

Placenta previa con clínica y hallazgos quirúrgicos de abrupcio placentae

J.R. de Miguel, M^a.T. Escudero, Y. Jubete, D. Cuevas

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una gestante de 34+4 semanas de edad gestacional diagnosticada de placenta previa marginal, que estando hospitalizada debuta de forma súbita con hemorragia vaginal, taquisistolia y contractura uterina con frecuencia cardíaca fetal patológica. Ante el diagnóstico probable de abrupcio placentae se realiza una cesarea de urgencia observando un desprendimiento superior al 60% de la superficie placentaria. El interés de este caso radica a nuestro entender en la baja frecuencia con la que se observa un desprendimiento placentario como forma clínica que complica y agrava el pronóstico materno-fetal de la placenta previa.

Palabras clave: Placenta previa. Abrupcio placentae

SUMMARY

We present the clinical case of a pregnant woman of 34 + 4 weeks of gestational age diagnosed of marginal placenta previa, that being hospitalized, has of sudden form with vaginal hemorrhage, tachysistolic and uterine contracture with pathological fetal cardiac frequency . Before the probable diagnosis of abrupcio placentae is made a cesarea of urgency observing a loosening superior to 60% of the placenta surface. In our opinion, the interest of this case is in the low frequency which a placenta detachment is observed as clinic form that complicate and aggravates the maternal-fetal prognostic of the placenta previa.

Key words: Placenta Previa. Abrupcio Placentae

Correspondencia: Dr. José Ramón de Miguel
Universidad de Cantabria. Facultad de Medicina
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Avda. Valdecilla s/n
39008 Santander

INTRODUCCIÓN

La placenta previa se observa en el 0,5% de los embarazos (1). Clínicamente se caracteriza por una hemorragia de la 2ª mitad de la gestación, que en ausencia de ecografía, puede plantear un diagnóstico diferencial con el desprendimiento placenta normalmente inserta (*Abruptio placentae*), hematoma decidual marginal (antes rotura del seno marginal), rotura uterina, hemorragia por rotura de vasos previos y patología del tracto genital inferior. (1, 2, 3, 4).

El mecanismo de la hemorragia de la placenta previa es diferente según se produzca durante la gestación (tracción de las membranas y despegamiento placentario: *mecanismo* de Pinard; elongación del segmento uterino inferior: *mecanismo* de Jacquemier) o durante el parto (*retracción miometrial: mecanismo de Schroeder*) (4).

Sin embargo existen formas clínicas complicadas y poco frecuentes de la placenta previa que cursan con clínica de *abruptio placentae*. Por el interés obstétrico y su escasa frecuencia se presenta el caso de una gestante con diagnóstico de placenta previa marginal, que estando ingresada y después de un tratamiento conservador de un mes, debuta de forma súbita con una clínica de *abruptio placentae*, diagnóstico que se confirmó en la cesárea.

CASO CLÍNICO

Secundigesta de 28 años sin antecedentes obstétricos ni médicos de interés. En la ecografía de diagnóstico prenatal (18-20ª semana) se realizó el diagnóstico de placenta posterior previa marginal. Permanece asintomática hasta la 30+1 semana de edad gestacional, momento en el que acude a nuestro Servicio por hemorragia vaginal. Al ingreso en el hospital se comprueba por ecografía que existe una placenta previa marginal posterior, visualizándose en cara anterior un despegamiento corioamniótico, con hematoma de 48x25 mm. No se observa desprendimiento placentario. La biometría fetal corresponde a 29 semanas y el peso fetal estimado es de 1300 g. El índice de líquido amniótico (ILA) es normal y el cérvix está acortado (24 mm) y cerrado (fig 1 y 2). La velocimetría Doppler en arterias uterinas y umbilicales es normal. El cardiotocograma basal era reactivo, sin dinámica. Hospitalizada, se adopta la conducta estándar para esta patología que incluye: a) Reposo; b) Tocolisis si es necesario; c) Maduración pulmonar; d) CTGB cada 12-24 horas; e) Ecografía periódica; f) Hemograma semanal y aporte de hierro diario; g) Dieta rica en fibra i) Eventual amniocentesis para indagar madurez pulmonar fetal. Por último y de forma diaria, constantes maternas, anamnesis (dolor, hemorragia, movimientos fetales) y palpación uterina.

Al observar que existía un hematoma en cara an-



Figura 1: Ecografía. Placenta previa posterior marginal



Figura 2: Ecografía. Despegamiento corioamniótico y hematoma en cara anterior de 48 x 25 mm

terior por despegamiento corioamniótico se desestiman los simpaticomiméticos y se administra indometacina a dosis de 100 mg/24 horas durante 7 días. Posteriormente (31+1 semanas) se suprime la indometacina y se realiza una ecografía que demuestra la desaparición del hematoma, pero detecta un ILA de 3,6 y un índice de pulsatilidad (TP) del Ductus que es inferior a 2. No existen signos de insuficiencia tricuspídea. La placenta en cara posterior permanece previa y marginal. Se repite ecografía en 3 días (31+4 semanas), observando un ascenso del ILA (5,6) y del IP del Ductus que es superior a 2 (ausencia de vasoconstricción).

Clinicamente se mantiene sin hemorragia ,pero con una actividad uterina irritativa por lo que como tocolítico se administra nifedipina (10 mg/ 8 horas, vía oral). Los CTGB realizados cada 12-24 horas son reactivos y no demuestran actividad uterina. A los 15 días (33+4 semanas) se repite la ecografía, demostrando una biometría fetal de 31-32 semanas, placenta previa oclusiva, ILA de 7,2 y velocimetría Doppler en arteria umbilical y uterina normal. Clínicamente está estable, y sin hemorragia.

En la semana 34 +4, el CTGB realizado a primera hora de la mañana es reactivo, sin dinámica (Fig 3), y el útero esta relajado, y no es doloroso. No existe hemorragia. Ese mismo día, a última hora de la mañana, se inicia de forma súbita una hemorragia escasa de color oscuro, con sensación contráctil dolorosa. Es el primer episodio hemorrágico durante el mes que la paciente ha estado ingresada. Se realiza de inmediato un CTGB (Fig 4-5), observando deceleraciones tardías con taquicardia y posteriormente bradicardia. La dinámica uterina presenta una frecuencia contráctil de 8 contracciones /10 mn y se diagnostica de hiperdinamia con taquisistolia. El útero está contracturado y se observan coágulos en vagina. Ante la sospecha de abrupcio placentae se indica cesarea urgente, extrayendo un feto mujer de 1860 g, con test de Apgar de 5-5-7, observando un 60% de la superficie placentaria desprendida, con abundantes coágulos. El postoperatorio transcurre con normalidad, y el puerperio es apirético. La recién nacida evoluciona normalmente, y es dada de alta a los 24 días con 2.430 g de peso.

DISCUSIÓN

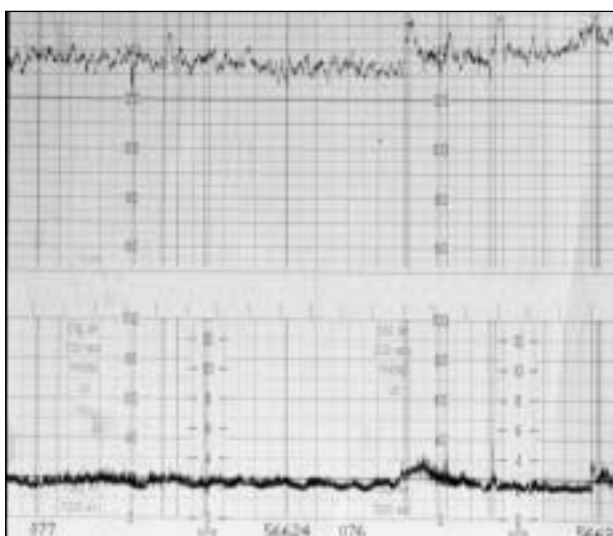


Figura 3: Cardiotocograma basal reactivo. No dinámica uterina.

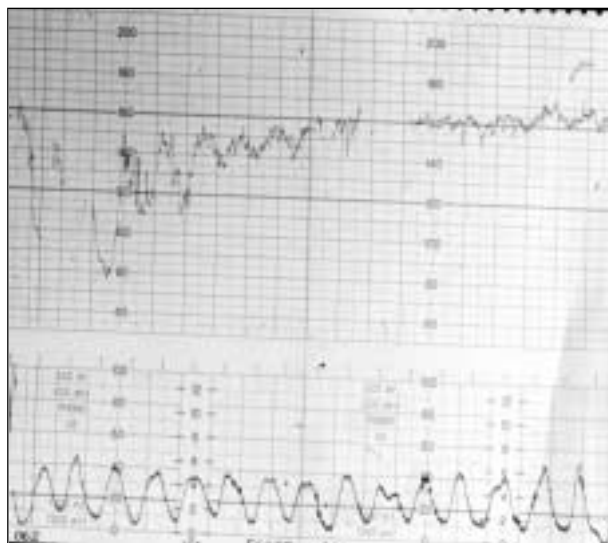


Figura 4: Taquisistolia. Deceleraciones tardías. Taquicardia leve

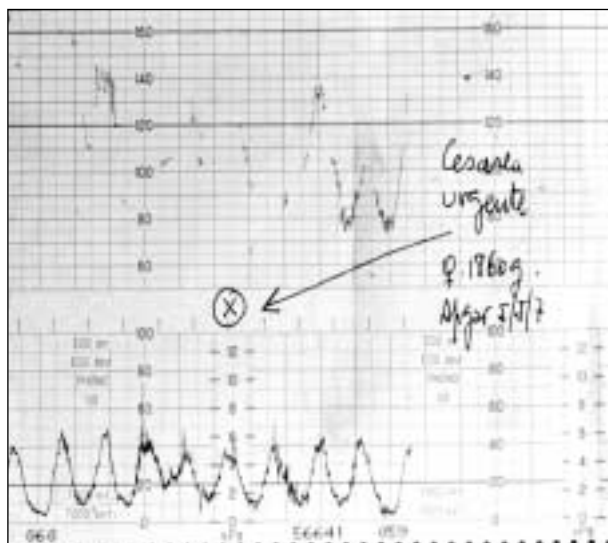


Figura 5: Bradicardia. Deceleraciones tardías. Se indica cesarea.

La presencia de abrupcio placentae en una gestante con placenta previa, supone una forma clínica complicada de esta patología. Se estima que puede aparecer en el 0,8%-10,9% de todas las placentas previas (3, 5). Es posible que determinados casos de placenta previa se asocien a un hematoma decidual marginal (6). Sin embargo es todavía más infrecuente la asociación de placenta previa y hematoma decidual basal, que es el caso que comunicamos en este trabajo. Obviamente en estos casos el pronóstico fetal es grave, con tasas de mortalidad perinatal del 60-80%. Sólo una cesarea urgente puede salvar al feto. El pronóstico materno también se agrava (1, 5).

En este caso al principio de la estancia hospitalaria se detectó un despegamiento corioamniótico en cara anterior, que desapareció en la siguiente ecografía. No existía en su historia ningún factor etiológico de Abruption placentae (Tabla 1), a excepción de la ubicación placentaria (placenta previa posterior), considerada por Stallworthy como una forma particularmente peligrosa (4), al relacionarse con una mayor tendencia hemorrágica. Puede considerarse también como factor predisponente del desprendimiento placentario, el despegamiento corioamniótico que se detectó al inicio de la hospitalización.

El interés de este caso radica en dos aspectos clínicos que creemos útiles en la práctica diaria. En primer lugar la *rareza de asociación de ambas patologías*, lo que puede conducir a no considerar la posibilidad de un abrupción placentae en una gestante con placenta previa. En segundo lugar la *aparición súbita* de la hemorragia e hiperdinamia, clínica sugestiva de abrupción placentae. Compárese la Figura 3 y la Figura 4-5. Medianamente 6 horas entre estos registros cardiotocográficos. La aparición súbita de la hemorragia placentaria con contractura uterina es típica de un desprendimiento, pero llama la atención que el cuadro debuta casi después de un mes de hospitalización, motivo que apoya el ingreso hospitalario en gestantes con placenta previa y mantenerlo hasta el momento del parto. Existen discrepancias en la literatura referente a los criterios y duración de la hospitalización. Así mientras algunos autores creen conveniente mantener la hospitalización hasta el parto (7, 8), ya que observan menos complicaciones y un mejor resultado perinatal, otros (9, 10) consideran que el regreso al domicilio no se acompaña de ningún efecto negativo materno y perinatal. Es impor-

tante el estudio de Wing et al (11), en el que observan que manteniendo una conducta ambulatoria, no hospitalaria, de gestantes con placenta previa, si bien hubo un importante ahorro por paciente (15000 dólares por cada gestante), el 62% de las gestantes tuvieron que reingresar por hemorragia y en el 52,8% hubo que realizar una cesarea urgente.

Nuestro criterio es favorecer y mantener el ingreso hospitalario hasta el momento del parto, ya que no existen criterios que permitan identificar a la paciente que va a presentar una hemorragia grave (12). Pero si la paciente solicita el alta y siempre que existan condiciones favorables (médicas, familia, vivienda, fácil comunicación con el hospital, traslado al hospital en 15 minutos) se individualiza la conducta, previa información y advertencia de posibles riesgos y con el consentimiento escrito de la paciente. En el presente caso al producirse el desprendimiento de la placenta estando la gestante hospitalizada se pudo adoptar una conducta activa en beneficio materno y fetal.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Boog G:** Placenta praevia. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris).Obstetrique, 5069-A-10,1 26, 1996.
2. **Uzan M:** Hematome retroplacentaire. *Encycl Med Chir* (Elsevier,Paris),Obstetrique, 5071-A-10,1-10, 1995.
3. **Groseux P, Leduc JP, Rouchy R:** L'insertion basse du placenta.*Rev Fr Gynecol*, 65,83-93, 1970.
4. **Usandizaga JA:** Placenta previa. In Usandizaga JA y De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología (I), *McGraw-Hill Interamericana S.A.* Madrid, 279-287, 1997.
5. **Hibbard LT:** Placenta previa.*Am J Obstet Gynecol*, 104,172-184, 1969.
6. **Iyasu SS, Saftias AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK:** The epidemiology of placenta previa in the United States,1979 through 1987. *Am J ObstetGynecol*, 168,1424-1429, 1993.
7. **D' Angelo LJ, Invin L:** Conservative management of placenta previa: a cost-benefit analysis *Am J Obstet Gynecol*, 149,320-326, 1984.
8. **Lavery JP:** Placenta previa. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 3,403-409, 1990.
9. **Mouer JR:** Placenta previa: antepartum conservative management,in patient versus outpatient. *Am J Obstet Gynecol*, 170,1683-1686, 1994.
10. **Droste S, Keil K:** Expectant management of placenta previa: cost-benefit analysis of outpatient treatment. *Am J Obstet Gynecol*,170,1254-1257, 1994.
11. **Wing DA, Paul RH, Millar LK:** Management of symptomatic placenta previa: A randomized controlled trial of in-patient versus out-patient expectant management. *Am J Obstet Gynecol*,174,305, 1996.
12. **Tejerizo LC, Corrdera F, Teijelo A, Cardeñoso L, Perez JA:** Asistencia al embarazo y parto con placenta previa. In Fabre E: Manual de asistencia a la patología obstétrica, *INO Reproduccines S.A;* Zaragoza, 831-862, 1997.

Tabla 1
ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE
ABRUPTIO PLACENTAE. (1, 2, 4)

- 1.-Edad superior a 30 años
- 2.-Multiparidad
- 3.-Hipertensión inducida o crónica
- 4.-Traumatismo, técnicas invasivas, versión
- 5.-Aspirina (*)
- 6.-Cocaína
- 7.-Tabaco y alcohol
- 8.-Rotura prematura de membranas
- 9.-Cordón corto. Evacuación de un hidramnios
- 10.-Determinadas anomalías de la coagulación
- 11.-Hiperdinamia e hipertonia uterina

(*).No existe evidencia en los artículos publicados. Este aspecto debe seguir siendo objeto de investigación y posterior control.(2)