



Caso clínico: anomalías en la inserción placentaria y vasa previa

Materia: Análisis de decisión en la clínica

Universidad: Universidad del Sureste

Presenta: DR.- Russell Manuel Alejandro Villarreal

Catedrático: DR.- Guitierrez Gomez Dario Cristiaderit

OBJETIVOS:

OBJETIVO PRINCIPAL

- Es establecer la información mas adecuada para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Describir las principales manifestaciones clínicas de las anomalías en la inserción placentaria y de vasa previa.
- Describir los criterios diagnósticos actuales de las anomalías en la inserción placentaria y de vasa previa.
- Identificar las intervenciones más eficaces y seguras para el tratamiento de placenta previa, acretismo placentario y vasa previa.





Introducción a la patología:

NOMBRE DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

DEFINICION: ¿Qué es?

1.-Anomalías en la inserción placentaria: conjunto de anomalías ocasionadas por una inadecuada inserción o invasión placentaria y que se asocian con un incremento notable en la morbilidad y mortalidad para el binomio.

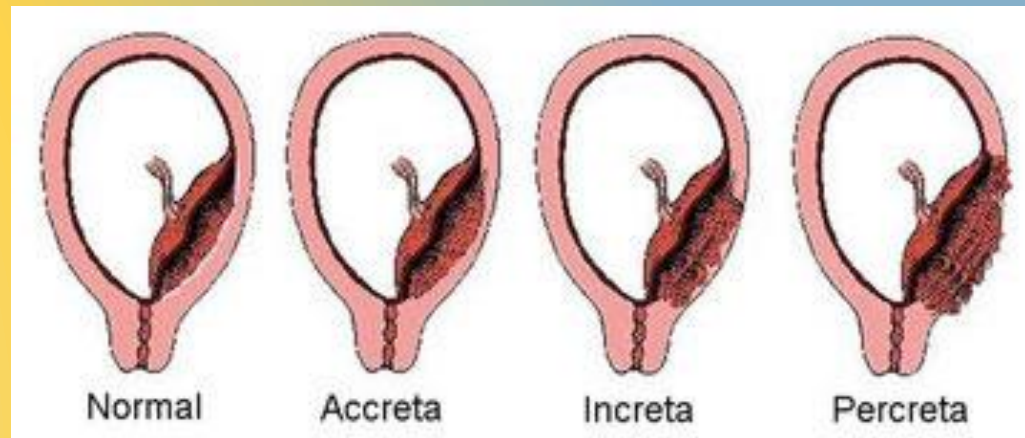
2.-Vasa previa (VP) es el término utilizado para describir vasos de origen fetal que discurren a través de las membranas, sin la protección del cordón umbilical o del tejido placentario, que se sitúan por delante del orificio cervical interno (OCI) por delante de la presentación.

Introducción a la patología: NOMBRE DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

Fisiopatología: ¿Cómo se presenta?

Son una de las causas principales de hemorragia obstétrica.

Las anomalías placentarias se describen de acuerdo a la localización anómala de la placenta en el tercer trimestre; es decir haciendo referencia a la inserción placentaria, parcial o completa, sobre el segmento uterino.





- › La principal complicación es el acretismo.
- › La inserción de la placenta en el segmento uterino, también llamada placenta previa (PP), aquí las lesiones del endometrio o miometrio crean las condiciones necesarias para una implantación anormal del huevo o cigoto, lugar donde se iniciará la formación de la placenta y vascularización correspondiente.
- › Otros factores asociados con la PP son: edad materna mayor de 35 años, multiparidad, raza negra y asiática, número de abortos, embarazo múltiple, tabaquismo y adicción a la cocaína.



- › Anomalías en la inserción placentaria: conjunto de anomalías ocasionadas por una inadecuada inserción o invasión placentaria y que se asocian con un incremento notable en la morbilidad y mortalidad para el binomio.
- › Placenta previa: placenta que se inserta en el segmento uterino en el tercer trimestre de la gestación, y cubre o está próxima al orificio cervical interno.
- › Acretismo placentario: termino general para referirse una placenta adherente y que se produce cuando la decidua basal penetra dentro y a través del miometrio. De acuerdo al grado de invasión puede dividirse en acreta, increta y percreta.
- › Vasa previa: trayecto de vasos sanguíneos fetales sin la protección habitual de la placenta o del cordón umbilical a través de las membranas fetales, ya sea a nivel del OCI o por debajo de la parte fetal que se aboca a la pelvis

TRASTORNOS POR PLACENTACIÓN

TIPOS DE PLACENTA

CAPAS DEL ÚTERO

ACRETA

Vellosidades adheridas al miometrio sin penetrarlo

INCRETA

Implantación llega al músculo

PERCRETA

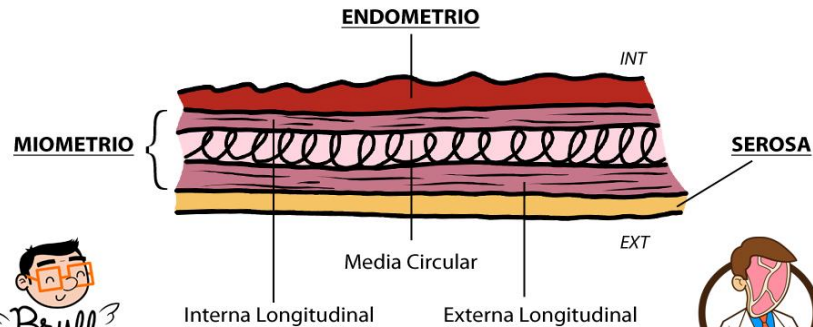
Vellosidades atraviesan miometrio hasta serosa peritoneal y órganos vecinos

ENDOMETRIO

MIOMETRIO

SEROSA PERITONEAL O PERIMETRIO

CAPAS DEL ÚTERO DETALLADAS



@DoctoraFortuny / @BrullArts

Ginecología



@ChuletasMedicas

Vasa previa

Trayecto de vasos sanguíneos fetales que pasan a través de las membranas fetales **sin protección** de la placenta o del cordón umbilical

Clínica

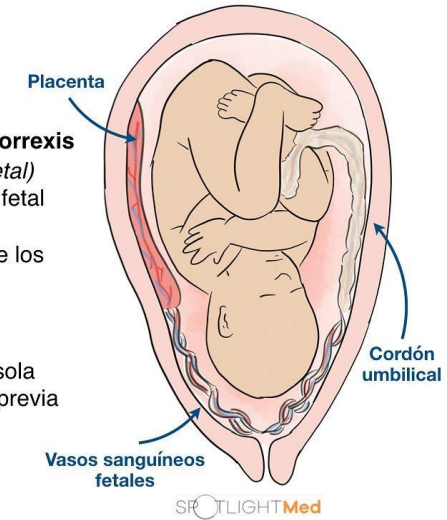
- Se presenta con la **amniorrexia**
- Hemorragia (*de origen fetal*) **INDOLORA**, y sufrimiento fetal (*bradicardia*)
- Muerte fetal en el 60% de los casos

Factores de riesgo

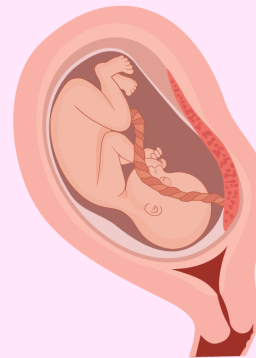
- Gestación múltiple, una sola arteria umbilical, placenta previa

Complicación

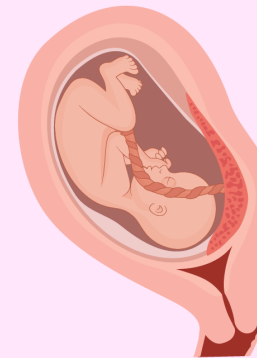
- Exanguinación fetal



Lo que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.



Placenta de inserción baja



Placenta marginal



Placenta previa parcial



Placenta previa total

roducción a la patología: DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

Cicatrices uterinas previas

Edad materna mayor a 35 años

Polihidroamnios

Embarazo múltiple

Multiparidad

Malnutrición materna

Anemia materna

Legrados uterinos previos

Tabaquismo y consumo de drogas

Miomas uterinos

Síndromes hipertensivos del embarazo

Traumatismos abdominales

Hemorragia en embarazos previos

Trabajo de parto prolongado

Patología materna crónica (entre otros)

Epidemiología: ¿Dónde y en quienes se presenta?

Las anomalías en la inserción placentaria (placenta previa y acretismo placentario) se asocian a graves complicaciones que se presentan principalmente durante el momento del nacimiento y que causan altas tasas de morbilidad materna y perinatal, con la consiguiente repercusión en el ámbito familiar, económico y social.



- › A nivel mundial se ha reportado que el sangrado asociado a placenta previa es causa del 2.3% de la mortalidad perinatal, de hecho se ha observado un aumento del 20 al 46.5% de la tasa de histerectomías por acretismo placentario e incluso se ha reportado una mortalidad perinatal del 60% en casos de vasa previa no diagnosticada. (Silver R, 2015a)



- › Se estima que la incidencia de placenta previa es de 1 por cada 200 embarazos con variaciones en todo el mundo
- › para acretismo placentario 1 por cada 533 embarazos
- › para vasa previa de 1 de cada 2,500 a 1 de cada 5,000 embarazos.



Introducción a la patología: NOMBRE DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

Causística: ¿Por qué se presenta?

Las anomalías de la inserción placentaria y de los vasos sanguíneos fetales como placenta previa, placenta acreta y vasa previa se asocian con sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo.

Los índices de placenta previa y acreta están aumentando, probablemente como resultado del aumento de los partos por cesárea, edad materna y la tecnología de reproducción asistida.

Introducción a la patología: NOMBRE DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

Casuística: ¿Por qué se presenta? “factores predisponentes”

Evidencia sobre los factores de riesgo para desarrollar anomalías de inserción placentaria	Nivel de evidencia
<p>Existen factores de riesgo para desarrollar placenta previa y acretismo placentario: (27–30)</p> <ul style="list-style-type: none">• Edad \geq 35 años• Multiparidad• Embarazo múltiple• Anemia• Cicatriz uterina previa (legrado, aspiración manual uterina, cesárea, miomectomía)• Tabaquismo• Uso de cocaína• Espacio intergenésico pos cesárea < 12 meses	III
<p>Los factores de riesgo asociados a vasa previa son: (3)</p> <ul style="list-style-type: none">• Placenta bilobulada o lóbulos succenturiados• Placenta de inserción baja en el segundo trimestre• Embarazos múltiples• Fertilización <i>in vitro</i>	III
<p>El antecedente de cesárea es un factor de riesgo para desarrollar anomalías de inserción placentaria, el riesgo de placenta acreta si existe placenta previa aumentará en función del número de cesáreas anteriores: (6)</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 cesárea: 11%• 2 cesáreas: 40%• 3 cesáreas: 61%• 4 o más cesáreas: 67%	III



Clínica de la patología: NOMBRE DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

Como se diagnostica:

Semiología clínica

¿Cuáles son las principales manifestaciones clínicas de las anomalías de inserción placentaria?

Se debe sospechar de placenta previa en toda mujer embarazada que presente sangrado vaginal con más de 20 semanas de gestación.. Se presenta clínicamente con sangrado rojo rutilante sin dolor (silente) o sangrado postcoital En algunos casos puede haber sangrado doloroso posiblemente por las contracciones uterinas o separación de la placenta.
(3,31,32)

III



En la mayoría de casos de placenta previa, si el sangrado ocurre antes de las 34 semanas, es muy raro que éste sea severo o ponga en peligro la vida de la mujer requiriendo la finalización del embarazo. (21)

III

En las gestantes con placenta previa se triplica el riesgo de presentar distocias de situación (oblicua, transversa). (22)

III

La hematuria micro y macroscópica, los síntomas urinarios y la hemorragia dolorosa proporcionan un alto índice de sospecha de placenta percreta con invasión vesical. (33,34)

III

En ausencia de sangrado, ningún examen clínico diagnostica vasa previa.(3)

III

Durante el trabajo de parto, en ausencia de sangrado transvaginal, el diagnóstico de vasa previa puede ocasionalmente ser diagnosticada por las siguientes condiciones: (3,6,35)

1. Si existe dilatación cervical, por la palpación de los vasos sanguíneos fetales en las membranas corioamnióticas durante la exploración vaginal.
2. Ante la sospecha clínica de vasa previa, se recomienda realizar amnioscopia para visualizar directamente la presencia de vasos sanguíneos.

III



Clínica de la patología: NOMBRE DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

Como se diagnostica:

Laboratoriales

Grupo sanguíneo:	La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh
Urocultivo	Se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática.
V.D.R.L:	Una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido.
H.I.V	La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana
Hematocrito	La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica
Glicemia	Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa.
Ecografía	



Clínica de la patología: NOMBRE DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

Como se diagnostica:

Estudios de gabinete

En la actualidad, debido a los avances que existen en los métodos de imagen, se puede realizar diagnóstico precoz en el periodo prenatal de las anomalías de inserción placentaria, permitiendo un manejo oportuno, integral y multidisciplinario, mejorando el desenlace materno-fetal.



Recomendaciones sobre las manifestaciones clínicas de las anomalías de inserción placentaria

R-C

Ante la sospecha clínica de placenta previa, se recomienda: (27,28)

1. Realizar una evaluación inicial con espéculo estéril en toda paciente con sangrado genital, para descartar sangrado cervical.
2. Realizar ecografía obstétrica para confirmar el diagnóstico y/o descartar vasa previa.
3. Hospitalizar a la paciente para protocolo pertinente.

R-C

En pacientes con sospecha de placenta previa, no se recomienda realizar tacto vaginal hasta no haber realizado un estudio ecográfico por la alta posibilidad de sangrado.(28)

R-C

Ante la sospecha clínica de vasa previa se recomienda realizar: (3,6,35)

1. Ultrasonografía Doppler color para confirmar el diagnóstico.
2. Realizar amnioscopia en establecimientos de salud con experiencia y personal capacitado.



Clínica de la patología: NOMBRE DE LA PATOLOGIA A ANALIZAR

Como se diagnostica:

Clasificación y sus criterios

Tabla 1. Clasificación de la placenta previa.

Estadio	
I	Implantación baja de placenta, es aquella que se implanta sobre el segmento uterino, pero cuyo borde inferior queda, a menos de 2 cm del orificio cervical interno.
II	Placenta previa marginal es cuando la placenta es adyacente al margen del orificio cervical interno sin sobrepasarlo.
III	Placenta previa parcial es cuando solamente una parte del cuello uterino está cubierta por la placenta.
IV	Placenta previa total o central es aquella que la superficie de implantación placentaria cubre totalmente el orificio cervical interno del cuello uterino.

Tomado de: Cunningham et al. 2011 (14); Oyelese, Yinka M, 2009 (21)



Tabla 2. Clasificación de acretismo placentario

Estadio	
Acreta	Invasión anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a nivel del endometrio, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio
Increta	Invasión profunda al miometrio de las vellosidades coriales sin compromiso de la serosa
Percreta	Invasión de la serosa y órganos vecinos por las vellosidades coriales.

Tomado de: Cunningham et al. 2011 (14); Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK, 1993 (22)

Tabla 3. Clasificación de vasa previa

Tipo	
I	Inserción velamentosa del cordón umbilical
II	Se presenta cuando los vasos fetales discurren entre los lóbulos de una placenta bilobulada o succenturiata.

Fuente: Pérez M, Frutos E, Nieto S, Clemente J, 2014. (23)



Tratamiento medico

- › Se recomienda la administración de un esquema de corticoesteroides para la madurez pulmonar entre la semana 24 a 34 de gestación en pacientes con diagnóstico de placenta previa o inserción baja de placenta.
- › Se recomienda programar el nacimiento entre la semana 36 a 37 de gestación en pacientes con diagnóstico de placenta previa o inserción baja de placenta.



- › Se recomienda considerar el nacimiento por vía vaginal en pacientes con diagnóstico de inserción baja de placenta, sin sangrado transvaginal activo y que cuenten con condiciones obstétricas favorables.
- › Se recomienda practicar histerectomía obstétrica si no se logra controlar la hemorragia con las técnicas del manejo conservador.
- › En pacientes con diagnóstico de placenta acreta, increta o percreta, se recomienda programar el nacimiento entre la semana 34 a 36 de gestación



- › En pacientes con placenta acreta, increta o percreta se recomienda realizar histerectomía total abdominal dejando la placenta in situ en vez de realizar histerectomía subtotal.
- › En pacientes con diagnóstico de acretismo placentario no se recomienda el uso de uterotónicos para la profilaxis de la hemorragia obstétrica.
- › No se recomienda el uso de metotrexato como terapia adyuvante del manejo conservador del acretismo placentario

Historia natural de la enfermedad de: **PLACENTA PREVIA**, La placenta previa es un trastorno que se produce durante el embarazo en el que la placenta cubre total o parcialmente la abertura del útero (cuello del útero)

Antes de la enfermedad	Curso de la enfermedad		
<p>AGENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Formación anormal de la placenta. • Útero anormal. • Placenta grande. <p>MEDIO AMBIENTE: -- Cicatrización del revestimiento del útero debido a antecedentes de embarazo anterior, cesárea, cirugía o aborto.</p> <p>HUÉSPED:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujer en edad reproductiva. 	<p>SIGNOS Y SÍNTOMAS</p> <p>*Sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo, indoloro, sangre fresca, de color rojo rutilante, progresivo en intensidad y forma de episodios</p>	<p>ENFERMEDAD</p> <p>*Hemorragia profusa en el parto natural, intraparto o transoperatorio.; por los tipos de placenta previa: -Marginal: la placenta está al lado del cuello uterino, pero no cubre la abertura. -Parcial: la placenta cubre parte de la abertura cervical. -Completa: la placenta cubre toda la abertura cervical. *Acretismo placentario: adherencia anormal, total o parcial de la placenta ocasionada por la penetración en las vellosidades coriales al existir un defecto de la decidua.</p>	<p>INCAPACIDAD</p> <p>*Anemia de la paciente.</p> <p>*Trastornos de la coagulación</p> <p>COMPLICACIONES</p> <p>-Sangrado. Durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o las primeras horas después de dar a luz puede presentarse un sangrado (hemorragia) vaginal intenso que puede poner en riesgo la vida.</p> <p>-Nacimiento prematuro. El sangrado intenso puede dar lugar a una cesárea de emergencia antes de que tu embarazo haya llegado a término.</p> <p>-Espectro de placenta acreta. La placenta previa está asociada a un grupo de afecciones denominadas espectro de placenta acreta. En estas afecciones, la placenta crece dentro o a través de la pared del útero. La placenta acreta tiene un alto riesgo de sangrado durante el embarazo o durante y después del parto.</p> <p>MUERTE</p> <p>Si, ya que existe una hemorragia súbita masiva, que pone en riesgo la salud de la madre y el bienestar del feto. Existe un alto porcentaje de muerte materna o fetal.</p>

Periodo pre-patogénico		Periodo patogénico			
Fomento a la salud	Protección específica	Diagnostico precoz y tratamiento oportuno	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
Informar a las mujeres gestantes, sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo (hemorragias)	Evitar cesáreas innecesarias, evaluar los factores de riesgo y en casos en que se encuentran presentes realizar el diagnóstico prenatal	Se realiza el diagnostico antes de que presente síntomas, reportando placenta baja para que el obstetra este enterado que es un problema potencial y de un seguimiento adecuado	Tratamiento oportuno Cesaria, el objetivo es detener la hemorragia por vaciamiento rápido del utero Vaginal, el objetivo es tratar de detener la hemorragia por descenso de la presentación	Mortalidad materna y fetal	Esperar entre 3 y 5 años para otro embarazo

Presentación del caso clínico

Presentación del caso: Breve resumen de quien es el paciente, donde se recibió y como se recibió en ese servicio, los datos de mas interés antes del inicio de su tratamiento

Alejandra paciente femenina de 39 años de edad, sin antecedentes personales de interés, procedente de la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas. Quien acude al servicio de urgencias por presentar metrorragia escasa y dinámica uterina.

En la gestación actual, la ecografía de segundo trimestre había mostrado un feto único, sin anomalías morfológicas detectables, y una placenta anterior de inserción baja, con un cotiledón aberrante en la cara posterior.



Antecedentes:

APNP:

Habita en casa propia. Cuenta con todos los servicios de urbanización. Refiere cartilla de vacunación completa para edad y género. Niega toxicomanías. Hábitos higiénico-dietéticos interrogados sin encontrarse alteraciones.

APP:

Diagnóstico de varicela a los 10 años de edad, sin secuelas o complicaciones. Resto de las enfermedades exantemáticas negadas. Niega diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas. Niega cirugías, fracturas o transfusiones sanguíneas.

AGO: (si corresponden al sexo)

primera gestación a término con peso correcto, y dos abortos espontáneos de primer trimestre posteriores, con legrado uterino aspirativo

Tratamientos Previos

legrado uterino aspirativo





Datos clínicos al ingreso del caso

Sintomatología

consultó en el servicio de urgencias de nuestro hospital por metrorragia escasa y dinámica uterina.

Exploracion

El examen con Doppler color y pulsado demostró que se trataba de vasos con flujo umbilical que discurrían por delante del OCI, conectando los dos lóbulos placentarios.

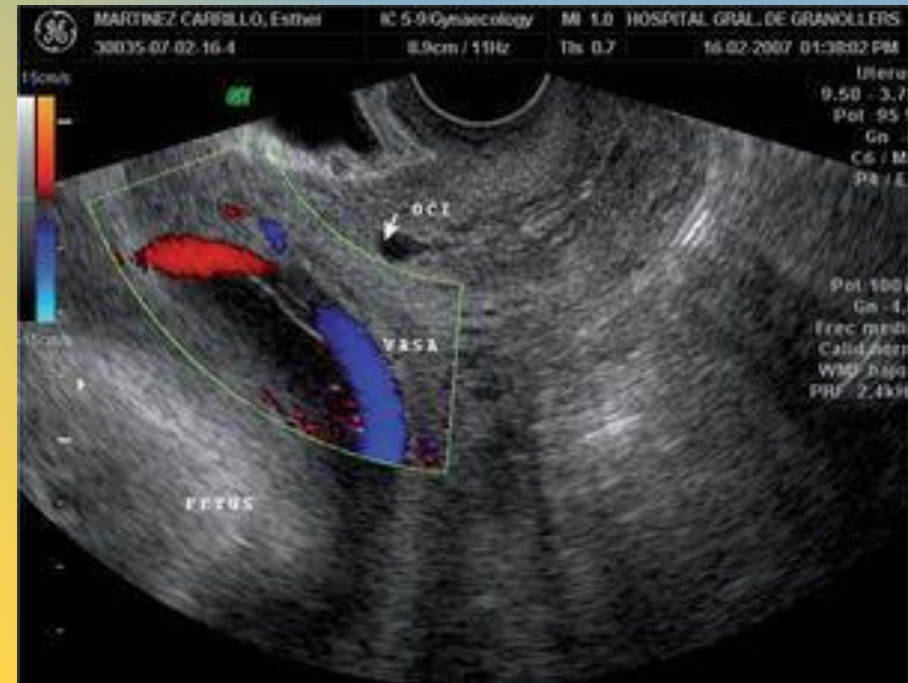
Laboratoriales

Sin laboratoriales previos

Estudios de laboratorio y gabinete

La ecografía transvaginal evidenciaba un cérvix uterino de 38mm de longitud, con una placenta anterior previa marginal a 10mm del OCI y un lóbulo placentario en la cara posterior, y por delante del OCI una imagen que, en escala de grises, era sugestiva de vasos umbilicales previos.

Imágenes de los estudios (ejemplo Rx y laboratorio)



Diagnósticos

Dx 1: placenta succenturiada

La placenta o lóbulo succenturiado se presenta en la ecografía como una porción de tejido placentario individualizado del disco placentario principal, de tamaño variable y definido por la ausencia de puente de parénquima entre ambos. Los vasos fetales arteriales y venosos discurren por las membranas conectando el lóbulo accesorio con la placenta principal y, en caso de discurrir por encima del OCI, actúan como VP.

Dx 2

Justificación

Dx 3

Justificación

Diagnósticos descartados: (si existen)

Justificación.



Presentación del caso clínico

Tratamientos

El registro cardiotocográfico mostraba dinámica uterina regular.

Tx Se inició tratamiento tocolítico por vía intravenosa con atosibán y maduración pulmonar con corticoides. se instauró tocólisis por vía oral profiláctica con nifedipino 20mg/6h.

Acudió de nuevo a urgencias por un cuadro de sangrado vaginal abundante y contracciones regulares.

Tx Se reinstauró tratamiento por vía intravenosa con atosibán, pero no se consiguió frenar la dinámica uterina y el sangrado, por lo que se decidió practicar una cesárea urgente.

Dx 3

tx

Eliminación o conservación de tratamientos preexistentes:

Rehabilitación y terapia o medidas paliativas:



Desenlace del caso clínico

Se le dio el alta a las 30 semanas, con recomendación de reposo domiciliario y seguimiento ecográfico semanal.

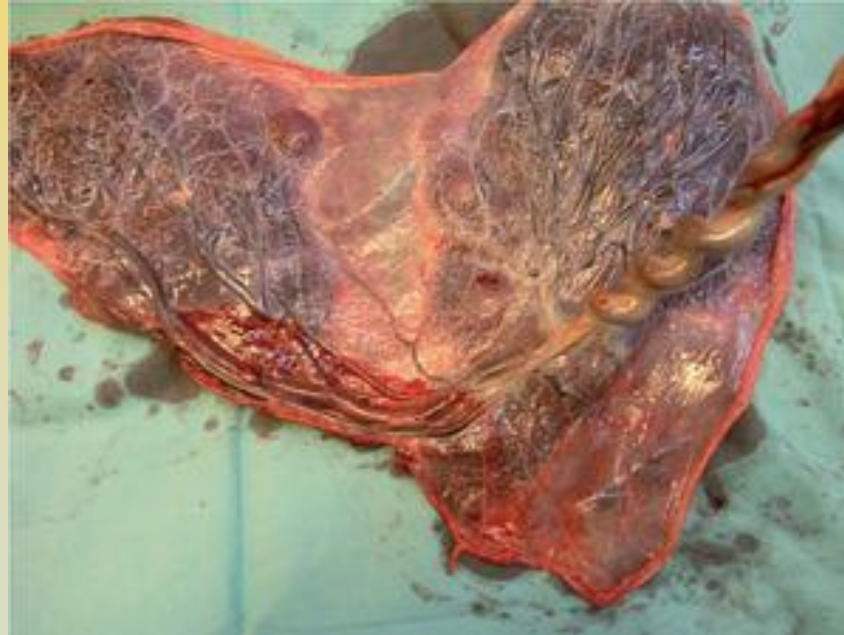
La paciente permaneció asintomática hasta la semana 33,4, cuando acudió de nuevo a urgencias por un cuadro de sangrado vaginal abundante y contracciones regulares.

no se consiguió frenar la dinámica uterina y el sangrado, por lo que se decidió practicar una cesárea urgente.



Evolución del caso clínico (ejemplo 1: Narración de la evolución del caso en el tiempo)

- › Su evolución fue satisfactoria y se le dio el alta a los 21 días. El examen macroscópico de la placenta confirmó que se trataba de una placenta succenturiada de 747g de peso, con unos VP que interconectaban ambos lóbulos placentarios.



Pronostico del caso clínico

Solo en caso de no haber una defunción se establece un pronostico que se divide en:

1. Pronostico para la vida
2. Pronostico para la función

Bueno para la vida y la función

Nació un feto vivo varón, de 2.055g y un índice de Apgar de 9/10/10; la gasometría de cordón fue de 7,23-7,30 y hematocrito en sangre de cordón del 51%. El recién nacido ingresó la unidad de pediatría por su prematuridad.



Conclusiones del caso clínico

En conclusión, ante la detección ecográfica de anomalías placentarias o en pacientes de riesgo (placenta de inserción baja, gestación múltiple, embarazo obtenido por fecundación in vitro), deben evaluarse cuidadosamente tanto la inserción placentaria del cordón, como el OCI mediante ecografía transvaginal y Doppler color, con objeto de excluir la presencia de VP.



Bibliografía

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>

