

Rotura de vasa previa: a propósito de un caso

Drs. Pastor Galicia, Yoly Quintero, Thatiana Díaz

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto.

RESUMEN

Vasa previa es una condición rara vez reportada, en la cual, vasos sanguíneos aberrantes procedentes de la placenta o del cordón umbilical, cruzan la entrada del canal del parto por delante de la presentación. Ocurre en 1:3000 nacimientos, con una elevada mortalidad perinatal. Se presenta el caso de una multipara de 38 años de edad, quien ingresó con diagnóstico de hemorragia genital del III trimestre. Se programó cesárea de urgencia obteniendo neonato vivo femenino a término y Apgar de 8 puntos al 1º minuto. Como hallazgo de la intervención destaca placenta fúndica normoinserta con rotura de vasa previa. Madre y neonato fueron alojados conjuntamente en maternidad con una evolución intrahospitalaria satisfactoria. Se concluye que el diagnóstico y la conducta oportuna, darán lugar a resultados satisfactorios, logrando disminuir notablemente la mortalidad por esta rara pero igualmente letal entidad clínica.

Palabras clave: *Rotura de vasa previa. Placenta. Cordón umbilical. Embarazo. Sangramiento genital. Cesárea segmentaria.*

SUMMARY

Vasa previa is a rarely condition in which, aberrant blood vessels coming from the placenta or the umbilical cord, cross the entrance of the childbirth channel before presentation. It happens in 1:3000 births, with a high perinatal mortality. A case of a 38 years-old multigravida is reported who entered to the hospital with diagnostic of third trimester genital bleeding. Cesarean section was performed obtaining a term female alive newborn with 8 points from Apgar scale at the first minute. As discovery of the intervention it highlights normal-insert and fundical placenta with vasa previa rupture. Mother and newborn were housed jointly in maternity room with a successful evolution. It concludes that a diagnosis and an opportune behavior, they will give place to satisfactory results, being able to diminish the mortality notably for this strange but equally lethal clinical entity.

Key words: *Vasa previa rupture. Placenta. Umbilical cord. Pregnancy. Vaginal genital bleeding. Cesarean section.*

INTRODUCCIÓN

Vasa previa (VP) es una condición raramente reportada en la cual los vasos sanguíneos de la placenta o del cordón umbilical cruzan la entrada del canal de parto por debajo de la presentación (**Figura 1**). Ocurre en 1:3000 nacimientos y tiene una elevada tasa de mortalidad (hasta el 95%), la cual es producto de hipoxia o hemorragia debido a la rotura

de uno de estos vasos al momento de la amniorraxis o durante el trabajo de parto o parto (1,2).

Esta entidad nosológica está relacionada a menudo con una placenta de inserción baja, una variación anatómica de la placenta (bilobulada o succenturiada), un embarazo producto de una fecundación in-vitro o embarazo múltiple (3). Los vasos umbilicales, que normalmente discurren desde la mitad de la placenta hacia el feto, ahora lo hacen a lo largo de las membranas antes de que se junten en el cordón umbilical y desprotegidas por la gelatina de Wharton (4).

Recibido: 25-11-04

Aceptado para publicación: 15-02-05

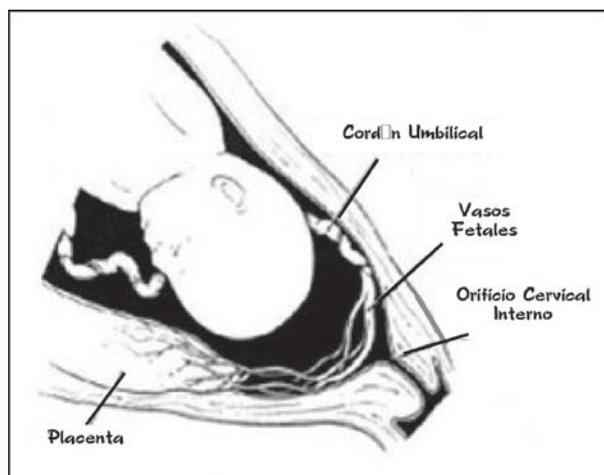


Figura 1: Vasa previa. Esquema que muestra los vasos umbilicales discurriendo a lo largo de las membranas antes de unirse en el cordón umbilical y desprotegidas por la gelatina de Wharton.

La VP puede no ser sospechada sino hasta que la ruptura de los vasos umbilicales sucede. Cuando es hallada antes del trabajo de parto, el producto tiene una mayor oportunidad de sobrevivir (4). La VP puede ser detectada tan temprano como a las 16 semanas de gestación con el uso de ecasonografía transvaginal en combinación con Doppler color (5-9).

Debido a la relación anatómica tan cercana de estos vasos al segmento uterino inferior, la ruptura de los mismos puede ocurrir en cualquier momento, más a menudo durante la amniotomía (10). Cuando la VP es diagnosticada, la realización de una operación cesárea oportuna, antes de iniciar el trabajo de parto, puede salvar la vida del nuevo ser (3).

Desde el primer reporte conocido en la literatura, el cual data de 1831, se han descrito poco más de 250 casos de VP en la literatura mundial, sólo tres de ellos en Venezuela (11-13), razón por la cual se considera justificable el esfuerzo realizado por describir y actualizar los aspectos diagnósticos y las conductas a seguir en esta potencialmente deletérea condición.

CASO CLÍNICO

Se trata de gestante de 38 años, soltera, natural y procedente del caserío El Guaycal, municipio Andrés Eloy Blanco, Estado Lara, Venezuela, de ocupación oficios del hogar, quien refiere contracciones uterinas dolorosas desde la mañana del 29-09-2002, asociadas a sangramiento genital leve desde las 18 h, por lo cual acudió al Hospital “José María Bengoá” de Sanare, desde donde es referida a la Admisión Obstétrica del Hospital Central Universitario

“Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto, donde ingresó a las 22 h 30 min del referido día.

Antecedentes personales no contributorios. Antecedentes ginecobstétricos: menarquia 13 años, ciclos 5/30 dismenorreicos, fecha de última menstruación 28-12-2001, sexarquía 17 años, una sola pareja sexual, VIII gestas VI paras II abortos, embarazo no controlado, niega uso de métodos contraceptivos y última citología un año antes sin anomalías aparentes.

El examen físico pone de manifiesto: gestante hemodinámicamente estable. Aparentes buenas condiciones generales de salud. Tórax dentro de lo normal. Abdomen globoso, útero gestante, dinámica uterina leve e irregular, feto único, cefálico, izquierdo, foco cardíaco fetal normal. Genitales externos de aspecto y configuración normal. Al tacto cuello posterior, grueso, blando, dilatado 4 cm, membranas ovulares íntegras, amniorrexis accidental, dejando ver líquido amniótico hemático abundante, sin evidencia de almohadillado placentario, presentación cefálica, móvil. Miembros inferiores sin edemas. Resto de la exploración sin lesiones aparentes.

Ingresada con los diagnósticos de: embarazo simple de 39 semanas, trabajo de parto y hemorragia genital del tercer trimestre.

Es evaluada por equipo de guardia, programándose cesárea segmentaria de urgencia con diagnóstico de hemorragia del III trimestre: desprendimiento prematuro de placenta vs. rotura de vasa previa (RVP). Se obtuvo recién nacido vivo femenino a término, Apgar 8 puntos al primer minuto. Como hallazgos de la intervención destacan: adherencias laxas, focos de endometriosis y placenta fúndica normoinsera con RVP, esto último corroborado por el Servicio de Anatomía Patológica (*Figuras 2 y 3*).

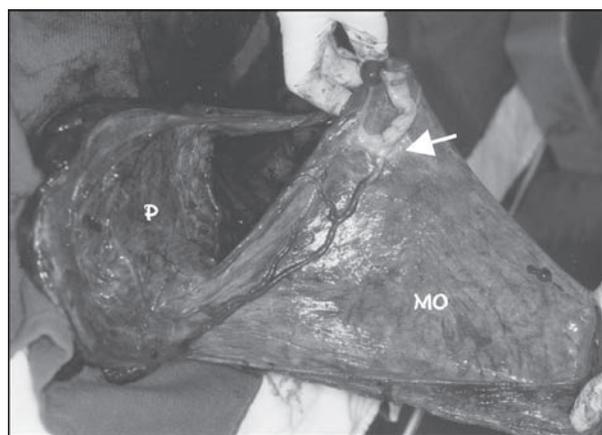


Figura 2: Inserción velamentosa del cordón umbilical. La flecha señala el lugar donde se inserta el cordón umbilical en las membranas ovulares (MO) y no en la placenta (P).

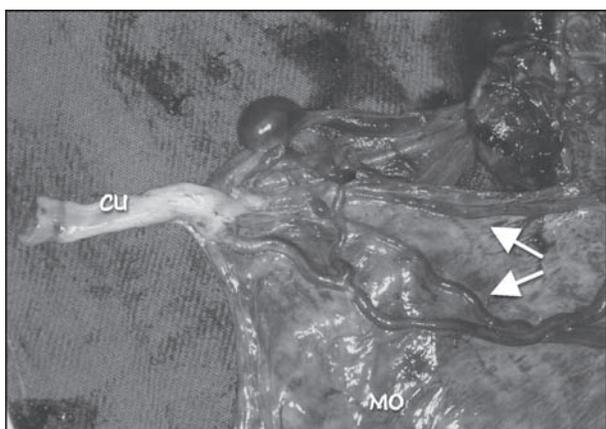


Figura 3: Inserción velamentosa del cordón umbilical. Detalle de los vasos umbilicales (señalados por flechas), discurriendo por las membranas ovulares (MO), desprotegidos de la gelatina de Wharton, que envuelve al cordón umbilical (CU).

La madre y el neonato fueron alojados conjuntamente en maternidad. La puérpera recibió como tratamiento antibióticoterapia intravenosa, analgésicos comunes y ferrotterapia oral. El recién nacido, lactancia materna exclusiva a libre demanda. El curso posoperatorio de la paciente y la evolución intrahospitalaria del neonato fue satisfactoria, egresando el 01-10-2002 con los diagnósticos: a) Parto distócico simple. Recién nacido vivo femenino a término; b) Puerperio quirúrgico inmediato; c) Endometriosis; d) Rotura de vasa previa.

DISCUSIÓN

En la actualidad, se afirma que la condición de VP afecta aproximadamente uno de cada tres mil embarazos, sin embargo, tal incidencia pudiera ser mayor, toda vez que es un diagnóstico que muchas veces es retrospectivo o pasa desapercibido al ser erróneamente concluido como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, cervicitis, trauma obstétrico, neoplasia o sencillamente como hemorragia genital del III trimestre (2,3). Por otro lado, algunos autores, han propuesto y demostrado el uso de la ecografía transvaginal y Doppler en el diagnóstico antenatal de esta entidad (5-9).

En este orden de ideas, un adecuado control prenatal que incluya un estudio detallado de la placenta y el cordón umbilical (inserción y variaciones anatómicas), asociado a una buena anamnesis (antecedente de legrado uterino, cesárea anterior o infertilidad), en pacientes que cursen en la actualidad con embarazo múltiple, fecundación in-vitro, placenta de inserción baja o variaciones placentarias anatómicas detectadas con ecografía (placenta bilobulada o succenturiada), entre otros, permitiría al clínico tener la

impresión diagnóstica oportuna de VP y por ende, la valoración del riesgo implícito a esta potencialmente deletérea condición.

Si al momento de la valoración clínica se evidencia sangramiento genital, se describe que el mismo puede ser variable (de leve a abundante), con escaso o ningún dolor, sin evidencia de almohadillado placentario al tacto vaginal y en ausencia de hipertonía uterina. El foco cardíaco fetal puede ser normal o taquicárdico (2,3). En estos casos pueden ser de utilidad pruebas bioquímicas tales como el test de Ogita, el test Apt, test de Loendersloot, test de Kleinhauer o la electroforesis de hemoglobina, que permiten demostrar la presencia de hemoglobina fetal y establecer el diagnóstico de sangramiento genital producto de RVP (14).

Sin embargo, una vez que el sangramiento genital ocurre, las posibilidades de supervivencia del producto son mínimas por lo que es obligante tomar rápidas decisiones, es decir la evacuación por vía alta (3,5). La cesárea es así mismo la conducta de elección, una vez diagnosticada por ecografía esta entidad nosológica y previa demostración de la madurez pulmonar fetal (15,16).

De seguirse estas recomendaciones, el pronóstico neonatal deja de ser sombrío, lográndose un feliz resultado, pues la VP pasa de ser una condición con una mortalidad cercana al 100%, a una en donde se obtiene un 100% de neonatos sin complicaciones (16).

En el caso descrito, la paciente era procedente del medio rural y con un embarazo no controlado, razón por la cual no fue posible el diagnóstico prenatal de esta condición. Sin embargo el antecedente de dos abortos asociado al sangramiento genital activo con membranas rotas sin evidencia de almohadillado placentario y en ausencia de hipertonía uterina, permitió al equipo de guardia plantearse el diagnóstico de RVP y tomar la conducta de evacuar el útero por vía alta, tal y como lo postulan los autores consultados (3,5,15,16).

El test de Ogita (14), considerado el patrón oro por su rapidez y sensibilidad, no fue considerado en esta ocasión, en primer lugar por la ausencia de reactivos en la Sala de Partos y en segundo lugar por el volumen apreciable del sangrado, por lo que cada minuto invertido era de vital importancia.

El resultado final fue un neonato femenino sano y sin complicaciones derivadas de la condición de RVP, lo cual es de por sí satisfactorio, conocida la elevada mortalidad perinatal asociada a este cuadro clínico, como ya lo hemos citado (2). Por otro lado, en el caso presentado, la ubicación de la placenta era fúndica y normoinserta, lo cual difiere de lo reportado en la literatura (3).

En virtud de lo discutido, se concluye que la VP debe sospecharse en toda gestante con antecedente de legrado uterino, cesárea anterior o infertilidad, y en aquellas que

cursen en la actualidad con embarazo múltiple, fecundación in-vitro, placenta de inserción baja o variaciones placentarias anatómicas detectadas con ecografía. Así mismo, en gestantes con sangramiento genital leve o abundante, con escaso o ningún dolor, sin evidencia de almohadillado placentario al tacto vaginal, en ausencia de hipertensión uterina y con foco cardíaco fetal normal o taquicárdico, sobre todo si el inicio del referido sangrado ocurrió inmediatamente después de la amniorrhexis. La conducta a tomar es la evacuación uterina por vía alta, una vez diagnosticada por ecografía esta entidad nosológica y previa demostración de la madurez pulmonar fetal, o antes, una vez que el sangramiento genital ocurre. Somos partidarios de la realización de pruebas como el test de Ogita, siempre y cuando el sangrado no sea tan importante y permita diferir por unos minutos la decisión de realizar una cesárea de urgencia. Además, mientras se está a la espera del turno quirúrgico, debe cumplirse la vigilancia del foco cardíaco fetal mediante control electrónico continuo.

Se sugiere una detallada evaluación de la placenta luego del alumbramiento y el asentamiento de su descripción en la nota de parto, lo cual permitirá una mayor precisión diagnóstica y traerá consigo una sensible disminución del subregistro de esta condición.

REFERENCIAS

- Oyelese Y. Vasa Previa. [Documento en línea] Disponible en Internet: http://www.fetalmedicine.ac.uk/lib/fetus/htdocs_us/vasa.htm (Consulta: Octubre 26, 2002).
- Schellpfeffer MA. Improved neonatal outcome of vasa previa with aggressive intrapartum management. A report of two cases. *J Reprod Med* 1995; 40(4):327-332.
- Oyelese KO, Turner M, Lees C, Campbell S. Vasa previa: an avoidable obstetric tragedy. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54(2):138-145.
- Fung TY, Lau TK. Poor perinatal outcome associated with vasa previa: is it preventable? A report of three cases and review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 12(6):430-433.
- Lee W, Lee VL, Kirk JS, Sloan CT, Smith RS, Comstock CH. Vasa previa: prenatal diagnosis, natural evolution, and clinical outcome. *Obstet Gynecol* 2000; 95(4):572-576.
- Hata K, Hata T, Fujiwaki R, Ariyuki Y, Manabe A, Kitao M. An accurate antenatal diagnosis of vasa previa with transvaginal color Doppler ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171(1):265-267.
- Megier P, Desroches A, Esperandieu O, Mekari B. Diagnostic antenatal de vaisseaux praevia, avec insertion velamenteuse du cordon, grace a l'echographie-Doppler couleur. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995; 24(4):415-417.
- Chen KH, Konchak P. Use of transvaginal color Doppler ultrasound to diagnose vasa previa. *J Am Osteopath Assoc* 1998; 98(2):116-117.
- Baschat AA, Gembruch U. Ante and intrapartum diagnosis of vasa previa in singleton pregnancies by colour coded Doppler sonography. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 79(1):19-25.
- Jaovisidha A, Herabutya Y. Vasa previa in Ramathibodi Hospital: a 10 years review. *J Med Assoc Thai* 1998; 81(12):998-1002.
- Zigelboim I, Kizer S, González-Serva A. Vasa previa: parto vaginal con niña viva. Comunicación del primer caso en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1982; 42: 57-59.
- Atars R, Sanoja R, Borregales J, Pérez C. Vasa previa con inserción velamentosa del cordón. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988; 48: 207-209.
- Obregón L, Guariglia D. Inserción velamentosa del cordón y vasa previa. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991; 51: 243-245.
- Odunsi K, Bullough CH, Henzel J, Polanska A. Evaluation of chemical tests for fetal bleeding from vasa previa. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 55(3):207-212.
- Clerici G, Burnelli L, Lauro V, Pilu GL, Di Renzo GC. Prenatal diagnosis of vasa previa presenting as amniotic band. 'A not so innocent amniotic band'. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 7(1):61-63.
- Catanzarite V, Maida C, Thomas W, Mendoza A, Stanco L, Piacquadio KM. Prenatal sonographic diagnosis of vasa previa: ultrasound findings and obstetric outcome in ten cases. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18(2):109-115.

*Correspondencia: Dr. Pastor Galicia. Calle Neverí con Calle Naricual, N° 28. Urb. Fundalara II, Barquisimeto - Estado Lara, Venezuela. Cel: (0414) 530.75.14
e-mail: ginecodoc@yahoo.com*

Publicaciones McGraw-Hill

La SOGV informa que las siguientes obras se encuentran disponibles en nuestra biblioteca a la orden para su consulta.

UROGINECOLOGÍA Y DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO

Autor: Bent; Año: 2004

SOBRE LA OBRA: Describe en forma abundante y precisa la anatomía de la vejiga, uretra y estructuras de soporte, además de la epidemiología y fisiopatología del prolapso de órganos pélvicos. Abarca el diagnóstico diferencial y la información de la evaluación básica de la paciente incontinente, evaluación neurológica, descripción del prolapso, técnicas urodinámicas y evaluación de las alteraciones colorrectales. Contiene apéndices con información útil de nomenclatura estandarizada y direcciones de internet.