

SANGRADOS VAGINALES DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

(VAGINAL BLEEDING DURING THE SECOND HALF OF PREGNANCY)

* Tinneth Monge Acuña

RESUMEN

Dentro de los sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo podemos mencionar la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta previa normo inserta y vasa previa.

DESCRIPTORES

Vasa previa, desprendimiento de placenta, sangrado vaginal.

SUMMARY

Bleeding that occurs in the second half of pregnancy can often be a sign of a possible complication. Bleeding can be caused by placenta previa, placental abruption and vasa previa. The management depends on the pathology.

KEYWORDS

Vasa previa, placental abruption, vaginal bleeding.

*Médico General.
Universidad internacional
de las Américas. (UIA). San
José - Costa Rica

INTRODUCCION

Dentro de los sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo podemos mencionar la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta previa normo inserta y vasa previa.

PLACENTA PREVIA

La placenta previa es definida como aquella que se localiza superpuesta al orificio endocervical. La placenta previa tiende a afectar a 1 de cada 200 embarazos a término. En el pasado la placenta previa fue caracterizada según la distancia que se localizaba del orificio endocervical como placenta completa, parcial y marginal, pero actualmente el uso del ultrasonido transvaginal permite la localización del

borde placentario del orificio endocervical y por consiguiente, la nomenclatura se ha modificado a fin de eliminar los términos "parcial" y "marginal". En su lugar todas las placentas superpuestas al orificio endocervical se denominan placenta previa y aquellas cercanas al orificio, pero no sobre este se denomina placenta de inserción baja.

Etiología

Existe un aumento en la incidencia de la placenta previa debido al incremento de partos por cesárea en los países desarrollados. Una sola cesárea previa casi dobla el riesgo básico para el desarrollo de placenta previa. La edad materna avanzada está asociada con una incidencia del 2% de placenta previa después de los 35 años y el riesgo aumenta hasta el 5% después de los

40 años. Los abortos espontáneos e inducidos, la multiparidad y el tabaquismo también están asociados con mayores riesgos de placenta previa.

Diagnóstico

La presentación "clásica" suele ser el sangrado vaginal indoloro en el tercer trimestre, pero por supuesto, el sangrado puede estar asociado con dolor abdominal, contracciones, o ambos. Actualmente, la mayoría de las placentas previas son diagnosticadas por ecografía prenatal, en los casos de sospecha de placenta previa con ecografía transabdominal, la paciente debe someterse a ecografía transvaginal ya que presenta mayor precisión para delinear la relación entre la placenta y el orificio endocervical. El examen físico siempre como parte del diagnóstico es de suma importancia, en estos casos hay que recordar que el examen físico debe iniciar con la especuloscopia vaginal para observar la cantidad y el color del sangrado, además para hacer diagnóstico diferencial con otras patologías que se pueden encontrar en el canal vaginal, como trauma, erosiones cervicales o pólipos.

Manejo

El único modo seguro y apropiado de parto para la placenta previa es por cesárea; esto no quiere decir que se deba realizar cesárea de emergencia en todos los casos de sangrado por placenta previa, sólo en los casos que el sangrado vaginal sea profuso e incontrolable, que el bienestar fetal se vea afectado. Es importante para el cirujano moverse rápidamente, pero con cuidado, porque cortar a través de la placenta a menudo se asocia con aumento de la hemorragia materna. Es apropiado

considerar el uso de corticosteroides para mejorar la madurez pulmonar en todos los casos de placenta previa que hayan tenido episodio de sangrado vaginal cuya edad gestacional sea antes de la semana 34, en casos que se realizará manejo expectante. El uso de tocolíticos en estos casos sigue siendo incierto. Tampoco está probado el beneficio del reposo en cama y el no realizar ninguna actividad física. El uso del cerclaje se propuso para estabilizar el cuello uterino y disminuir el sangrado, pero siguen las diferencias entre los resultados de los estudios, por lo que su uso tampoco está claro.

VASA PREVIA

La vasa previa es un padecimiento en el cual los vasos sanguíneos de la placenta o del cordón umbilical cruzan la entrada del canal de parto por debajo de la presentación. Los vasos anómalos son resultado de una inserción velamentosa del cordón o de una alteración placentaria. Es una patología rara y ocurre en 1 en 2.500 a 1 en 5.000 embarazos.

Los vasos umbilicales, que normalmente discurren desde la mitad de la placenta hacia el feto, lo hacen a lo largo de las membranas desprotegidas por la gelatina de Wharton, antes de que se unan en el cordón umbilical.

Etiología

La patogenia de esta inserción se desconoce, pero puede deberse a un desplazamiento de la placenta inicial de su sitio original en el corión después de haberse formado el tallo corporal. Esta afección se relaciona a menudo con una placenta de inserción baja, una variación anatómica de ésta (bilobulada o

succenturiada) o un embarazo producto de una fecundación in vitro o múltiple.
Diagnóstico

La vasa previa se puede descubrir hasta que se rompan los vasos umbilicales. Si se detecta antes del trabajo de parto, el producto tiene una mayor oportunidad de sobrevivir. Esta anomalía puede observarse a partir de las 16 semanas de gestación con el uso de una ecosonografía transvaginal en combinación con Doppler color. Debido a la relación anatómica tan cercana de estos vasos con el segmento uterino inferior, su rotura puede ocurrir en cualquier momento, más a menudo durante la amniotomía.

Manejo

El manejo óptimo de la vasa previa es controversial debido a la falta de datos de calidad. Es generalmente aceptado que el parto debe ocurrir por medio de la cesárea antes del inicio del parto o de ruptura de membranas. Se realizó un análisis de cuál era la correcta decisión de la semana para realizar el parto y se señaló que entre 34 y 35 semanas de gestación era una edad óptima sin necesidad de valorar la madurez del pulmón fetal; otros también recomiendan 35-36 semanas de Gestación. La cesárea urgente se debe destinar para los casos en los que hay sangrado vaginal por sospecha de vasa previa.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA PREMATURA NORMO INSERTA

El desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera (DPPNI) se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta

y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas. Varios estudios epidemiológicos de cohorte han encontrado que el desprendimiento de placenta complica aproximadamente el 1% de los embarazos totales.

Etiología

La etiología precisa que conduce al DPPNI es desconocido en muchos casos. El resultado de la hemorragia en la placenta se da por la separación de la decidua que se da por el vasoespasmo agudo de los pequeños vasos. Dentro de los factores de riesgo relacionados con el DPPNI se mencionan la edad materna, fumado, gestaciones múltiples, hipertensión crónica, preeclampsia leve y severa, Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada siendo este el factor más relacionado junto con el uso de cocaína y otras drogas, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, corioamnionitis, deficiencia dietética o nutricional y feto masculino.

Diagnóstico

La presentación clínica son los síntomas clásicos de desprendimiento placentario: sangrado vaginal oscuro y dolor abdominal. Es importante saber sin embargo que el desprendimiento puede ocurrir con ninguno de estos signos. La cantidad del sangrado no tiene relación con el grado de desprendimiento. Al examen físico se puede encontrar un útero hipertónico y contracciones uterinas frecuentes. Además, se puede encontrar bradicardia fetal si el grado de desprendimiento es severo. Al igual que en cualquier sangrado vaginal que se presente durante el embarazo el examen vaginal debe iniciarse con la especuloscopia para hacer diagnóstico diferencial con otras etiologías como placenta previa. La ecografía es útil para

identificar un hematoma retroplacentario y para excluir otros trastornos asociados con sangrado vaginal y dolor abdominal. La identificación de un hematoma retroplacentario es el hallazgo ecográfico clásico del desprendimiento placentario y apoya firmemente el diagnóstico clínico, pero está ausente en muchas otras pacientes. La sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico del DPPNI es baja, oscilando entre el 25-50%, por tanto, la ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye la posibilidad de un DPPNI.

Manejo

Su manejo dependerá de la gravedad del desprendimiento, la edad gestacional y el estado de la madre y del feto. Siempre hay que tener presente que cualquier paciente, incluso con un sangrado leve procedente de un desprendimiento que está en riesgo de tener un desprendimiento grave repentino. Se recomienda finalizar el embarazo a

cualquier edad gestacional complicada por un desprendimiento grave, que puede definirse como un desprendimiento de placenta con inestabilidad materna (coagulopatía significativa, hipotensión y/o importante pérdida sanguínea incontrolable) o cuando el trazado de la FCF sea desalentador. El parto vaginal es razonable cuando la madre está estable y el registro cardiotocográfico es tranquilizador. Si la paciente no se encuentra en trabajo de parto activo podemos recurrir a la amniotomía y a la administración de oxitocina para acelerar el parto. En los casos no graves, pero con edad gestacional mayor a 34 semanas se recomienda finalizar el embarazo. Si la edad gestacional es menor de 34 semanas y el desprendimiento es leve y la madre está estable, con bienestar fetal tranquilizador se recomienda la maduración fetal y se puede usar la tocolisis.

BIBLIOGRAFIA

1. Silver, R. (2015). Abnormal Placentation. *Obstetrics & Gynecology*, 126(3), pp.654- 668.
2. Oyelese, Y. and Smulian, J. (2006). Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3, Part 1), p.694.
3. Rao, K., Belogolovkin, V., Yankowitz, J. and Spinnato, J. (2012). Abnormal Placentation. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67(8), pp.503-519.
4. Oyelese, Y. and Smulian, J. (2006). Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3, Part 1), p.694.
5. Ananth, C., Lavery, J., Vintzileos, A., Skupski, D., Varner, M., Saade, G., Biggio, J., Williams, M., Wapner, R. and Wright, J. (2016). Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(2), pp.272.e1-272.e9.
5. ZAPARDIEL, D., DE LA FUENTE, D. and BAJO ARENAS, P. (2008). GUÍA PRÁCTICA DE URGENCIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. 1st ed. Madrid (Sociedad española de ginecología y obstetricia): NABE EDITORES, pp.26-29.

Recepción: 02 Noviembre de 2017

Aprobación:10 Noviembre de 2017