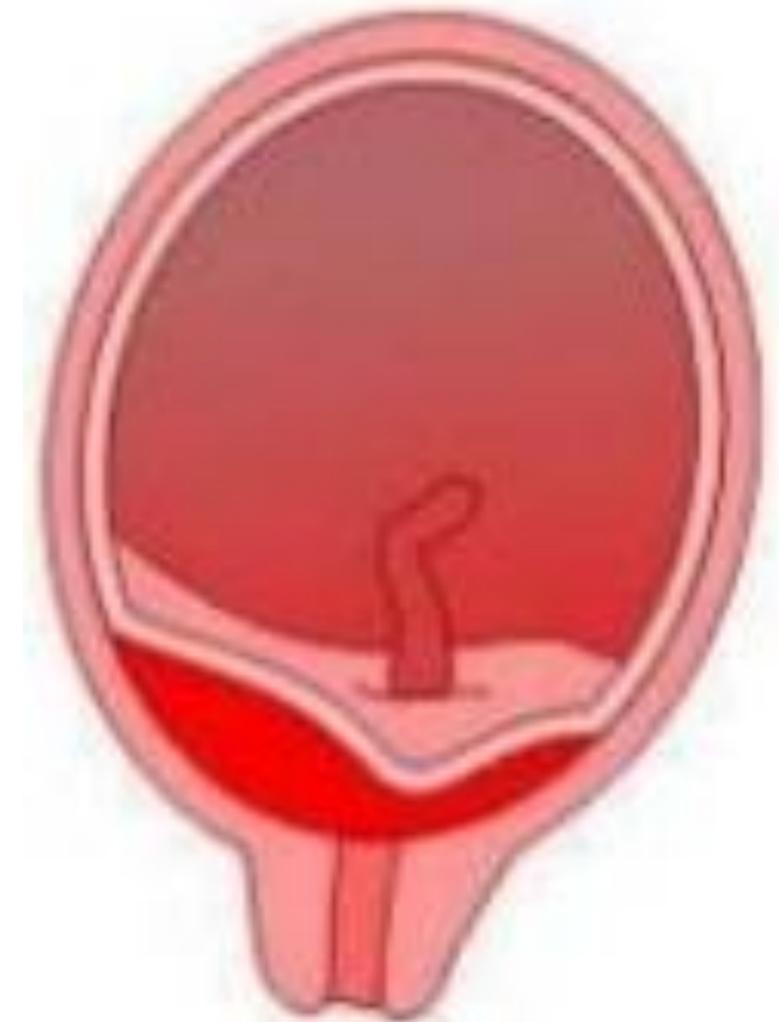
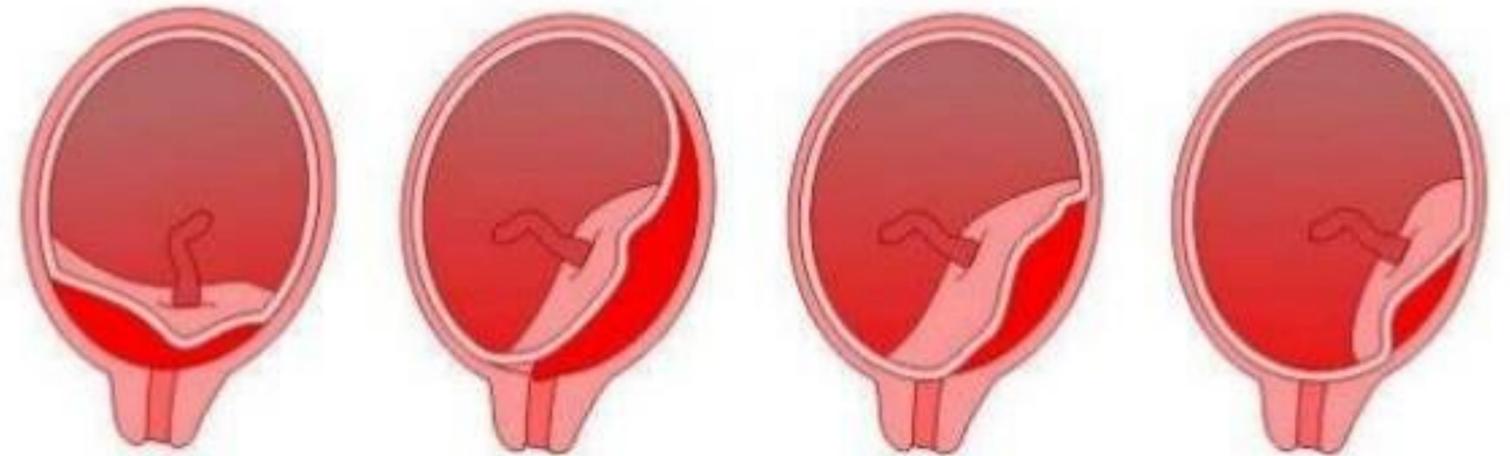


PLACENTA PREVIA



DEFINICIÓN

SE DENOMINA PLACENTA PREVIA CUANDO ESTA SE IMPLANTA EN UN LUGAR ANÓMALO: EN EL SEGMENTO UTERINO INFERIOR DEL ÚTERO, YA SEA TOTAL O PARCIALMENTE, DE MODO TAL QUE LIMITA LAS DIMENSIONES DE ESTA REGIÓN, OBSTRUYENDO EL ORIFICIO CERVICAL INTERNO Y DIFICULTANDO LA SALIDA DEL FETO



CLASIFICACIÓN

SEGÚN LA POSICIÓN DE LA PLACENTA CON RELACIÓN AL ORIFICIO CERVICAL INTERNO SE DISTINGUEN 4 CLASES DE PLACENTA PREVIA;

PP. TOTAL



GRADO IV : CUANDO LA PLACENTA OCLUYE TODO EL OCI. ES EL MAS COMÚN

CLASIFICACIÓN

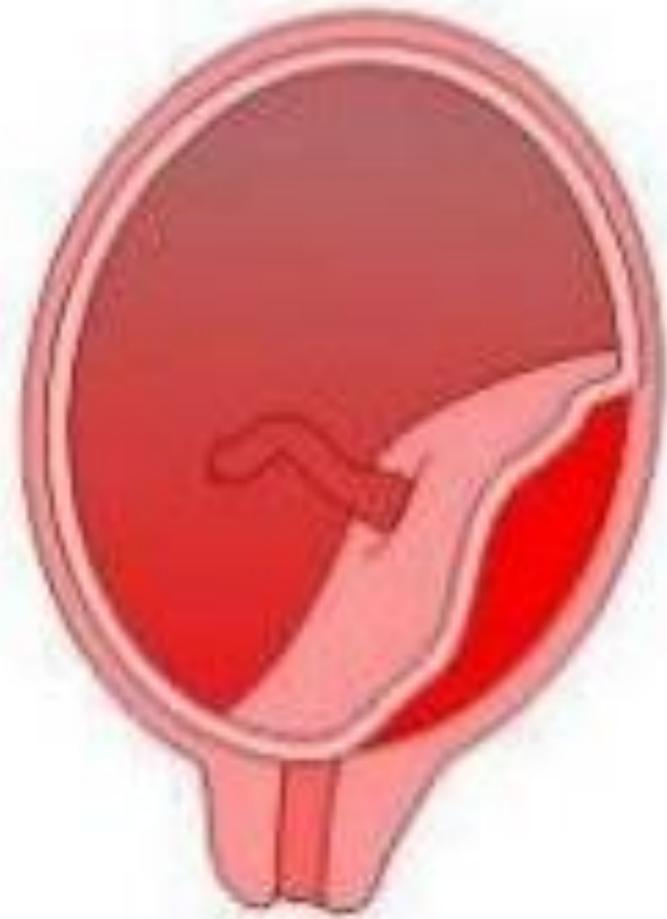
PP. PARCIAL



GRADO III : CUANDO LA PLACENTA
OCLUYE SÓLO UNA PARTE DEL OCI.

CLASIFICACIÓN

PP. MARGINAL



GRADO II : EL BORDE DE LA PLACENTA
COINCIDE CON EL OCI, PERO SIN ASOMAR
POR ÉL.

CLASIFICACIÓN

PP. INSERCIÓN BAJA



GRADO I : 0 LATERAL, CUANDO EL BORDE DE LA PLACENTA SE HALLA A 2 CM DEL OCI

ETIOPATOGENIA

EXISTEN 3 TEORIAS:

1. CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL TROFOBLASTO

NORMAL: FONDO UTERINO

PRECOZ: IMPLANTA EN LA TROMPA

RETARDADA: SE IMPLANTA EN SEGMENTO INFERIOR (PLACENTA PREVIA)

MUY RETARDADA: NO HAY IMPLANTACIÓN (ABORTO OVULAR)

ETIOPATOGENIA

EXISTEN 3 TEORIAS:

2. CAPACIDAD DE RECEPCIÓN DEL ENDOMETRIO

- CAPACIDAD INSUFICIENTE DE LA DECIDUA DEL FONDO UTERINO: EL HUEVO SE IMPLANTA DIRECTAMENTE EN EL SEGMENTO INFERIOR (PLACENTA PREVIA)
- CAPACIDAD INSUFICIENTE DE LA DECIDUA: EL HUEVO SE IMPLANTA EN EL CUERPO, PERO PARA CUMPLIR SU FUNCIÓN SE EXPANDE ALCANZANDO EL SEGMENTO INFERIOR (PLACENTA PREVIA)
- SI LA DECIDUA DEL FONDO UTERINO ESTA INDEMNE, LA IMPLANTACIÓN OCURRE A ESTE NIVEL, PERO, SI EXISTE ALGUNA ALTERACIÓN A ESTE NIVEL, LA PLACENTA SE EXTIENDE HACIA EL SEGMENTO INFERIOR BUSCANDO MEJORES ZONAS DONDE IMPLANTARSE.

ETIOPATOGENIA

EXISTEN 3 TEORIAS:

3. TEORÍA DE HOFNEIR

SI LA DECIDUA DEL FONDO UTERINO ES NORMAL, EL PRODUCTO SE IMPLANTA A ESE NIVEL, DONDE HIPERTROFIA SUS VELLOSIDADES, DANDO ORIGEN A LA PLACENTA, MIENTRAS QUE EL RESTO DE VELLOSIDADES SE ATROFIAN PARA CONSTITUIR EL CORION LISO. PERO, SI LA DECIDUA PRESENTA ALGUNA ALTERACIÓN, LAS VELLOSIDADES DESTINADAS A ATROFIARSE NO LO HARÁN, POR LA CONSIGUIENTE UBICACIÓN INFERIOR DE LA PLACENTA.

- Gran Multípara
- Mayor de 35 años
- Antecedente de: legrado uterino, endometritis, cesárea, miomectomía.
- Periodo inter genésico corto
- Placenta grande o anormalmente insertada.
- Tumores uterinos

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

ANATOMIA PATOLÓGICA

PLACENTA DE BORDES IRREGULARES, MAS GRANDE Y DELGADA DE LO NORMAL
COTILEDONES ABERRANTES MAS FRECUENTES Y MEMBRANAS MUY FRIABLES
CORDÓN UMBILICAL EXCENTRICO

LA PP SE ASOCIA A ACRETISMO PLACENTARIO EN UN 5% DE CASOS: LAS VELLOSIDADES CORIALES SE ADHIEREN AL MIOMETRIO, O LO INVADEN, O LO PENETRAN, ALCANZANDO LA SEROSA PERITONEAL O INCLUSO, LA CAVIDAD ABDOMINAL.

MECANISMO DEL SANGRADO

EL CRECIMIENTO UTERINO NORMAL DURANTE LA GESTACIÓN PROVOCA QUE A PARTIR DEL 7° A 8° MES EL ISTMO SE DISTIENDA PARA DAR ORIGEN AL SEGMENTO INFERIOR, QUE ES DONDE SE IMPLANTA LA PLACENTA PREVIA.

COMO LA PLACENTA NO PUEDE DISTENDERSE AL MISMO RITMO QUE EL ÚTERO, COMIENZA A DESPRENDERSE CON LA CONSIGUIENTE APERTURA DEL ESPACIO INTERVELLOSO Y LA PÉRDIDA DE SANGRE QUE EN ESTE CASO ES SÓLO DE ORIGEN MATERNO

CUADRO CLÍNICO

LA PRINCIPAL MANIFESTACIÓN ES EL SANGRADO VAGINAL INDOLORO QUE SE PRESENTA A PARTIR DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y REUNE LA SIQUIENTE CARACTERÍSTICAS

- INICIO: 24-28 SEMANAS APROX
- INDOLORO EN AUSENCIA DE TRABAJO DE PARTO
- APARECE BRUSCAMENTE, A VECES DURANTE EL REPOSO O EL SUEÑO
- LA SANGRE EXPELIDA ES ROJA, LÍQUIDA Y RUTILANTE
- SANGRADO INICIAL POR LO GENERAL ES ESCASO Y CEDE ESPONTANEAMENTE, PARA REPETIRSE EN FORMA INTERMITENTE, A INTERVALOS CADA VEZ MÁS CORTOS PERO EN MAYOR CUANTÍA
- DURANTE EL PARTO LA HEMORRAGIA ES MAYOR, PUDIENDO SER TAN INTENSA QUE COMPREMETA LA VIDA MATERNA Y FETAL

HALLAZGOS ASOCIADOS:

LA UBICACIÓN ANÓMALA DE LA PLACENTA DIFICULTA LA ACOMODACIÓN Y EL DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN, LO CUAL PUEDE OCASIONAR MAYOR INCIDENCIA DE:

- PRESENTACIONES ANORMALES (PODÁLICAS, DEFLEXIONES)
- SITUACIONES ANORMALES (TRANSVERSA, OBLICUA)
- PRESENTACIONES ALTAS, POR FALTA DE DESCENSO (PERSISTENCIA DE LA PRESENTACIÓN POR ENCIMA DEL ESTRECHO INFERIOR)

COMO LAS PP LAS MEMBRANAS SON MUY FRIABLES (SOBRE TODO EN LA PP MARfIINAL Y BAJA), ES FRECUENTE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, LO CUAL PUEDE DESENCADENAR EL PARTO PRETERMINO O COMPLICARSO CON PROLAPSO DE CORDÓN.

DIAGNÓSTICO:

CUADRO CLÍNICO

LAS CARACTERÍSTICAS DEL SANGRADO DESCRITAS EN PACIENTES QUE PRESENTEN ALGÚN FACTOR DE RIESGO HARÁN DESPERTAR LA SOSPECHA DE PP

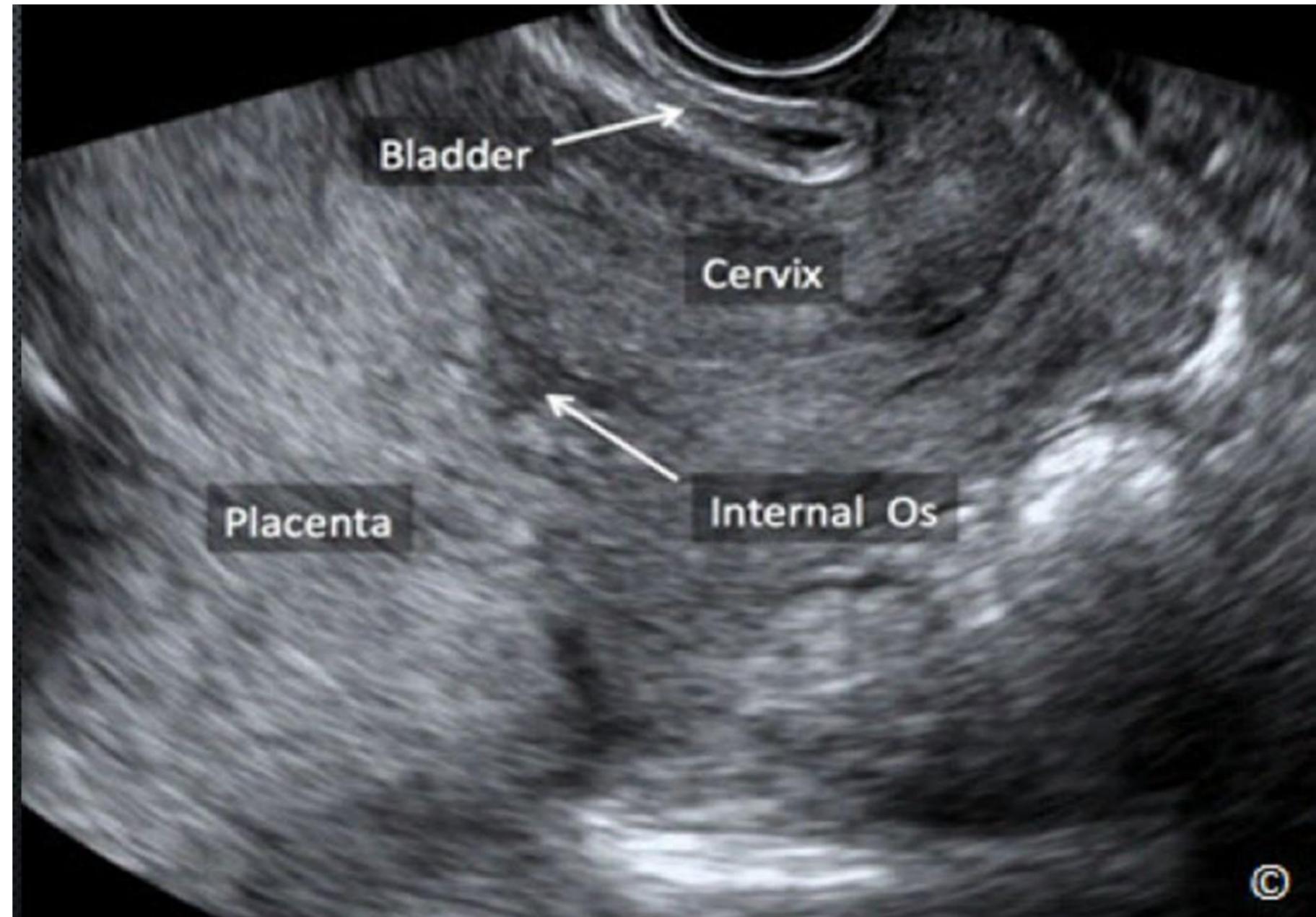
EXAMEN VAGINAL

EL TV RUTINARIO DA EL DIAGNÓSTICO DE CERTEZA, PERO ESTÁ CONTRAINDICADO YA QUE SE PUEDEN MOVILIZAR LOS COTILEDONES Y COÁGULOS FORMADOS, INCREMENTANDO LA HEMORRAGIA CON GRAVE RIESGO PARA LA MADRE Y EL FETO

EXAMEN CON ESPECULO (USANDO UNO PEQUEÑO), ES UN PROCEDIMIENTO VALIOSO QUE PERMITE CONSTATAR LA PROCEDENCIA DEL SANGRADO Y DESCARTAR OTRAS CAUSAS NO UTERINAS DE HEMORRAGIA VAGINAL

ECOGRAFIA

MÉTODO DE ELECCIÓN PARA DETERMINAR LA UBICACIÓN DE LA PLACENTA. DE PREFERENCIA LA ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL CUYA UTILIZACIÓN NO AUMENTA EL RIESGO DE HEMORRAGIA Y TIENE MAYOR SENSIBILIDAD QUE LA ECOGRAFIA ABDOMINAL PARA LOCALIZAR LA PLACENA.



Imágenes: Eco TV

La distancia (mm) que se extiende la placenta sobre el OCI debe describirse en el informe de diagnóstico.

Low-lying placenta



- Borde de la placenta está a < 20 mm del OCI, pero no sobre él \rightarrow placenta "baja".

Placenta posterior con la punta en el OCI (flecha). La placenta está adyacente al OCI pero no lo cubre.

Complete placenta previa



Placenta cubre completamente el orificio interno (flecha).

*Placenta previa central → OCI está equidistante de los bordes placentario anterior y posterior; 20 a 30% previas completas son centrales.



Placenta de inserción baja



Placenta marginal



Placenta previa parcial



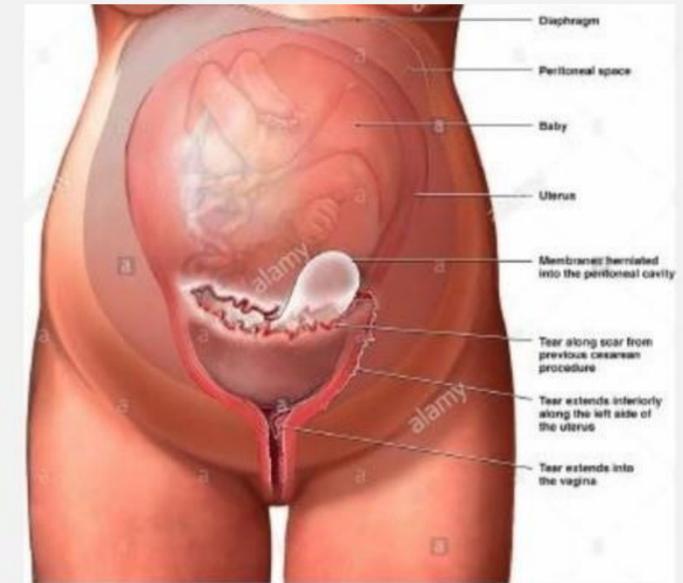
Placenta previa total



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Considerar a todas las patologías que cursan con **hemorragia** durante la **segunda mitad de la gestación**:

- Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Rotura Uterina
- Lesiones vaginales o cervicales (pólipos, neoplasias, lesiones traumáticas, etc.)
- Rotura de vasa previa
- Rotura seno venoso marginal



TRATAMIENTO DE LA PP

VARÍA SEGÚN LA MAGNITUD DEL SANGRADO, MADUREZ FETAL, TIPO DE PP Y OTRAS CONDICIONES.

TRAT. ELECTIVO : CESAREA

- PP PARCIAL O TOTAL
- HEMORRAGIA INTENSA
- MAL ESTADO MATERNO (SHOCK)
- SIGNOS DE SUFRIMIENTO FETAL
- DISTOCIAS ASOCIADAS
- PLACENTA MARGINAL EN CARA POSTERIOR, OBSTACULIZA EL DESCENSO DE LA CABEZA FETAL A TRAVÉS DEL CANAL DEL PARTO



PARTO VAGINAL

SOLO DEBE CONSIDERARSE EN LOS CASOS DE PP MARGINAL O LATERAL SIEMPRE Y CUANDO SE DISPONGA DE PERSONAL Y MEDIOS PARA REALIZAR UNA CESÁREA DE EMERGENCIA SI FUERA PRECISO. EN MUCHOS CASOS, LA CABEZA FETAL AL DESCENDER, COMPRIME LA ZONA DE PLACENTA SANGRANTE Y SE CONSIGUE EL CESE DEL SANGRADO.

CONDUCTA EXPECTANTE

HASTA ALCANZAR LA MADUREZ FETAL, CON EL FIN DE DISMINUIR LA MORTALIDAD PERINATAL POR PREMATURIDAD. EN LOS SIGUIENTES CASOS

- GESTA < 37 SEMANAS
- HEMORRAGIA LIGERA, QUE CEDE CON EL
- REPOSO GESTANTE SIN TDP
- SIN COMPLICACIONES MATERNAS, NI SUFRIMIENTO FETAL

HISTERECTOMÍA

CUANDO LA PP SE ACOMPAÑA DE ACRETISMO PLACENTARIO PUEDE DIFICULTARSE CONTROLAR EL SANGRADO CON MÉTODOS CONSERVADORES Y LA HISTERECTOMÍA TOTAL PUEDE SER EL PROCEDIMIENTO DE ELECCIÓN.