

## TRIAGEM DIAGNÓSTICA DE VASOS PRÉVIOS: REVISÃO DE LITERATURA

### DIAGNOSTIC SCREENING OF PREVIOUS VESSELS: LITERATURE REVIEW

Nathalia Souza Silva<sup>1</sup>  
Thalian Pimentel Micheleti<sup>2</sup>  
Camila Lopes de Oliveira<sup>3</sup>

**RESUMO:** A vasa prévia é uma complicação obstétrica rara com incidência estimada de 6 a 11 casos por 10.000 gestações, é uma das causas mais importantes de hemorragia de terceiro trimestre e está associada a uma taxa de mortalidade perinatal de mais de 56% quando não diagnosticada no pré-natal. O objetivo dessa revisão é analisar os resultados dos estudos que reforçam a importância do diagnóstico precoce e comparam a relevância do rastreio universal com o rastreio apenas quando existentes fatores de risco. Foram selecionados 6 artigos na plataforma de pesquisa PUBMED, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão. Houve um consenso quanto a eficácia do diagnóstico precoce através da ultrassonografia transvaginal associada ao doppler colorido e apenas um autor foi discordante ao rastreio não universal para Vasa Prévia.

654

**Palavras-chave:** Vasa prévia. Diagnóstico Precoce. Ultrassonografia Pré-Natal. Mortalidade Perinatal. Ultrassonografia Doppler em Cores.

**ABSTRACT:** Vasa previa (previa) is a rare obstetric complication with an estimated incidence of 6 to 11 cases per 10,000 pregnancies, one of the most important causes of third trimester hemorrhage, and it is associated with a perinatal mortality rate of over 56% when not diagnosed before-natal. The purpose of this research based on review of data is to analyze the results of studies that change the importance of early diagnosis and compare the relevance of universal screening with screening only when risk factors occur. Six articles were selected in the PUBMED research platform, taking into account the inclusion and exclusion criteria. There was consensus on early diagnosis through transvaginal ultrasound associated with color Doppler and only one author disagreed with the non-universal screening for Vasa previa.

**Keywords:** Vasa previa. Early Diagnosis. Ultrasonography. Prenatal. Perinatal Mortality. Ultrasonography. Doppler. Color.

<sup>1</sup>Formação em medicina pela Faculdade Morgana Potrich- FAMP, E-mail: nathaliasouza70@gmail.com.

<sup>2</sup>Formação em medicina pela Faculdade Morgana Potrich FAMP, E-mail: thalianmichy@gmail.com.

<sup>3</sup>Formação em medicina pela Unochapecó, ginecologia e obstetra pela HRMS, E-mail: camilalopes@fampfaculdade.com.br.

## 1 INTRODUÇÃO

A vasa prévia é uma condição em que os vasos sanguíneos fetais se apresentam fora da placa coriônica, posicionando-se entre a apresentação fetal e o orifício interno do colo uterino. É uma complicação obstétrica rara com incidência estimada de 6 a 11 casos por 10.000 gestações, é uma das causas mais importantes de hemorragia pré-parto e está associada a uma taxa de mortalidade perinatal de mais de 56% quando não diagnosticada no pré-natal. Entretanto, o diagnóstico realizado durante o pré-natal associado a cesárea eletiva demonstra uma redução significativa do risco de morte perinatal. Além de ser uma doença rara, há também o desconhecimento dos fatores de risco, e isso dificulta a execução do diagnóstico precoce<sup>1,4-5</sup>.

Avaliando os fatores de risco foi possível observar que 83% dos casos de vasa prévia apresentam no mínimo um fator de risco, incluindo placenta prévia resolvida no segundo trimestre, inserção do cordão umbilical no terço inferior do útero no primeiro trimestre, inserção do cordão velamentoso, placenta bilobada ou gestação proveniente de reprodução assistida<sup>1,6</sup>.

655

## 2 METODOLOGIA

desta revisão bibliográfica artigos com fuga de tema principal classificado pela leitura Trata-se de uma revisão de literatura, realizada fundamentando-se na busca pelos descritores “Vasa previa” no banco de dados Norte-Americano PUBMED. Foram aceitos para esta revisão bibliográfica somente artigos dos últimos cinco anos e disponíveis somente em inglês. Foram excluídos de título e resumo e artigos não indexados.

## 3 RESULTADOS

Utilizando o descritor “Vasa prévia” foram encontrados 65 artigos no banco de dados Norte-Americano PUBMED, sendo que destes, 59 foram excluídos por serem classificados como artigos com fuga de tema principal através da leitura de título e resumo e por não serem indexados. Obedecendo os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 6 artigos eleitos após leitura integral do assunto sobre a relevância da realização da triagem de rotina para vasa prévia e do diagnóstico precoce.

AUTOR	Diagnóstico	Triagem Universal	Triagem baseada em risco	Manejo
Swank (2016)	Recomenda a realização do diagnóstico precoce	Não recomenda, pois quando segue tal recomendação não há redução significativa da morbimortalidade fetal quando comparada a triagem baseada em risco	O autor recomenda esta investigação	Recomenda a hospitalização precoce entre 30 e 34 semanas de gestação, o uso de corticosteroides pré-natais entre 30 a 32 semanas de gestação e uma cesárea eletiva entre 33 e 34 semanas de gestação
Silver (2016)	Não há um exame padrão-ouro. Recomenda a realização da ultrassonografia transvaginal para um diagnóstico preciso	Não recomenda, pois, há o aumento do custo, tempo, desconforto e de resultados falsos positivos	O autor segue esta triagem, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade fetal	O autor não descreveu a respeito do manejo neste artigo.
Kulkarni (2018)	Afirma que o diagnóstico quando realizado precocemente reduz significativamente a mortalidade fetal	Recomenda a triagem de rotina, pois reduz a morbimortalidade fetal significativamente e argumenta que outras condições menos comuns e importantes na sobrevivência não	Não recomenda, pois afirma que vasa prévia quando não diagnosticada há uma taxa de mortalidade fetal maior do que 56%.	Pacientes com fatores de risco devem realizar USG transvaginal com Doppler entre 28-32 semanas e pacientes sem sinais de trabalho de parto devem ser

		investigadas rotineiramente		hospitalizadas entre 35 e 36 semanas
Sullivan (2017)	Recomendo a realização do diagnóstico precocemente ultrassonografia transvaginal com doppler colorido	Não recomenda.	O autor preconiza esta investigação.	O autor não descreveu a respeito do manejo neste artigo.
Datta (2016)	Recomenda a ultrassonografia com doppler colorido associada a posição Tredelenburg durante a realização do exame	Não recomenda.	Recomenda realizar um exame mais detalhado quando identificado algum dos fatores de risco.	Orienta atenção maior na 16 <sup>a</sup> semana e a hospitalização associada à corticoesteroides entre 28 e 32 semanas e em seguida de uma cesárea eletiva até a 37 <sup>o</sup> semana
Melcer (2018)	Recomenda USG transvaginal na suspeita de vasa prévia	Não há provas eficientes para apoiar.	O autor indica a necessidade de um rastreio dirigido.	Recomenda a cesariana eletiva de todas as mulheres assintomáticas com vasa prévia entre 34 e 36 semanas de gestação.

## DISCUSSÃO

A triagem universal para vasa prévia é baseada na necessidade de acrescentar ao rastreio, o uso da ultrassonografia endovaginal com doppler colorido. Atualmente é recomendado a triagem baseada em risco, em que aplica-se o doppler, apenas se houver a presença de fatores de risco para Vasa Prévia ou a visualização da inserção anômala do cordão umbilical à ultrassonografia obstétrica de rotina. Segundo Swank (2016) não é necessário realizar a triagem universal para vasa prévia, pois o mesmo encontrou somente dois casos, de quarenta e nove casos descritos, que não foram diagnosticados durante o pré-natal e mesmo assim, não evoluíram para o óbito. Sendo assim, o autor recomenda realizar a triagem por ultrassom baseado em risco, além de indicar hospitalização precoce entre 30 e 34 semanas de gestação, o uso de corticosteroides pré-natais entre 30 e 32 semanas de gestação e uma cesárea eletiva entre 33 e 34 semanas de gestação para os casos diagnosticados, o que leva a uma melhora significativa na sobrevida e nas complicações neonatais <sup>1</sup>.

O diagnóstico ultrassonográfico da vasa prévia através da localização dos vasos fetais em relação ao orifício interno do colo uterino é difícil, porém é bastante preciso. É possível confirmar a presença de vasos fetais passando pelas membranas amnióticas através da histologia placentária, porém não é possível avaliar a localização destes vasos em relação ao orifício interno cervical. Logo, não existe um exame considerado padrão-ouro nos casos em que não há sangramento fetal<sup>2</sup>.

Para um diagnóstico preciso é necessário realizar uma ultrassonografia transvaginal, porém, isso resulta em um aumento do custo, do tempo e do desconforto quando comparado ao ultrassom obstétrico de rotina. Além disso, poderá aumentar o número de resultados falso-positivos e conseqüentemente um aumento de estudos adicionais, ansiedade e parto cesariano desnecessário, parto prematuro iatrogênico e hospitalização. Logo, recomenda-se o rastreamento somente a populações em risco, ou que apresente condições incomuns e testes de rastreamento indefinidos. Nestes casos, deve-se realizar uma conscientização sobre a doença, juntamente a uma triagem mais aprofundada para a vasa prévia em algumas das ultrassonografias que forem realizadas durante o pré-natal, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por esta complicação potencialmente letal ao feto, devendo considerar o custo, a ansiedade e os danos causados pelos resultados falso-positivos<sup>2</sup>.

Define-se como vasos prévios na imagem ultrassonográfica os vasos fetais que se apresentavam desprotegidos sobrejacentes ou a uma distância de 4 cm do orifício interno do

colo uterino visível pela ultrassonografia transvaginal, além de estarem fixados nas membranas, devendo estar presentes em exames repetidos e persistirem mesmo após as mudanças de posição materna. E clinicamente é definido por sangramento vaginal no momento em que há a ruptura das membranas, acompanhado por um rastreamento imediato anormal da frequência cardíaca fetal e vasos velamentosos rompidos encontrados no momento do parto. Quando os vasos prévios são diagnosticados durante o pré-natal é possível observar excelentes resultados<sup>3</sup>.

Recomenda-se seguir o protocolo de triagem através da identificação rotineira da inserção do cordão placentário em todas as gestações através da ultrassonografia transvaginal e afirma que apresenta uma alta taxa de diagnóstico durante o pré-natal (100%). Porém, nos casos em que há fatores de risco para vasa prévia, como placenta baixa no segundo trimestre, gestações resultantes de fertilização in vitro, gestações múltiplas e placenta bilobada, a paciente deve retornar entre 28 a 32 semanas para a realização do exame transvaginal com Doppler. E em casos de ausência de trabalho de parto, sangramento, contração ou ruptura das membranas, as pacientes com vasa prévia podem ser entregues com segurança em 35 a 36 semanas, visto que os partos prematuros podem estar associados a um risco aumentado de morbidades neonatais<sup>3</sup>.

659

É descrito que a vasa prévia se associa a uma taxa de mortalidade perinatal de no mínimo 56% quando não diagnosticada durante o pré-natal, visto que a sobrevida após o diagnóstico durante o pré-natal se aproxima de 100%. A autora argumenta que é examinado rotineiramente condições menos comuns em que diagnóstico pré-natal há pouco impacto na sobrevida. Para colocar em perspectiva, a onfalocele ocorre em 1 por 5400 nascimentos, anencefalia 1 por 5000 nascimentos, gastrosquise 1 por 2400 nascimentos, espinha bífida 1 por 2858 nascimentos e tetralogia de Fallot 1 por 3333 nascimentos. A autora afirma ser inconcebível argumentos contra a triagem universal da vasa prévia, já que as estimativas da incidência de vasa previa varia de 1 por 500 a 1 por 2000. Logo, preconiza a triagem de rotina para vasa prévia, visto que quando diagnosticada pela ultrassonografia há bons resultados e a prevenção da mortalidade perinatal<sup>3</sup>.

Em nossa pesquisa encontramos apenas um estudo prospectivo, realizado na Austrália, em que não observou a morbimortalidade fetal nas gestações que obtiveram o diagnóstico de vasa prévia no pré-natal e foi sucedida pela cesariana eletiva. Já nos casos de diagnóstico tardio, a cada cinco gestações, duas resultaram no óbito perinatal. O autor não

acredita que deve existir uma triagem de rotina para todas as gestantes, somente uma investigação mais aprofundada naquelas que possuem algum fator de risco como a placenta prévia ou bilobada, gestação múltipla ou reprodução assistida. Visto que, 92% das mulheres com vasa prévia diagnosticada precocemente, 95% apresentavam um ou mais fatores de risco. Essa triagem seria feita através da ultrassonografia transvaginal com doppler colorido para reconhecer o orifício interno uterino e identificar as estruturas que o circundam ou se inserem nele<sup>4</sup>.

Os estudos encontrados para a pesquisa apresentaram resultados semelhantes ao de Sullivan, e auxiliaram a autora na obtenção de dados para a criação de uma organização que proporciona maiores informações acerca da vasa prévia aos médicos, equipe paramédica e o público-alvo que são as grávidas<sup>5</sup>.

A vasa prévia é uma tragédia evitável após o advento da ultrassonografia associada ao doppler utilizado na rotina obstétrica. Atenta-se ao fato de que somente o doppler em cores facilitaria esse diagnóstico e, portanto é preferível, enquanto o ultrassom sem doppler visualizaria apenas a inserção do cordão velamentoso. Um ponto importante no estudo da autora, que difere dos outros é a recomendação de aplicar a posição Tredelenburg durante a ultrassonografia. O examinador também deve possuir um controle absoluto da sonda vaginal pois esse diagnóstico precoce muitas vezes depende da habilidade dele e caso precisar, pode fazer uma suspensão manual delicada do feto em sua apresentação para melhor vislumbrar os vasos. O desenlace para evitar essa catástrofe então, é o diagnóstico precoce que evitaria a perda do feto que a vasa prévia acarreta se não bem manejada. Apesar de ser uma causa de hemorragia pré-parto rara e indolor para mãe, o sofrimento fetal é eminente e as complicações do rompimento dos vasos no momento da concepção muito determinantes no prognóstico uma vez que o tempo para conduzir essa situação seria mínimo, além de enquadrar como diagnóstico tardio se identificada somente nesse momento<sup>5</sup>.

O manejo adequado foi definido pelo Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG 2011) que seria, a hospitalização entre 28 e 32 semanas de gestação com maturação pulmonar feita através de corticoesteroides e em seguida de uma cesárea eletiva até a 37<sup>o</sup> semana. A autora também orienta uma maior atenção no pré-natal a partir da 16<sup>o</sup> semana que reduziria o risco significativamente da mortalidade em 95% dos casos e possibilitaria o sucesso na resolução do quadro<sup>5</sup>.

Em todos os casos que optassem pelo ultrassom abdominal é fundamental que na sequência seja realizado a transvaginal quando houver a suspeita da vasa prévia, pois ela é extremamente precisa no segundo trimestre, o período que ele observou a maior acurácia de diagnósticos. Além disso, em seu estudo foi determinado que um minuto é tempo suficiente para verificar a inserção da placenta, e 20 a 30 segundos complementares são suficientes para detectar o posicionamento dos vasos prévios. Sugerindo que a sua realização não exerce nenhuma influência negativa na gestação e pode ser acrescentada em todos os exames ultrassonográficos no decorrer desta, sendo este o passo inicial de uma triagem bem-sucedida. Todavia, ainda são necessários estudos para se configurar um rastreamento padronizado que previna todas as intercorrências que a vasa prévia pode ocasionar e a sua resolução de maneira tranquila, sendo necessário também para comprovar a eficácia da cesariana após esses vasos romperem<sup>6</sup>.

## CONCLUSÃO

Nesta revisão de literatura nota-se um consenso entre os autores analisados em relação ao diagnóstico, o qual, quando realizado precocemente, resulta na diminuição da morbimortalidade fetal. Porém, não há uma concordância entre a realização da triagem universal e a triagem baseada em risco. A maioria dos autores recomenda a triagem baseada em risco, somente um autor que discorda. Sendo assim, conclui-se que a triagem baseada em risco é mais relevante do que a triagem universal, já que esta é mais onerosa, demorada e desconfortável. E foi concluído também que não há uma diminuição significativa na morbimortalidade fetal quando não é realizada a triagem universal.

661

## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup> SWANK ML, Garite TJ, Maurel KA, Das A, Perlow JH, Pentes CA et al. Vasa previa: diagnosis and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;215 (2): 223.e1-223.e6.

<sup>2</sup> SILVER RM. Vasa praevia: improved diagnosis through recognition of risk factors. *BJOG: Int J Obstet Gy*. 2016; 123:1288-1288.

<sup>3</sup> KULKARNI A, Powel J, Aziz M, Shah L, Lashley S, Benito C et al. Vasa Previa: Prenatal Diagnosis and Outcomes: Thirty-five Cases from a Single Maternal-Fetal Medicine Practice. *J Ultrasound Med*. 2018; 37:1017-1024.

- <sup>4</sup> SULLIVAN EA, Javid N, Duncombe G, Li Z, Safi N, Cincotta R et al. Vasa Previa Diagnosis, Clinical Practice, and Outcomes in Australia. *Obstetrics and Gynecology*. 2017;130(3):591-598
- <sup>5</sup> DATTA S, Babu KM, Mitra S, Patil D. Vasa Previa: An Avoidable Obstetric Tragedy. *J Obstet Gynaecol India*. 2016;66(3):185-187.
- <sup>6</sup> MELCER Y, Maymon R, Jauniaux E, Vasa previa: prenatal diagnosis and management. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2018;30(6):385-391.