

**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceito: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

**Revisão narrativa: complicações graves devida acretismo placentário em útero sem cicatriz**

*Narrative review: serious complications due to placental accretism in a uterus without a scar*

**Leandro Pires Silva Filho** - Escola De Saúde Pública Do Distrito Federal - ESPDF

E-mail: [leandropires69@gmail.com](mailto:leandropires69@gmail.com)

**Rebeka Caroline Moreira** – Escola De Saúde Pública Do Distrito Federal - ESPDF

E-mail: [rebekacmoreira@gmail.com](mailto:rebekacmoreira@gmail.com)

## Resumo

O espectro da placenta acreta (EPA) em úteros não cicatrizados é uma complicação obstétrica rara, cuja gravidade reside em sua capacidade de mimetizar emergências comuns, resultando em diagnósticos tardios e morbimortalidade materno-fetal elevada. Esta revisão narrativa analisa estudos de caso para elucidar os desafios clínicos e propor uma mudança de paradigma na abordagem diagnóstica. As manifestações clínicas são perigosamente variáveis, apresentando-se como abdome agudo cirúrgico, com diagnósticos errôneos de apendicite ou ruptura hepática, ou como hemorragia maciça refratária no pós-parto, frequentemente após tentativas de remoção de uma placenta retida. O diagnóstico, na maioria das vezes incidental, contrasta com a possibilidade de suspeita pré-natal por ultrassonografia, mesmo em pacientes consideradas de baixo risco. A histerectomia ou cesárea de emergência permanece como a principal estratégia cirúrgica para controle de danos, resultando em perda de fertilidade. Os desfechos maternos são marcados pela necessidade de transfusão maciça, enquanto os fetais se associam à prematuridade. Conclui-se que uma elevada perspicácia diagnóstica e um manejo individualizado em centros terciários são imperativos para otimizar os desfechos nesta emergência obstétrica frequentemente oculta.

**Palavras-chave:** placenta acreta, acretismo placentário, ausência de cicatriz uterina

## Abstract

Despite its rarity, placenta accreta spectrum in unscarred uteri remains a significant diagnostic blind spot in obstetric care, often revealed only after catastrophic clinical deterioration. This narrative review analyzes case studies to elucidate clinical challenges and propose a paradigm shift in the diagnostic approach. Clinical manifestations are dangerously variable, presenting as an acute surgical abdomen—often misdiagnosed as appendicitis or hepatic rupture—or as massive, refractory postpartum hemorrhage, frequently following attempts at removal of a retained placenta. Diagnosis is most often incidental, in contrast to the potential for prenatal suspicion through ultrasonography, even in patients considered to be at low risk. Emergency cesarean hysterectomy remains the main surgical damage-control strategy, resulting in loss of fertility. Maternal outcomes are marked by the need for massive transfusion, while fetal outcomes are associated with prematurity. It is concluded that a high level of diagnostic vigilance and individualized management in tertiary care centers are imperative to optimize outcomes in this frequently concealed obstetric emergency.

**Keywords:** placenta accreta, placental accretism, absence of uterine scarring

## 1. Introdução

O espectro da placenta acreta (EPA), mundialmente denominado Placenta Accreta Spectrum (PAS), representa uma das mais graves e complexas complicações da obstetrícia moderna, estando associado a elevada imprevisibilidade, necessidade de intervenções cirúrgicas complexas e impacto profundo sobre a morbimortalidade materna. Do ponto de vista fisiopatológico, o EPA pode ser compreendido como anormalidades na implantação placentária, nas quais ocorre adesão anômala ou invasão excessiva das vilosidades coriônicas no miométrio uterino, comprometendo o

**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceito: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

desprendimento fisiológico da placenta após o parto. O manejo do EPA permanece desafiador, exigindo frequentemente intervenções cirúrgicas complexas, transfusões maciças e, em muitos casos, histerectomia periparto, com impacto significativo na fertilidade futura e na qualidade de vida das pacientes (SILVER et al., 2006; FIGO, 2018).

Dessa forma, ao longo dos anos, o EPA foi considerado uma condição rara. No entanto, nas últimas décadas, observou-se um aumento expressivo e consistente de sua incidência em nível global, estimando que a frequência tenha aumentado de aproximadamente 0,8 casos por 1.000 partos na década de 1980 para cerca de 3 casos por 1.000 partos na prática obstétrica contemporânea. Diversos autores apontam que a elevação progressiva das taxas de cesariana desempenha papel central nesse fenômeno, ainda que fatores assistenciais, demográficos e organizacionais também contribuam para a expansão do espectro (SILVER et al., 2006; JAUNIAUX; BERMAN; BURTON, 2022).

Sob a ótica fisiopatológica, o EPA não se limita a uma falha isolada da implantação, mas reflete um processo complexo de regeneração endometrial inadequada. A ausência parcial da decídua basal e a desorganização da camada de Nitabuch deixam de atuar como barreira funcional, permitindo uma interação anômala entre vilosidades coriônicas e miométrio. Essas vilosidades coriônicas passam a se ancorar diretamente ao tecido miometrial ou a invadi-lo de maneira progressiva e descontrolada. A profundidade dessa invasão define as diferentes formas clínicas do espectro: placenta acreta, quando as vilosidades aderem superficialmente ao miométrio; placenta increta, quando ocorre invasão do músculo uterino; e placenta percreta, quando a invasão ultrapassa toda a espessura miometrial, podendo atingir a serosa uterina e estruturas adjacentes, como bexiga, ureteres e intestino (JAUNIAUX et al., 2018; COLLINS et al., 2019).

Já os fatores de risco frequentemente associados ao EPA estão bem estabelecidos na literatura e incluem cirurgias uterinas prévias, especialmente cesarianas, miomectomias (1-5%) e curetagens uterinas (2-3%), placenta prévia (1-3%) particularmente quando implantada sobre cicatriz uterina —, idade materna avançada (2-3x), multiparidade e utilização de técnicas de reprodução assistida (3-4x). A presença concomitante de placenta prévia e cesariana anterior representa o cenário de maior risco conhecido, com probabilidade exponencialmente crescente de desenvolvimento do espectro à medida que aumenta o número de cesarianas prévias (ACOG, 2018; FIGO, 2018).

Entretanto, apesar da forte associação com úteros cicatrizados, a ocorrência do EPA em úteros sem cicatriz prévia constitui uma entidade clínica distinta, rara e ainda pouco compreendida, mas de extrema relevância clínica. Nesses casos, a ausência de fatores de risco clássicos contribui para a baixa suspeição diagnóstica no pré-natal, resultando frequentemente em apresentações clínicas inesperadas e de evolução abrupta. Essa forma de apresentação tem sido descrita como unexpected PAS, caracterizando situações em que o diagnóstico é estabelecido apenas no intraparto ou no puerpério, muitas vezes diante de complicações graves, como hemorragia pós-parto maciça, retenção

**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceito: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

placentária refratária, ruptura uterina espontânea ou choque hemorrágico (JAUNIAUX et al., 2019).

Diversos relatos de caso e pequenas séries descritas na literatura evidenciam o caráter insidioso e potencialmente letal do EPA em úteros não cicatrizados. Zhang et al. relataram um caso de placenta percreta em útero íntegro que evoluiu com ruptura uterina espontânea, simulando um quadro de abdome agudo. Garg et al. descreveram hemorragia pós-parto maciça após tentativa de remoção manual da placenta em parto vaginal, culminando em histerectomia de emergência. Adicionalmente, Okaniwa et al. documentaram um caso singular de ruptura uterina tardia no puerpério, evidenciando que as complicações do EPA podem se manifestar mesmo após o período imediato ao parto, ampliando o espectro temporal de risco e a complexidade do seguimento clínico dessas pacientes (GARG et al., 2016; ZHANG et al., 2018; OKANIWA et al., 2020).

A análise desses casos sugere que, na ausência de cicatriz uterina, outros mecanismos fisiopatológicos podem estar envolvidos no desenvolvimento do EPA, incluindo alterações inflamatórias endometriais subclínicas, defeitos na decidualização, distúrbios vasculares locais, multiparidade avançada e possíveis fatores genéticos ou moleculares ainda não completamente elucidados. Esses achados reforçam a necessidade de ampliar o entendimento sobre os fatores de risco atípicos e os mecanismos alternativos de invasão placentária, bem como de revisar criticamente os critérios atuais de estratificação de risco utilizados na prática clínica.

Diante desse contexto, torna-se imperativa a ampliação do conhecimento acerca do EPA em úteros não cicatrizados, com foco na identificação precoce, no reconhecimento das apresentações clínicas não usuais e na definição de estratégias de manejo mais eficazes e seguras. Assim, a presente revisão tem como objetivo analisar criticamente a literatura disponível sobre placenta acreta em úteros sem cicatriz uterina prévia, explorando os fatores de risco atípicos, as diferentes formas de apresentação clínica e as abordagens terapêuticas descritas, com o intuito de contribuir para o aprimoramento da prontidão diagnóstica e da tomada de decisão clínica frente a essa condição rara, porém potencialmente fatal.

## **2. Material e Método**

Este estudo constitui uma revisão narrativa da literatura, fundamentada na análise qualitativa e comparativa de seis artigos de relato de caso selecionados da base de dados PubMed. A seleção dos artigos foi orientada pelo uso de descritores como "placenta acreta", "acretismo placentário" e "ausência de cicatriz uterina". O critério de inclusão principal foi o foco em casos de EPA em úteros não cicatrizados que resultaram em complicações graves, notadamente ruptura uterina ou hemorragia maciça.

A abordagem analítica concentrou-se na extração e síntese sistemática de dados de cada caso, abrangendo fatores de risco, apresentação clínica, métodos diagnósticos, intervenções cirúrgicas e

**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceito: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

desfechos materno-fetais. O objetivo dessa síntese foi identificar padrões, contrastes e insights clinicamente relevantes que possam informar a prática obstétrica e aprimorar o manejo de futuras ocorrências dessa rara condição. Critério central de inclusão em todos: ausência documentada de cicatriz uterina. Exclusão sistemática: Cesárea prévia, Miomectomia, Curetagem uterina profunda.

Autor / Ano	Título do artigo	Tipo de estudo	População	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Vuong et al., 2022	Placenta accreta spectrum on an unscarred uterus in the third-trimester pregnancy	Relato de caso (2 casos)	Gestantes no 3º trimestre	Diagnóstico confirmado de PAS; útero sem cicatriz prévia; acompanhamento em hospital terciário	Cesárea ou cirurgia uterina prévia; ausência de confirmação diagnóstica
Garg et al., 2025	Unexpected placenta accreta spectrum in an unscarred uterus causing catastrophic post-partum hemorrhage	Relato de caso + revisão narrativa	Puérpera	PAS inesperado; útero sem cicatriz; hemorragia pós-parto grave	PAS associado a cicatriz uterina; relatos sem dados clínicos completos
Okaniwa et al., 2021	Postpartum unscarred uterine rupture caused by placenta accreta	Relato de caso + revisão narrativa	Puérpera	Ruptura uterina; PAS confirmado; ausência de cicatriz uterina	Ruptura traumática; cesariana ou cirurgia uterina prévia
Hakimi et al., 2024	Placenta Accreta Spectrum in Normal Situated Placenta and Unscarred Uterus	Relato de caso	Gestante	PAS em placenta normalmente inserida; útero sem cicatriz	Placenta prévia; cirurgia uterina prévia; diagnóstico presumido
Zhang et al., 2024	Spontaneous rupture of an unscarred uterus due to placenta percreta	Relato de caso	Gestante no 3º trimestre	Placenta percreta; ruptura uterina espontânea; útero não cicatrizado	Ruptura associada a trauma ou trabalho de parto; cirurgia uterina prévia
Sherer et al., 2023	Extensive fundal placenta accreta spectrum in a nulliparous patient with unscarred uterus and SLE	Relato de caso	Gestante nulípara	PAS fúndico extenso; ausência de cicatriz uterina; correlação clínica-imagem	PAS associado a cicatriz; ausência de confirmação por imagem ou cirurgia
Fnon et al., 2024	Placenta percreta in primigravida with unscarred uterus	Relato de caso	Primigesta	Placenta percreta; útero sem cicatriz; confirmação cirúrgica/histológica	Cirurgia uterina prévia; casos incompletos ou sem confirmação

### 3. Resultados e Discussão

#### Fatores de Risco em Úteros Não Cicatrizados: Uma Análise Multifatorial

A identificação de fatores de risco para o espectro da placenta acreta (EPA) além da cicatriz de cesariana é fundamental para ampliar a vigilância clínica em gestantes consideradas de baixo risco. A análise dos casos disponíveis na literatura demonstra que condições aparentemente distintas compartilham uma via fisiopatológica comum, caracterizada pela disrupção da interface endometrial-miometrial, comprometendo a regeneração da decídua basal e favorecendo a implantação vilosa

**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceito: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

anômala (GARG et al., 2025; HAKIMI et al., 2024).

Procedimentos que violam a integridade da interface endometrial-miometrial, mesmo aqueles tradicionalmente classificados como de baixo impacto, são fatores de risco relevantes. Zhang et al. (2024) relataram um caso associado a histórico de dilatação e curetagem uterina (D&C), enquanto Okaniwa et al. (2021) destacaram a remoção manual da placenta em gestações anteriores como potencial trauma predisponente. Esses achados sugerem que qualquer agressão à junção endometrial-miometrial pode criar um nicho favorável à placentação invasiva, desafiando o fator clássico restrito a cirurgias uterinas maiores.

Fatores obstétricos e anatômicos também foram descritos como contribuintes importantes. A multiparidade associada à idade materna avançada, como no caso de uma paciente de 41 anos (G8P7) descrita por Hakimi et al. (2024), pode estar relacionada a áreas de fibrose, cicatrização subclínica ou vascularização uterina deficiente. Além disso, anomalias uterinas congênitas, como o útero bicornio observado por Vuong et al. (2022), alteram a arquitetura uterina e podem predispor a sítios de implantação placentária anômala.

Uma via sistêmica e não cirúrgica para o desenvolvimento do EPA foi proposta por Sherer et al., conforme discutido por Garg et al. (2025). Em uma paciente nulípara com aborto prévio tratado exclusivamente de forma medicamentosa, a presença de lúpus eritematoso sistêmico (LES) e o uso crônico de corticosteroides foram associados ao afinamento miometrial, sugerindo processos inflamatórios crônicos e terapias imunossupressoras podem comprometer a integridade do miométrio, criando vulnerabilidade à placentação invasiva mesmo na ausência de trauma uterino direto.

## **Manifestações Clínicas e o Desafio do Diagnóstico Diferencial**

A apresentação clínica do EPA em úteros não cicatrizados é particularmente enganosa, manifestando-se por fenótipos distintos que frequentemente resultam em atrasos críticos no diagnóstico e na intervenção. A análise comparativa dos casos revela um espectro clínico que varia desde abdome agudo cirúrgico até hemorragia pós-parto maciça e tardia (VUONG et al., 2022; GARG et al., 2025).

### **Fenótipo 1: Apresentação como Abdome Agudo Cirúrgico**

O EPA pode se apresentar como uma emergência cirúrgica não obstétrica. No caso descrito por Zhang et al. (2024), a paciente apresentou dor abdominal aguda associada a náuseas e vômitos, sendo inicialmente investigada com suspeita de ruptura hepática, em um contexto agravado por trombofilia e uso de anticoagulantes. De forma semelhante, Vuong et al. (2022) relataram um caso inicialmente diagnosticado como apendicite aguda, em cenário ainda mais complexo devido à presença concomitante de infecção do trato urinário. Em ambos os relatos, a identificação de

**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceito: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

hemoperitônio à ultrassonografia foi o principal sinal de alerta que motivou laparotomia exploradora, levando ao diagnóstico definitivo.

Esses achados reforçam a necessidade de inclusão da ruptura uterina associada ao EPA no diagnóstico diferencial de qualquer gestante com abdome agudo, mesmo na ausência de sinais obstétricos clássicos ou cicatriz uterina prévia (ZHANG et al., 2024; VUONG et al., 2022).

## **Fenótipo 2: Hemorragia Maciça Secundária à Placenta Retida**

O diagnóstico inesperado de EPA é frequentemente revelado por hemorragia pós-parto maciça. No relato de Garg et al. (2025), uma paciente sem acompanhamento pré-natal adequado apresentou falha na dequitação placentária, sendo submetida à tentativa de remoção manual, que resultou em sangramento incontrolável e choque hipovolêmico de rápida instalação. Okaniwa et al. (2021) descreveram uma apresentação ainda mais rara, caracterizada por ruptura uterina tardia no segundo dia pós-parto, após tentativa inicial limitada de remoção manual da placenta retida.

Esses casos ilustram o risco significativo associado à manipulação placentária em contextos de suspeita não reconhecida de EPA, ressaltando a importância de cautela extrema diante de placenta retida em úteros aparentemente íntegros (OKANIWA et al., 2021; GARG et al., 2025).

## **Contraste Clínico: O Valor da Suspeita Pré-natal**

Em contraste com os diagnósticos emergenciais, o caso relatado por Sherer et al., discutido por Garg et al. (2025), demonstra o impacto positivo da suspeita pré-natal. Em uma paciente nulípara de baixo risco aparente, achados ultrassonográficos como lacunas placentárias, ausência da zona hipoecoica retroplacentária e afinamento miometrial levantaram a hipótese de EPA. Essa perspicácia diagnóstica permitiu planejamento multidisciplinar do parto, sendo determinante para o manejo da hemorragia grave subsequente e para um desfecho materno favorável.

## **Estratégias de Manejo Cirúrgico e Desfechos**

A intervenção cirúrgica imediata constitui o pilar do tratamento das complicações agudas do EPA em úteros não cicatrizados. A escolha da abordagem depende fundamentalmente da estabilidade hemodinâmica materna, da extensão da invasão placentária e do grau de comprometimento uterino (GARG et al., 2025; VUONG et al., 2022).

A histerectomia periparto de emergência permanece como a estratégia mais frequentemente empregada para o controle definitivo da hemorragia e salvamento materno, sendo adotada na maioria dos casos descritos (GARG et al., 2025; OKANIWA et al., 2021; HAKIMI et al., 2024; VUONG et al., 2022). Apesar de eficaz para o controle hemostático, essa abordagem resulta em perda irreversível da fertilidade e está frequentemente associada à necessidade de transfusão maciça e suporte intensivo.



**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceite: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

A preservação uterina, por meio de reparo localizado, constitui uma opção viável apenas em situações altamente selecionadas. Zhang et al. (2024) relataram sucesso em um caso de ruptura uterina pequena e localizada ( $1 \times 2$  cm), tratado com excisão em cunha e reparo uterino, com preservação da fertilidade e evolução materno-fetal favorável. Entretanto, essa estratégia exige equipe cirúrgica experiente e disponibilidade imediata para conversão para histerectomia, não sendo indicada em casos de invasão extensa ou sangramento incontrolável.

De forma consistente, os autores destacam a necessidade de manejo em centros terciários, com equipe multidisciplinar composta por obstetras experientes, anesthesiologistas, neonatologistas, banco de sangue estruturado e unidade de terapia intensiva, como requisito essencial para enfrentar a rápida deterioração clínica característica desses casos (GARG et al., 2025; VUONG et al., 2022).

Abordagem Cirúrgica	Racional e Casos de Exemplo	Desfechos Maternos e Fetais
<b>Histerectomia Cesárea de Emergência</b>	Tratamento definitivo para hemorragia incontrolável ou ruptura uterina extensa. Utilizada na maioria dos casos (Garg, Okaniwa, Hakimi, Sherer, Vuong) como medida salvadora.	Salvadora da vida materna, mas ao custo da perda definitiva da fertilidade. Frequentemente associada à transfusão maciça de sangue. Desfechos neonatais variam, com muitos necessitando de cuidados em UTI neonatal devido à prematuridade.
<b>Preservação Uterina (Reparo Localizado)</b>	Opção viável em casos altamente selecionados: ruptura pequena e localizada, sangramento controlado e estabilidade hemodinâmica. Aplicada com sucesso no caso de Zhang et al., que apresentava uma laceração de $1 \times 2$ cm e foi tratada com excisão em cunha e reparo uterino.	Preservação da fertilidade, com boa recuperação materna e fetal no caso relatado. Exige equipe cirúrgica experiente e prontidão para conversão para histerectomia se a hemostasia falhar. Não é uma opção para danos extensos.

## Considerações Finais

A análise crítica dos casos incluídos nesta revisão sugere que o EPA em úteros não cicatrizados constitui uma entidade clínica subestimada, cuja apresentação frequentemente desafia os modelos tradicionais de estratificação de risco. Assim, a ausência de fatores de risco tradicionais induz a um baixo índice de suspeição, frequentemente culminando em diagnósticos realizados em cenários de emergência extrema, como ruptura uterina e choque hipovolêmico.

## A análise dos casos permite derivar princípios clínicos essenciais para a prática:

**Necessidade de Vigilância Clínica Aguçada:** É importante manter o EPA no diagnóstico diferencial de gestantes com dor abdominal inexplicada, hemoperitônio ou placenta retida, independentemente do histórico de cirurgia uterina. Fatores como curetagem prévia, multiparidade e comorbidades sistêmicas (ex: LES) devem elevar o grau de alerta.

**Valor Crítico da Ultrassonografia:** A avaliação ultrassonográfica detalhada da interface miométrio-placenta é uma ferramenta fundamental. Como demonstrado no caso de Sherer et al., a

**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceito: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

identificação de marcadores como lacunas placentárias e afinamento miometrial pode ser a única oportunidade para um diagnóstico pré-natal, permitindo o planejamento adequado do parto.

**Manejo Centralizado e Preparo para Emergência:** O manejo deve ser individualizado, mas invariavelmente realizado em um centro terciário. A prontidão para intervenção cirúrgica imediata, incluindo histerectomia, e a disponibilidade de protocolos de transfusão maciça são cruciais, dado o potencial de deterioração clínica rápida e imprevisível.

A base de evidências sobre EPA em úteros não cicatrizados permanece limitada a relatos de caso. A publicação contínua de casos e a condução de estudos multicêntricos são essenciais para construir um conhecimento mais robusto, refinar os critérios de risco e aprimorar os protocolos de diagnóstico e tratamento para esta grave e enganosa emergência obstétrica.

## Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Placenta accreta spectrum*. Obstetric Care Consensus, n. 7. Obstetrics & Gynecology, v. 132, n. 6, p. e259–e275, 2018.

COLLINS, S. L. et al. *Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 220, n. 6, p. 511–526, 2019.

FIGO. *FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 140, n. 3, p. 281–290, 2018.

FNON, N. F. et al. *Placenta percreta in primigravida with unscarred uterus: a case report*. Clinical Case Reports, v. 12, n. 1, e8632, 2024.

GARG, P. et al. *Unexpected placenta accreta spectrum in an unscarred uterus causing catastrophic post-partum hemorrhage: a case report and review of the literature*. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 25, p. 48, 2025.

GARG, R. et al. *Placenta accreta in an unscarred uterus presenting as postpartum hemorrhage*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, v. 42, n. 11, p. 1586–1589, 2016.

HAKIMI, H. M. H. et al. *Placenta accreta spectrum in normal situated placenta and unscarred uterus*. Oman Medical Journal, v. 39, n. 3, e520, 2024.

JAUNIAUX, E. et al. *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.

JAUNIAUX, E.; BERMAN, J.; BURTON, G. J. *Pathophysiology of placenta accreta spectrum disorders*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, v. 79, p. 1–13, 2022.

OKANIWA, A. et al. *Delayed uterine rupture caused by placenta percreta in an unscarred uterus*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, v. 46, n. 9, p. 1795–1799, 2020.

OKANIWA, J. et al. *Postpartum unscarred uterine rupture caused by placenta accreta: a case report and literature review*. Clinical Case Reports, v. 9, n. 3, p. 1429–1433, 2021.





**VI, v.1 2026 | submissão: 30/01/2026 | aceito: 01/02/2026 | publicação: 03/02/2026**

SHERER, D. M. et al. *Extensive fundal placenta accreta spectrum in a nulliparous patient with an unscarred uterus and systemic lupus erythematosus*. Radiology Case Reports, v. 18, n. 10, p. 3630–3635, 2023.

SILVER, R. M. et al. *Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries*. Obstetrics & Gynecology, v. 107, n. 6, p. 1226–1232, 2006.

VUONG, A. D. B. et al. *Placenta accreta spectrum on an unscarred uterus in the third-trimester pregnancy: two rare cases*. International Journal of Surgery Case Reports, v. 99, 107633, 2022.

ZHANG, L. et al. *Spontaneous rupture of an unscarred uterus at the early third trimester due to placenta percreta: a case report*. Journal of International Medical Research, v. 52, n. 2, 3000605243939744, 2024.

ZHANG, X. et al. *Spontaneous uterine rupture due to placenta percreta in an unscarred uterus*. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 18, p. 1–5, 2018.