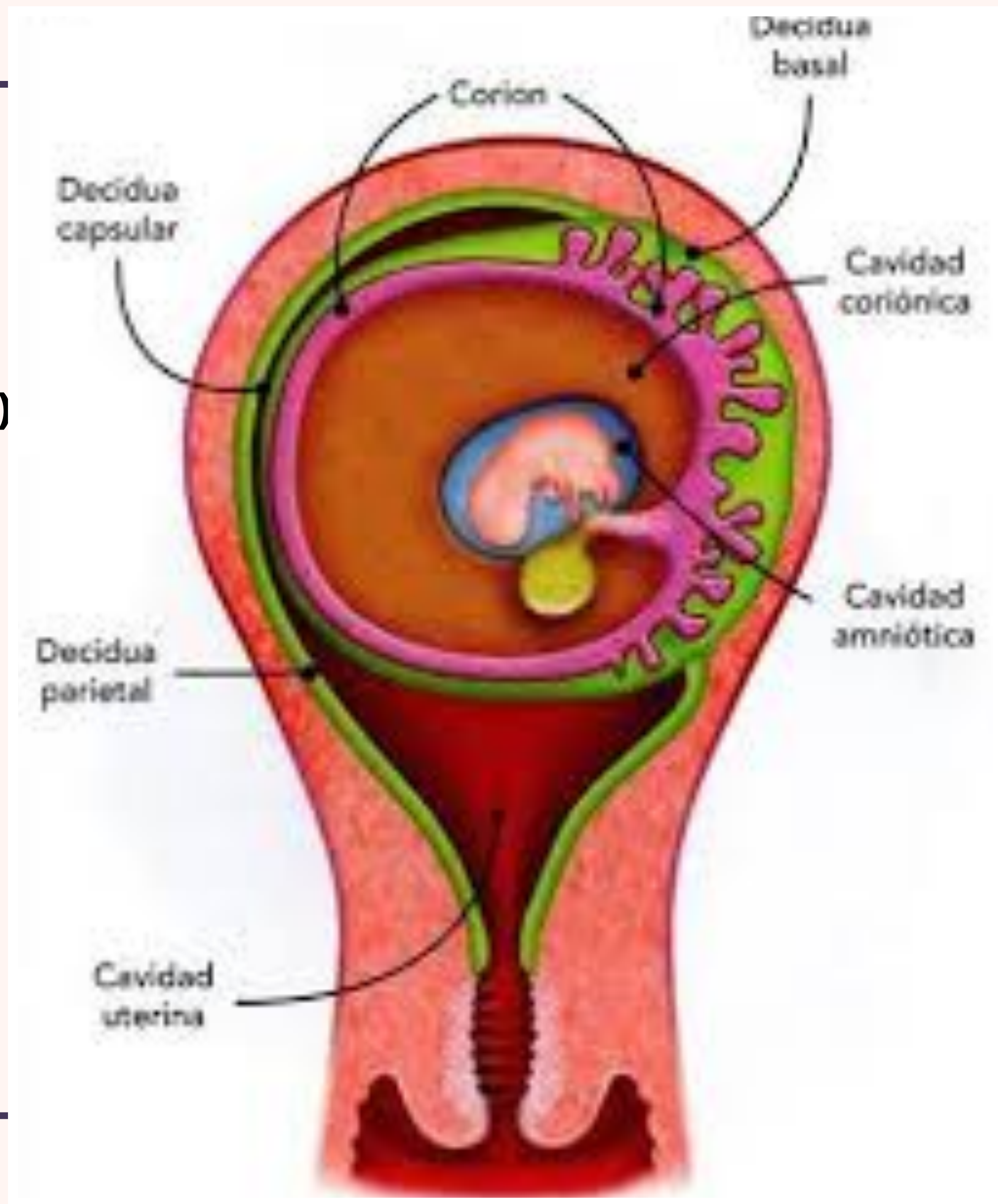

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA.

Miguel Velásquez Celaya.

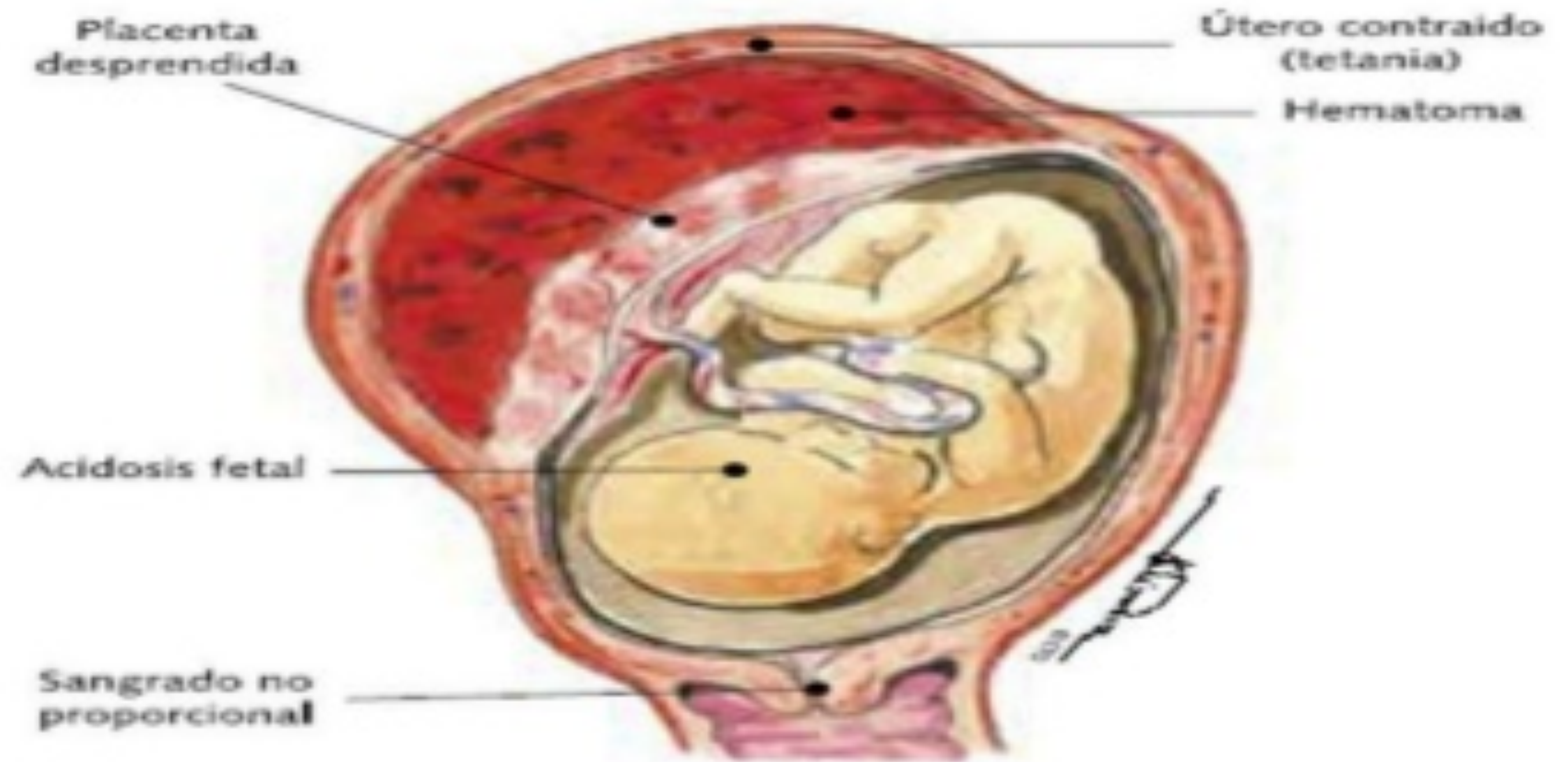
El desprendimiento de la placenta se inicia por una hemorragia en la decidua basal (endometrio gravídico)

La decidua luego se divide, dejando una capa delgada adherida al miometrio.

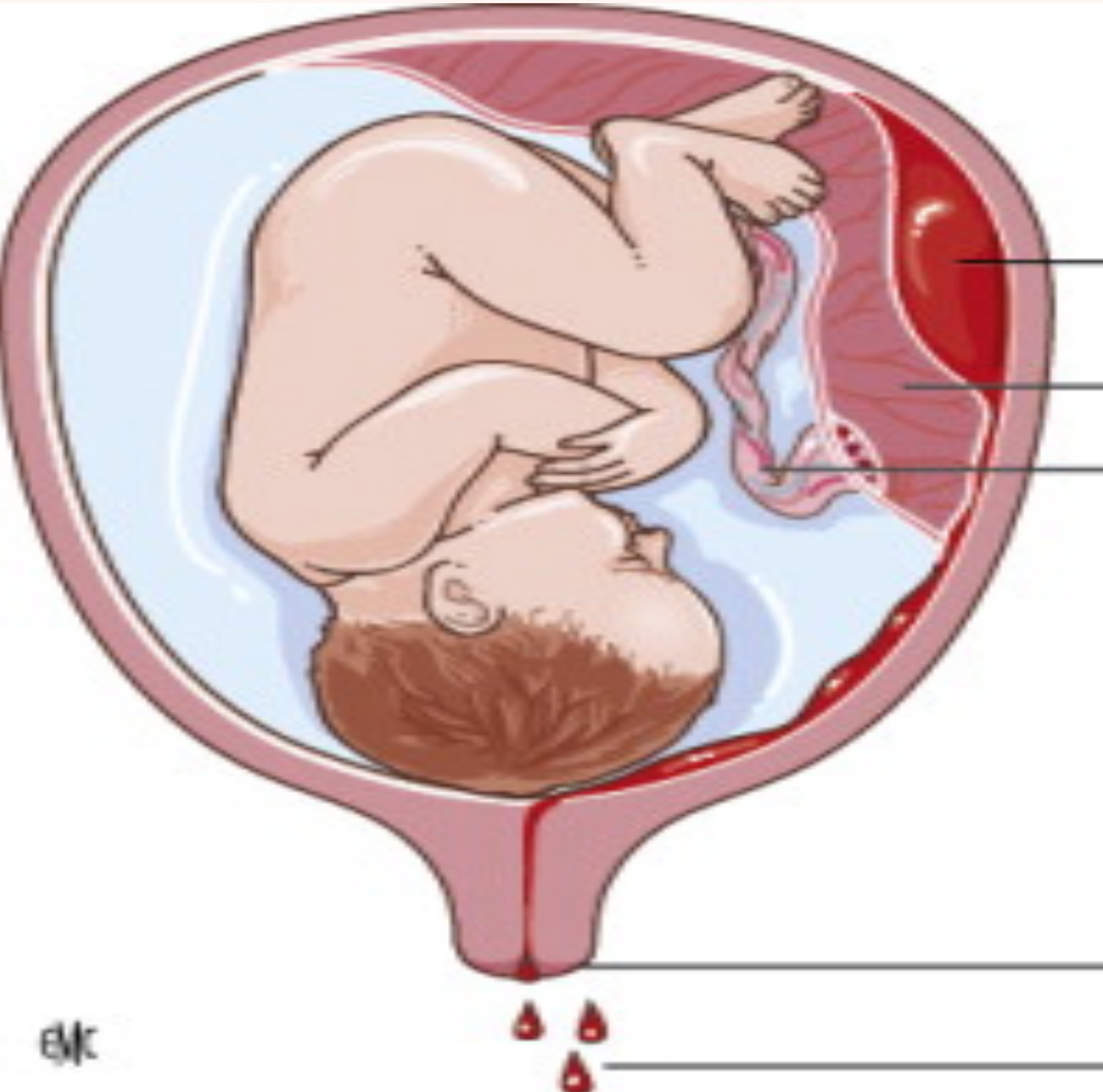
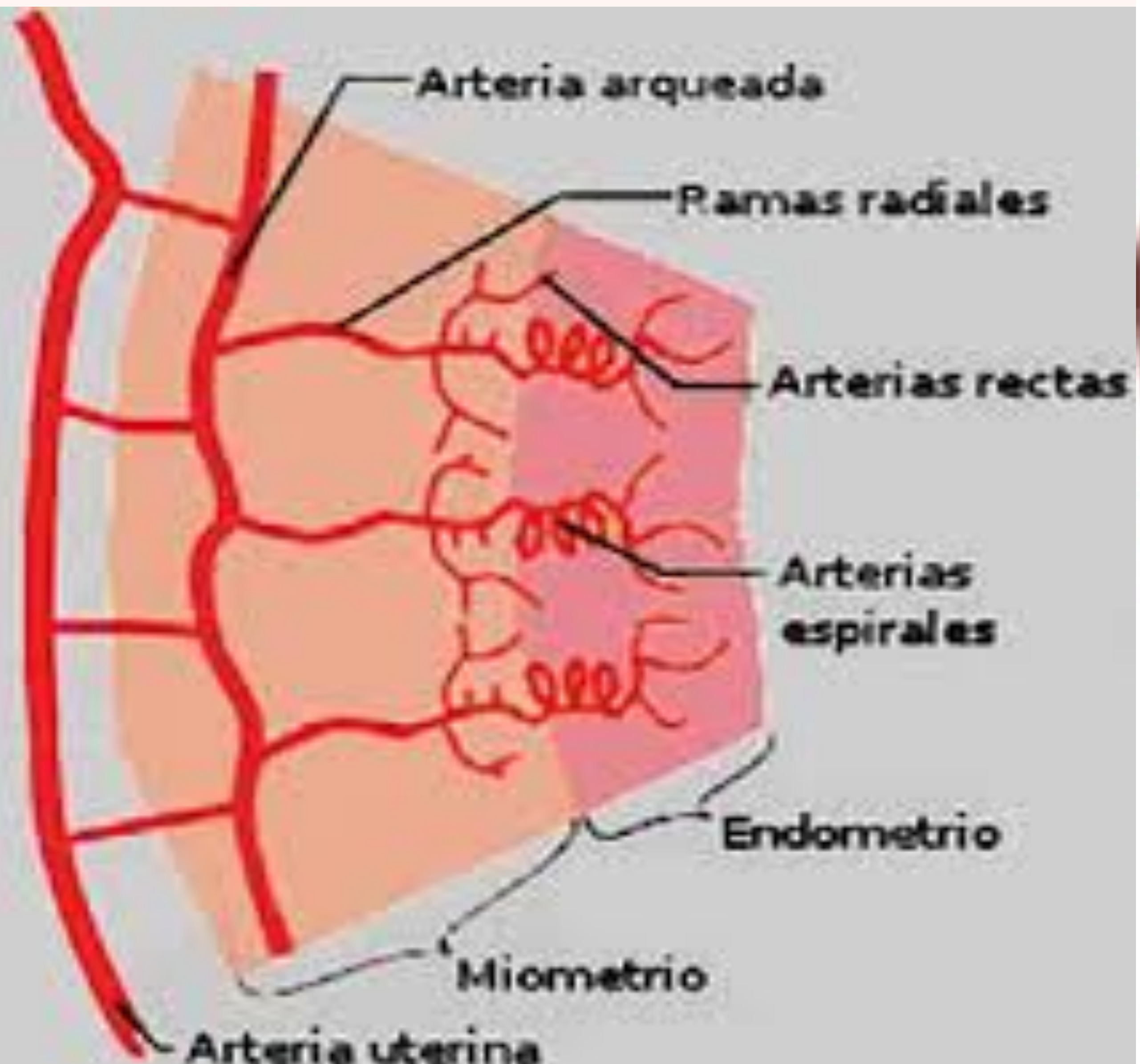


En consecuencia, el proceso comienza como un hematoma decidual y se expande para causar la separación y la compresión de la placenta adyacente.

Desprendimiento Prematuro Placenta



El desprendimiento probablemente comienza con la ruptura de una arteria espiral decidual y luego un hematoma retroplacentario en expansión.



En las primeras etapas de desprendimiento de la placenta, los *síntomas clínicos pueden estar ausentes*.

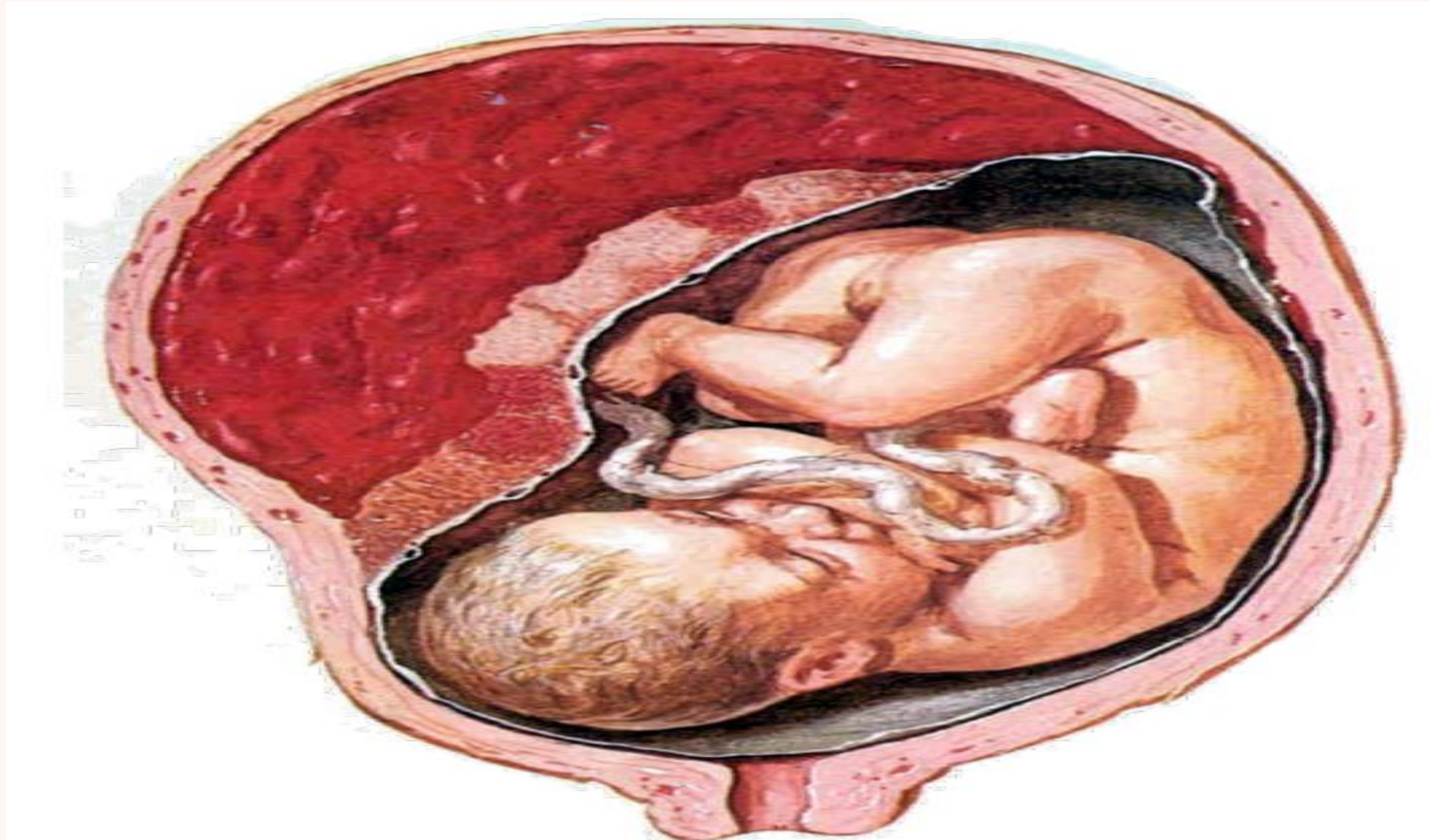
Incluso con sangrado continuo y separación placentaria, el desprendimiento de la placenta puede ser total o parcial.

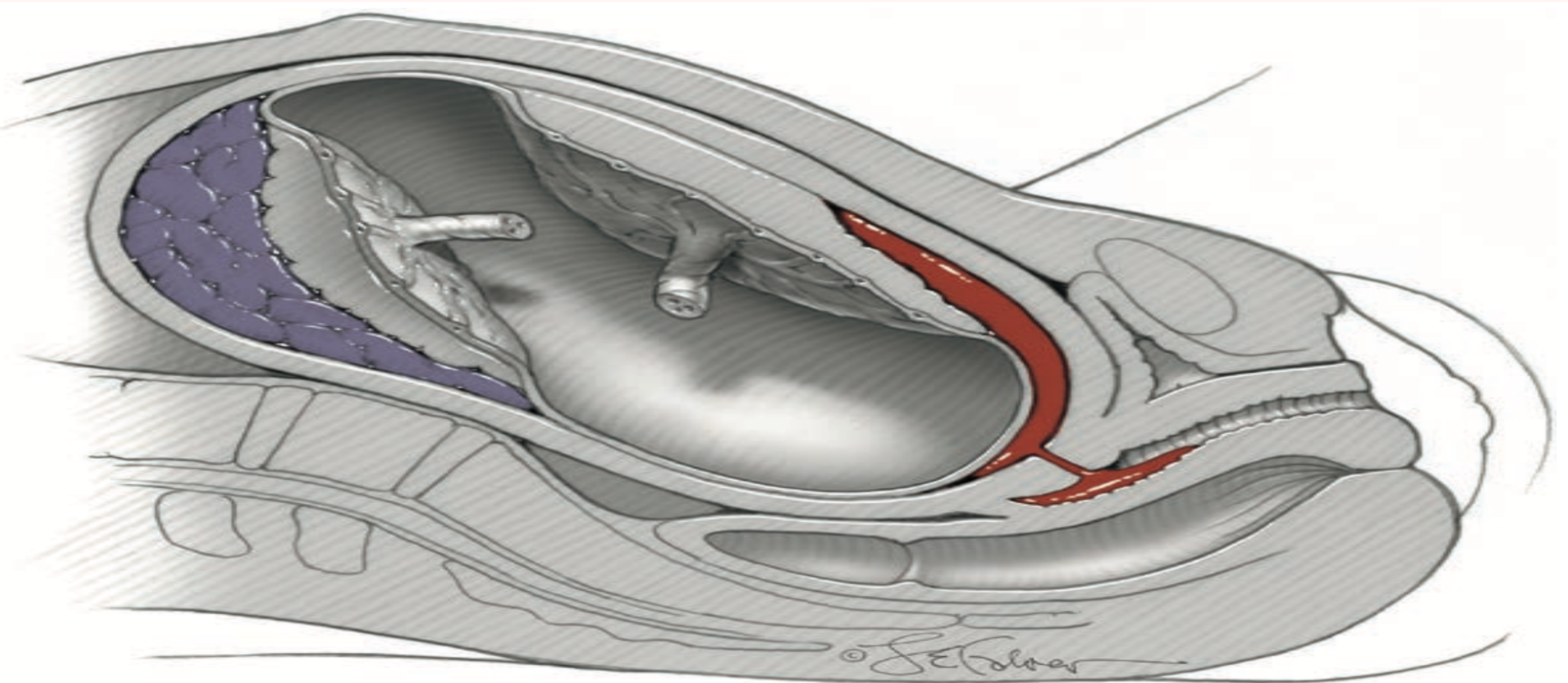
El sangrado generalmente se insinúa entre las membranas y el útero, y finalmente se escapa por el cuello uterino para causar una hemorragia externa.



Con menos frecuencia, la sangre se retiene entre la placenta desprendida y el útero, lo que lleva a *hemorragia oculta* y retraso en el diagnóstico.

Este retraso se traduce en mayores riesgos maternos y fetales.





Esquema de desprendimiento de placenta.

Se muestra a la izquierda un desprendimiento placentario total con hemorragia oculta.

A la derecha hay un desprendimiento parcial con sangre y coágulos que se diseccionan entre las membranas y la decidua al orificio cervical interno y luego se introducen externamente en la vagina.

FACTORES DE RIESGO.

Factor de riesgo

Desgarro previo

Mayor edad y paridad

Preeclampsia

Hipertensión crónica

Corioamnionitis

Roturas prematuras de
membranas

Gestación multifetal

Bajo peso al nacer

Hidramnios

Fumar cigarrillos

Arteria umbilical única

Consumo de cocaína

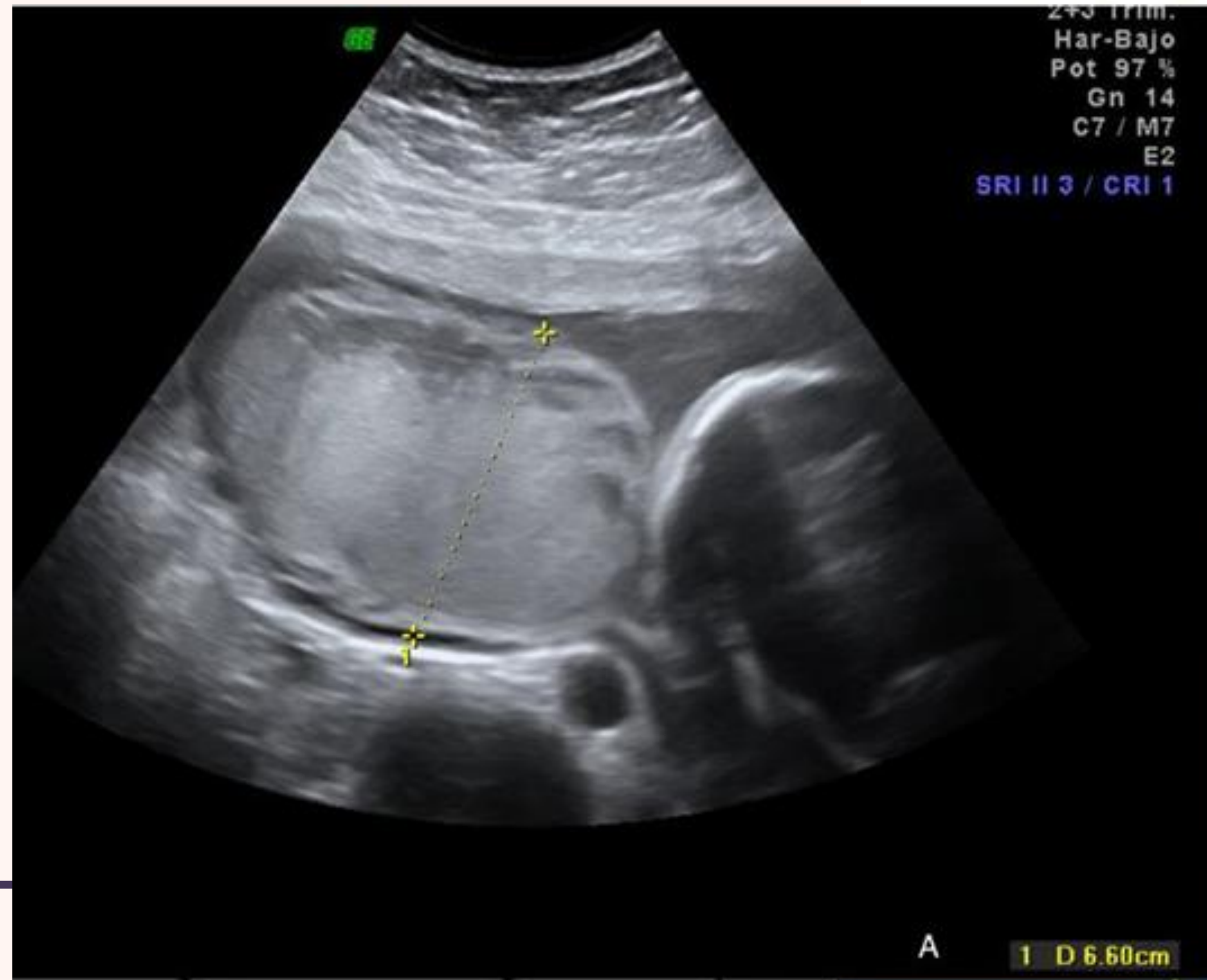
Leiomioma uterino

- Edad maternal mayor de 35 años.
- Cicatrices uterinas previas (legradas, procedimientos de aspiración manual uterina, cesáreas, miomectomias).

HALLAZGOS CLÍNICAS.

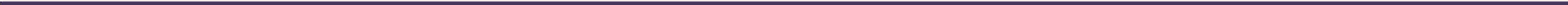
La mayoría de las mujeres con desprendimiento de la placenta tienen:

- Dolor abdominal repentino.
- Sangrado vaginal.
- Sensibilidad uterina.
- Dolor de espalda.



El diagnóstico diferencial no suele ser tan sencillo.

El dolor por desprendimiento puede imitar el trabajo de parto normal



MANEJO.

- **El tratamiento de la mujer con desprendimiento de la placenta varía según el estado *clínico*, la edad gestacional y la cantidad de hemorragia asociada.**
- **Con un feto vivo en edad viable y un parto vaginal no inminente, la mayoría elige el parto por cesárea de emergencia.**
- **Si el feto ha muerto o si no se considera lo suficientemente maduro como para vivir fuera del útero, es preferible el parto vaginal.**

- 1. Hospitalización.**
 - 2. Permeabilizar una o más vías parenterales.**
 - 3. Resolución qx inmediato.**
-

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años de edad, remitida a nuestro servicio desde otro centro, donde había acudido por abdominalgia de 1 día de evolución, a las 25,3 semanas de gestación por una rotura prematura de membranas (RPM).

Refiere ser hipertensa y fumadora, pero dejó de fumar antes del embarazo.

Las ecografías y analíticas practicadas hasta ese momento eran normales.

Como antecedentes obstétricos destacan una cesárea (incisión transversal) 2 años antes, a las 28 semanas de gestación por riesgo de pérdida del bienestar fetal y un aborto espontáneo previo.

A la exploración presenta abdomen ligeramente doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y en el tacto vaginal se aprecia cuello uterino acortado un 20% y cerrado.

La paciente refiere pérdida de líquido por genitales externos, que se confirma con el espéculo con el que se observa salida de líquido amniótico claro a través del cérvix.

En la ecografía abdominal se observa feto único con latido cardíaco positivo, biometrías de 26 semanas, placenta anterior normoinserta y líquido amniótico en cantidad normal.

Al tratarse de una RPM pretérmino de 25 semanas, se deriva a nuestro centro previa administración de una dosis de betametasona 12 mg intramuscular.

En el momento del ingreso la paciente refiere aumento importante del dolor abdominal y pérdida hemática por vagina, no muy abundante.

A la inspección se objetiva palidez mucocutánea, sudoración profusa y las constantes son normales.

En la ecografía abdominal se objetiva oligoamnios severo, feto con latido cardíaco positivo.

¿CUÁL ES EL DIAGNOSTICO?

Desprendimiento prematuro de placenta.

En el tacto vaginal se aprecia cérvix uterino acortado un 50%, permeable un dedo y cefálica insinuada.

Se indica cesárea urgente por sospecha de desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI).

En el momento quirúrgico se objetiva hemoperitoneo y rotura uterina en la cicatriz anterior, se observa placenta desprendida que sobresale por la rotura uterina al igual que lo hacen pequeñas partes fetales.

Se realizan lavados peritoneales eliminando toda la sangre libre peritoneal.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

- **Mayor de 35 años.**
 - **Aborto previo.**
 - **Hipertensa.**
 - **Fumadora.**
-

Nace niño vivo de 679 g.

Apgar 2-5-7, que precisa reanimación intensa y que ingresa en la unidad de cuidados intensivos neonatales por prematuridad extrema.

¿CUÁLES SON ALGUNOS DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS?

- **Dolor abdominal repentino.**
 - **Sangrado vaginal.**
 - **Sensibilidad uterina.**
 - **Dolor de espalda.**
-