicas alternativas podem diminuir a morbidade e perda de sangue. Urologistas são geralmente consultados a partir de uma situação de emergência com risco (CHEN *et al.*, 2002).

ETIOPATOGENIAS

Mencionam Santana e colaboradores (2010) que as etiopatogenias tanto da placenta prévia como do acretismo placentário são controversas. Postulam a relação direta entre a inserção tardia do blastocito e a predisposição para placenta prévia. Outros autores afirmam que placentas muito desenvolvidas em extensão (gestação múltipla, isoimunização ao fator Rh) apresentam predisposição para placenta prévia. É importante assinalar que defeitos na vascularização da decídua; alterações inflamatórias ou atróficas e, demora na nidacão ou trauma do endométrio parecem influenciar o local de implantação e alterar a fisiologia do segmento inferior, determinando o aparecimento de placenta prévia; porém para confirmação de qualquer destas hipóteses há necessidade de estudo histopatológico do endométrio.

[Digite texto]

TORLONI e colaboradores (2001) relatam que, enquanto alguns atribuem esta tendência ao número crescente de gestantes com placenta prévia e idade avançada ou com antecedentes de abortamento e curetagem, outros apontam a cesariana prévia (cada vez mais freqüente) como principal fator predisponente para o acretismo.

A retenção placentária, ou seja, a não eliminação da placenta em até 30 minutos após a expulsão fetal, também permite conduta inicial não cirúrgica. Essa conduta reduz a necessidade de remoção manual da placenta sob analgesia, que seria o próximo passo e cujo insucesso leva a hipótese de acretismo placentário (BAGGIERI, *et al.*, 2011).

SINTOMATOLOGIA

O diagnóstico precoce e preciso da placenta prévia e dos fatores de risco é importante, pois induzem na possibilidade de acretismo. A hemorragia no terceiro trimestre constitui, quase sempre, é um sintoma peculiar de placenta prévia. Mas muitas vezes a perda sanguínea pode não ocorrer e o diagnóstico será feito na dificuldade de extração da placenta durante a dequitação, o que causará maior morbidade ou mortalidade materna. (SANTANA, *et al.*, 2010).

DIAGNÓSTICO

Segundo Torloni e colaboradores (2001) o modo para se diagnosticar o acretismo placentário vai depender do local onde a placenta estará localizada, sendo que se diagnosticada precocemente pode-se ter um parto planejado e com menos riscos. Por ser subjetivo, o diagnóstico clínico de acretismo sofre a influência de diversas variáveis, incluindo a experiência do obstetra.

O diagnóstico de acretismo e os problemas a ele associados dependerão do local da inserção placentária, profundidade de penetração no miométrio e número de cotilédones envolvidos. A adequada detecção do acretismo e da sua real extensão de invasão permitirá um parto planejado, com mais segurança e menor risco operatório. Quando inserida no segmento inferior, o acretismo pode ser diagnosticado por imagem ultras sonográfica

[Digite texto]

(US), ressonância magnética (RM), ultrassonografia com Doppler colorido e power Doppler. A técnica mais utilizada é a US, onde se pode notar lacunas vasculares irregulares, anormalidade da espessura do miométrio basal com áreas finas e outras mais espessas ou ausentes e presença de vasos tortuosos invadindo o miométrio, interior da placenta e parede vesical (SANTANA *et al.*, 2010)

Na US os sinais de acretismo são sutis. Se realizada entre a 18^a e a 20^a semana ou mesmo no terceiro trimestre, que apresenta placenta próxima do orifício interno do colo, mas não sobre ele, não persiste como prévia no termo da gestação, porque a implantação baixa da placenta no segundo trimestre, evoluiria com migração para longe do segmento inferior/área cervical, pelo diferencial de crescimento, resultando em menor incidência de placenta prévia no final da gestação. Assim, uma quantidade maior de cicatrizes no segmento inferior poderia prejudicar este diferencial de crescimento, o que aumentaria a incidência de placenta prévia. No Doppler colorido destacam-se: distância menor que 1 mm entre a interfase serosa uterina e a interfase da bexiga e os vasos retroplacentários. A RM é útil na imagem obstétrica visto que os tecidos moles são claramente visíveis, caracterizando-se mais precisamente a massa uterina permitindo avaliar o espaço retroperitoneal (TORLONI *et al.*, 2001).

O sinal de acretismo placentário apresenta-se como um hipersinal placentário invadindo o miométrio. A cistoscopia pode ser indicada para avaliar paciente com hematúria e risco de acretismo, mas a confirmação pela biópsia é totalmente contraindicada. As placentas devem ser encaminhadas para exames anatomopatológicos. No acretismo, a extensão da área placentária muitas vezes é desconhecida, por falta de conhecimento da doença e/ou pela falta de preparo dos profissionais. O acretismo com envolvimento da bexiga raramente é diagnosticado antes do parto (TORLONI *et al.*, 2001).

FATORES PREDISPOANTES

Santana e colaboradores (2010) referem que vários fatores de risco estão associados à placenta prévia e ao acretismo placentário. Dentre os fatores individuais, destacam-se:

[Digite texto]

- Idade materna avançada: causaria progressivo dano ao endométrio com conseqüente desenvolvimento inadequado da decídua ou da perfusão útero-placentária, causando placenta prévia e acretismo.

- Multiparidade: a deficiência da camada decidual, ocorrida por trauma do endométrio na cesárea na extração de restos placentários retidos, ou ainda nas curetagens uterinas teria como conseqüência a implantação anormal da placenta. Os sucessivos partos e dequitações, talvez comprometam o mecanismo regenerativo do endométrio ou simplesmente aumentem a possibilidade de exposição a fatores predisponentes do acretismo (trauma, infecção).

A gestante com placenta prévia do tipo central e antecedente de duas ou mais cesáreas seria a de maior risco para o acretismo placentário. Na prática, esta informação pode ser de grande utilidade para o obstetra, possibilitando uma série de ações importantes para garantir o melhor resultado possível. Em primeiro lugar, esta paciente e sua família poderiam receber informação deste risco e suas possíveis conseqüências (transfusão, histerectomia, complicações operatórias) ainda durante o pré-natal, evitando problemas futuros relacionados à morbidade e até mortalidade maternas inesperadas (TORLONI *et al.*, 2010).

Devido à maior freqüência de cesarianas não é incomum a pensar que há de um aumento na freqüência de placenta acreta, com a capacidade de comprometimento de órgãos vizinhos, incluindo a bexiga (PERUCCA *et al.*, 2002).

REZENDE e colaboradores (2000) citam que o pré-natal deficiente, pelo número insuficiente de consultas (principalmente nos casos de risco), pelo abandono (baixa aderência) e alta precoce do serviço, contribui para falta do diagnóstico de doenças que podem surgir no final da gestação (toxemia), bem como expressar-se tardiamente (cardiopatia) aumentando o risco de ocorrência dessas mortes.

TRATAMENTO

Normalmente, a placenta acreta é resolvida com a prática de histerectomia, mas há relatos na literatura de que o caso tenha sido resolvido

de forma conservadora por embolização da artéria uterina com a retirada tardia da placenta (PERUCCA *et al.*, 2002).

Diante desse diagnóstico, além da hemotransusão serão necessárias manobras que vão desde curetagem até a histerectomia, conforme a extensão e o grau do acretismo placentário (TORLONI *et al* 2001).

SANTANA e colaboradores (2010) relatam que feito o diagnóstico de acretismo placentário, a conduta aplicada será a histerectomia total abdominal, é de extrema importância uma equipe multidisciplinar composta por obstetra, cirurgião vascular intervencionista, urologista (em caso de invasão da bexiga) e transfusionista. O parto ocorrerá na 35ª semana de gestação por cesariana; pois depois desta semana há maior risco de sangramento cirúrgico, ruptura uterina e hemoperitônio ameaçando a vida da paciente e a cirurgia emergencial é de maior risco do que a eletiva. Feito o diagnóstico antenatal de acretismo placentário e invasão da bexiga, no terceiro trimestre, a conduta será a histerectomia total abdominal. Citam ainda que é importante que na hora do parto cesárea não seja feita a extração manual da placenta, mas sim que ela dequite naturalmente. Não ocorrendo à dequitação, o procedimento a seguir será a histerectomia total abdominal, sendo que esta cirurgia acarreta possíveis complicações para a paciente sendo alguns deles:

- Hemorragias e formação de hematomas.
- Infecção do trato urinário.
- Tromboflebites.
- Sangramento para a cavidade peritoneal e no retroperitônio.
- Complicações pulmonares.
- Infecção da incisão abdominal.
- Embolia arterial.
- Morte materna.

É necessário manter os níveis de hemoglobina, aumento da ingestão de alimentos, complementação de ácido fólico, de ferro (antenatal, e pós-natal) e, muitas vezes, é necessária a transfusão de sangue devido à grande perda de sangue por uma hemorragia abundante. Também será necessária uma grande quantidade em estoque de sangue, preparo intestinal para cirurgia, e no dia do

procedimento providenciar acesso venoso mais calibroso para infusão de grande volume líquido (SANTANA *et al.*, 2010).

Tratamento sem detecção prévia no parto natural

Tendo em vista que existe muita dificuldade na detecção do acretismo placentário antenatal em uma situação emergencial, no parto normal, quando o médico se depara com um caso de acretismo placentário será adotada a curetagem uterina visando à retirada dos restos placentários e, se necessário, a paciente será submetida em seguida a histerectomia total abdominal. Os riscos pós-parto em uma situação emergencial serão basicamente os mesmos, exceto o risco da falta de sangue para uma possível transfusão, aumentando assim o risco de morte materna, mas também há um agravamento pela falta da equipe multidisciplinar, colocando em um risco eminente a gestante. Além disso, há um fator de risco que é a infecção uterina pós – curetagem, podendo ser encontrado restos placentários no útero materno. Sendo assim é necessária a adoção de novos procedimentos médicos (TORLONI *et al* 2001).

Complicações pós operatórias

As principais complicações desta técnica são: hemorragias e formação de hematomas, infecção do trato urinário, lesão de bexiga, tromboflebitas, síndrome de Ogilvie, sangramento para a cavidade peritoneal e, no retroperitônio, complicações pulmonares, infecção da incisão abdominal, deiscência da incisão e morte materna. A negligência ou não observância da assistência correta e rápida, são acompanhadas, quase sempre, de óbito materno (SANTANA *et al.*, 2010).

Na hemorragia, o acompanhamento deficiente ao trabalho de parto e ao puerpério, assistência tardia às perdas sangüíneas e a inexistência de banco de sangue na maternidade imputam ao atendimento hospitalar parcela significativa de responsabilidade pela ocorrência de óbito (REZENDE *et al.*, 2000).

Com o número cada vez maior de cesáreas, principalmente as eletivas, provavelmente essa grave situação será cada vez mais frequente. É sugerida a

[Digite texto]

profilaxia com a diminuição do número de cesáreas e/ou evitando os prolongamentos indevidos da incisão uterina, com consequentes lesões das artérias uterinas (SANTANA *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acretismo placentário é mais comum em mulheres que já têm cicatrizes no útero, por exemplo, de cesárias anteriores ou em pacientes em que a placenta se concentra na parte inferior do útero, chamada de placenta de inserção ou implantação baixa

As notificações apresentadas apontam que há um aumento considerável de acretismo placentário em gestantes submetidas a cesarianas devido às lesões ocasionadas nas artérias uterinas.

O setor de saúde deve capacitar seus profissionais para o enfrentamento do problema com embasamento em conhecimentos científicos necessitando orientar as gestantes a realizar o parto natural com o objetivo de evitar futuras dificuldades ocasionadas pela cesariana.

As complicações da histerecomia quando não detectadas por negligência ou não observância da assistência correta e rápida podem acarretar em morte materna.

Apesar do aumento de casos registrados de acretismo placentário, os pesquisadores fazem pouca abordagem ao assunto levando a pensar que o acretismo placentário deve ser mais pesquisado, visto que é uma dificuldade obstétrica que acarreta grandes conseqüências para a saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

BAGGIERI R.A.A.; VICENTE G.S.; SANTOS J.A. dos; CABALERO M.H.C.; BARBOSA H.M.; SANTOS R.S.; BAGGIERI R.A.A.; BAGGIERI R.F.A.; TRINDADE C.R.; CHAMBO FILHO A. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento - Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2011;56(2):96-101.

CHEN Y.J; WANG P.H.; LIU W.M.; Et Al Placenta Accreta Diagnosed at 9 weeks gestation. Ultrasound Obstet Gynecol 2002.

[Digite texto]

FREDERIKSEN M.C.; GLASSENBERG R.; STIKA C.S. Placenta previa: a 22-year analysis. Am Obstet Gynecol 1999; 180:1432-7.

GUZMAN O.N. de, MAITA F.; GUTIÉRREZ C. FRANCO N; CALUSTRO R. Diagnóstico Ecográfico de Acretismo Placentário. Gaceta Médica Boliviana v.29 n.1 Cochabamba 2006.

HANSEL D.E.; DINTZIS R.Z. Fundamentos de Rubin Patologia Editora Guanabara Koogan 2007 Rio de Janeiro-RJ

KATHRYN E.; FITZ P.; SELLERS S.; SPARK P.; PETER B.; KNIGHT, M. P. Los One. 2012;

MOORE L. K; PERSAUD T.V.N. Embriologia básica. 7ª edição. Rio de Janeiro-RJ. Editora Saunders Elsevier, 2008.

PERUCCA E.; CAZENAVE, H.; BARRA A.; OCHOA N.; VILLAGRÁN G.; ESPINOZA R.; ESTAY R.; BUSTAMANTE R. ; SIEBERT A. Placenta Previa Percreta com Ivasion Vesical Revista chilena de obstetricia y ginecologia v.67 n.5 Santiago 2002 Pág. 364-367

REZENDE C.H.A. de; MORELI D.; REZENDE I.M.A.A de Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997 – Revista de Saúde Pública. vol.34 n.4 São Paulo Aug. 2000.

SANTANA D.S.N, FILHO M.N.L, MATHIAS L. Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia acreta com invasão de bexiga: revisão sistemática da literatura. Revista FEMINA | Março 2010 | vol 38 | nº 3 Pág. 147-153.

TORLONI M.R., MORON A.F., CAMANO L. Placenta Prévia: Fatores de Risco para o Acretismo. RBGO - v. 23, nº 7, 2001 Pág. 417-422.