

PLACENTA PREVIA ¹

Andia Melgar, Bladimir; Fuentes, Carla; Pozo, Olivia; Rojas, Mónica; Vizcarra, Hugo²; Arancibia, Fernando Luis³

RESUMEN

El presente trabajo ha sido expuesto en el marco de la Feria Científica 2010 de la UCEBOL. Se revisa la bibliografía sobre el tema, haciendo énfasis en la clasificación de la placenta previa, las diferentes características clínicas que identifican cada tipo de placenta previa. Se analizan los valores de morbilidad general, la etiología, anatomía patológica, los factores de riesgo, el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

ABSTRACT

This work has been exhibited in the framework of the 2010 Science Fair UCEBOL. We review the literature on the subject, with emphasis on the classification of placenta previa, the different clinical characteristics that identify each type of placenta previa. **We analyze the overall morbidity and mortality, etiology, pathology, risk factors, differential diagnosis and treatment**

PALABRAS CLAVE: Placenta previa. Morbimortalidad. Etiología. Factores de riesgo.

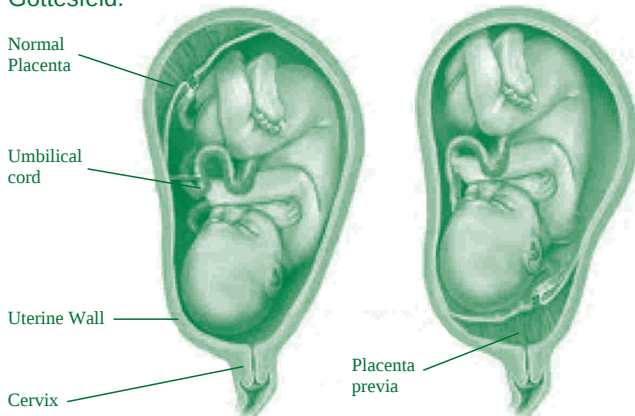
KEY WORDS: Placenta previa. Morbidity and mortality. Etiology. Risk Factors

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillemeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730 Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia, y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el concepto de placenta previa.

Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. Durante los siglos XVIII y XIX se practicaba la rotura de las membranas, metreuresis y la cesárea vaginal.

La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld.



1 Trabajo presentado en la Feria Científica UCEBOL 2010. Categoría Exposición

2 Estudiantes 10° Semestre Medicina. Asignatura Salud Materno Infantil. UCEBOL

3 Docente asesor. Asignatura Salud Materno Infantil. Carrera de Medicina. UCEBOL

DEFINICION

Se conoce con el nombre de placenta previa a un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento anormal del útero y, clínicamente, por hemorragias de intensidad variable.

Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel.

La hemorragia, aunque frecuente, puede no estar presente en el proceso; existen por lo tanto formas anatómicas sin expresión clínica. Esta variedad constituye el 25% de los casos y carece de importancia.



FRECUENCIA, INCIDENCIA Y MORBIPERINATALIDAD

Es distinta la frecuencia de este proceso si se considera solamente en los que, además, se suma las hemorragias. Estas últimas, que son las que realmente interesan, se presentan en las estadísticas con una frecuencia sumamente variable según los distintos autores, pero en conjunto se puede establecer la proporción de 1 cada 200 ó 300 embarazos. Dicha frecuencia es en las multiparas mayor que en las nulíparas, y en las mujeres de más de 35 años mayor que en las de menor de 25 años.

• Frecuencia

Su frecuencia es aproximadamente de 1/200 partos (0.5 por 100) habiendo sido descrita por Maillet del 0.33 al 2.6 por 100.

Sin embargo en los últimos 5 años se ha comunicado una frecuencia de 1/158 partos.

Esta incidencia varía dependiendo del método de diagnóstico. La placenta previa ocurre más frecuentemente en multiparas, tanto más cuanto mayor sea el número de gestaciones de una misma paciente. La incidencia de la placenta previa aumenta con la edad materna, y las recidivas en embarazos ulteriores no sobrepasan 1-3 por 100.

La bibliografía señala la siguiente frecuencia de las diferentes clases de placenta previa:

- a. Placenta previa total: 23-31%
- b. Placenta previa parcial: 21-33%.
- c. Placenta previa marginal: 37-55%

• Incidencia

La incidencia de la placenta previa suele ser 1/250 embarazos posteriores a la semana 24 de la gestación; 1/1500 nulíparas y 1/20 multíparas. Está influida por la edad gestacional en el momento del diagnóstico:

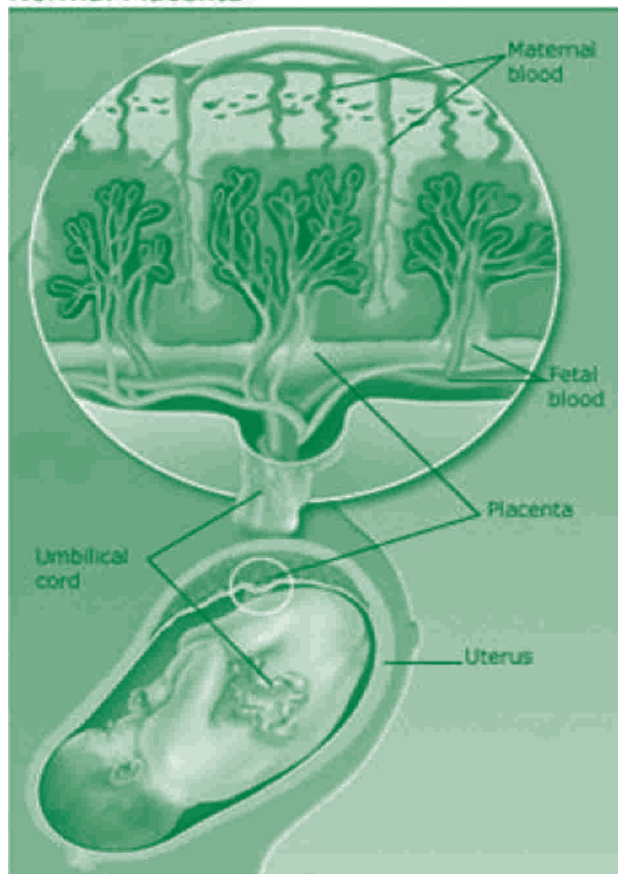
- El diagnóstico ecográfico de la placenta previa durante el segundo trimestre de la gestación es del 5%.
- En el parto a término, el diagnóstico ecográfico de la placenta previa es de 0.5%.
- Si se demuestra una placenta previa en una ecografía efectuada a las 26-28 semanas de la gestación, lo más probable es que el trastorno persista hasta el parto, por lo que debe recomendarse a la paciente tome las oportunas medidas preventivas.

La frecuencia de recurrencias de la placenta previa es de 12 veces la incidencia teórica.

• Morbilidad y mortalidad perinatales:

- La morbilidad perinatal es menor de 10%.
- La causa primaria de morbilidad y mortalidad prenatales es la prematuridad. Asimismo, el aumento de la mortalidad perinatal se asocia a hemorragia precoz, grandes pérdidas de sangre y antecedentes de placenta previas de tamaño mayor.
- En los pacientes con placenta previa, son 2-4 veces más frecuentes las malformaciones congénitas.

Normal Placenta



CLASIFICACION DE LA UBICACIÓN

La implantación de la placenta previa presenta una serie de variedades según su colocación:

• Tipo I, lateral o baja

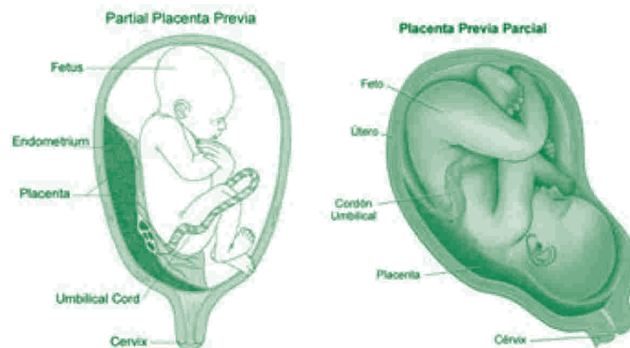
Es cuando se inserta en el segmento inferior (tercio inferior del útero), a una distancia del orificio interno del cuello inferior a 10 centímetros. Y sin llegar al orificio cervical.

• Tipo II, marginales o periféricas

La placenta toca, pero no rebasa la parte superior del cuello del útero. El reborde placentario alcanza el margen del orificio cervical.

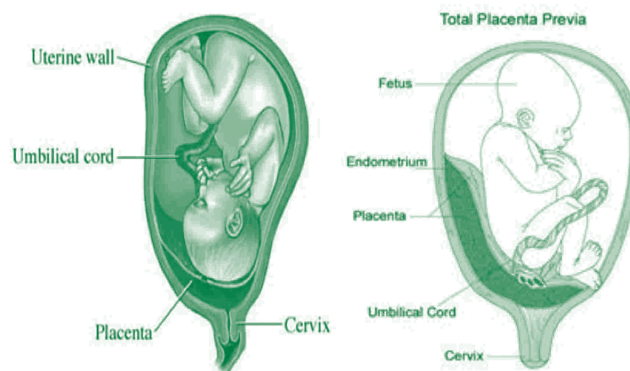
• Tipo III o parcial

La placenta obstruye parcialmente la parte superior del cuello del útero.



• Tipo IV o completa u oclusiva o central total

La placenta cubre completamente la parte superior del cuello del útero. Cuando se implanta sobre el área cervical, obstruye el orificio. Una placenta oclusiva total durante el embarazo, al comenzar el trabajo de parto, puede ocupar solo parcialmente el área del orificio cervical cuando ésta inicia su dilatación y adoptar, entonces, el carácter de placenta oclusiva parcial o central parcial.



Las estadísticas señalan que la placenta marginal es mucho más frecuente que la oclusiva y que ésta se presenta más habitualmente en las multíparas. Placenta previa es en sí misma un factor de riesgo.

ETIOLOGIA

No se ha encontrado aún una causa específica para la placenta previa, pero la principal hipótesis está relacionada con una vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugía o cuadros infecciosos.



El trastorno puede deberse a razones multifactoriales, incluyendo una asociación con la multiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, posiblemente, el hábito tabáquico. La cesárea anterior (Nielsen, 1989), la edad materna avanzada (Frederiksen, 1999), la multiparidad (Babinsky, 1999) y el hábito de fumar (Handler, 1994) han sido asociados a un aumento de riesgo de placenta previa.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de adquirir una enfermedad o afección. Los factores de riesgo incluyen:

- 1) Mujeres múltiples, en las que la zona de inserción placentaria de las sucesivas gestaciones va siendo substituida por tejido cicatricial, restando terreno apto para la implantación de la zona habitual.
- 2) Edad materna avanzada
- 3) Cicatrices uterinas, producidas por operaciones anteriores (miomectomía, cesáreas anteriores, operaciones plásticas por malformaciones uterinas).
- 4) Abortos de repetición o legrados uterinos enérgicos que impiden la regeneración del endometrio en zonas de cavidad uterina.
- 5) Gestación múltiple (dos o más fetos)
- 6) Miomas submucosos y pólipos endometriales. Alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.

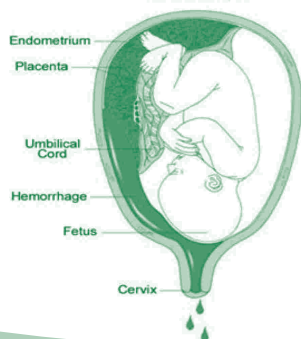
OTROS FACTORES DE RIESGO

- Tabaquismo, cocaína, razas negras y asiática, sexo masculino del feto, e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta.

CLÍNICA

Las mujeres con placenta previa a menudo se presentan con dolor, sangrado vaginal de color rojo brillante. El sangrado a menudo se inicia levemente y puede aumentar progresivamente a medida que la zona de separación placentaria aumenta. Se debe sospechar una placenta previa si hay sangrado después de las 24 semanas de gestación. El examen abdominal por lo general se encuentra con un útero no doloroso y relajado. Las maniobras de Leopold pueden revelar al feto en una posición oblicua, de nalgas o transversal como consecuencia de la posición anormal de la placenta.

Se da una metrorragia que se caracteriza por: Sangrado brusco, intermitente, indoloro y sin contracciones; tendencia a los coágulos, a la hemostasia espontánea. Es repetitiva, aumenta la intensidad y la frecuencia de los episodios. En el tercer trimestre de embarazo toda metrorragia es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario.



DIAGNOSTICO

El síntoma fundamental de la placenta previa es la hemorragia; la misma adquiere en este proceso tal importancia que hace que, entre las causas gravídicas de pérdida de sangre del final del embarazo, esta entidad sea responsable del más del 90% de los casos.

Tan alta frecuencia es lo que ha hecho decir que toda hemorragia del fin del embarazo significa placenta previa mientras no se demuestre lo contrario. La hemorragia de este proceso presenta características muy particulares: La sangre expelida es líquida, roja, rutilante. Es francamente indolora y se inicia con frecuencia durante el sueño. Es intermitente, reproduciéndose con espacios sucesivamente menores, aunque en cantidades mayores, hasta el límite inusitado.

El tacto vaginal, en principio, está contraindicado, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados e incrementar la hemorragia con grave riesgos.

No obstante, si fuera necesario (en caso de decidir una conducta de urgencia), se lo puede efectuar si se cuenta con los medios quirúrgicos al alcance inmediato, aunque siempre sería preferible la visualización del canal con especuloscopia; si se realiza el tacto se nota un almohadillamiento producido por la placenta entre el dedo que "tacta" y la presentación; en las múltiples con orificio entre abierto, la exploración intracervical permite palpar la placenta o las membranas que presenta un aspecto rugoso cuando ambas llegan al reborde cervical o lo cubren en su profundidad.

La exploración ecográfica constituye un diagnóstico de certeza de la placenta previa. Cuando la placenta se ubica en la cara posterior, al producirse el fenómeno de sombra acústica, se hace necesario efectuar una maniobra de rechazo del polo fetal. La ubicación placentaria por ecografía experimenta cambios hasta aproximadamente las 34 semanas debido al fenómeno conocido como migración placentaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algunos trastornos que se deben tomar en cuenta en casos de hemorragia durante el embarazo incluyen:

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Cervicitis
- Ruptura prematura de membrana
- Parto pretérmino
- Vaginitis
- Vulvovaginitis
- Vasa Previa
- Desgarro o laceración vaginal o cervical
- Aborto espontáneo

Debe excluirse del primer término toda hemorragia de origen ginecológico; se considera especialmente la exocervicitis hemorrágica, el cáncer del cuello de útero y la rotura de las variedades vaginales, esta última es con frecuencia de origen gravídico.

La observación directa por especuloscopia, que debe realizarse en todo caso de duda, permitirá excluir estos procesos.

El efecto, aparte de ocurrir también en los últimos meses del embarazo. El proceso es de iniciación aguda, con fuerte dolor en el sitio del desprendimiento; el útero, a veces aumentado de volumen, adquiere una consistencia leñosa; la hemorragia es, por lo general, única, de color negruzco, y se acompaña de algunos coágulos; el feto comúnmente está muerto.

	Útero		Características de la hemorragia interna	Feto	Exploración ecográfica
	Dolor	Tono			
Placenta previa (PP)	No	Normal	Abundante Reiterativa Rutilante Sin coágulos	Generalmente vivo	Inserción baja de la placenta
Desprendimiento prematuro Normoplacentario (DPP)	Si	Elevado, aumento brusco de la altura uterina	Escasa única oscura con coágulos	Habitualmente muerto	Inserción normal de placenta; hematoma retroplacentario

La embarazada presenta un cuadro de preeclampsia en un alto porcentaje de los casos; por último, puede agregarse un estado de shock, en el que, paradójicamente, la presión arterial se halla algo elevada.

En la rotura del seno circular, accidente del parto, la hemorragia se produce en el instante mismo de romperse la fuente de las aguas; la sangre fluye mezclada con líquido amniótico; el feto rápidamente muere, y no se "tactan" elementos placentarios.



TRATAMIENTO

Realizado el diagnóstico de placenta previa, si la hemorragia no es muy importante y la edad gestacional es inferior a 36 semanas, se deberá establecer la madurez pulmonar del feto.

En caso negativo, esta ha de inducirse farmacológicamente. Mientras tanto, se intentará un tratamiento médico consistente en reposo absoluto, control de la hemorragia y administración de uteroinhibidores si fuera necesario. Si el cuadro lo permite, se esperará hasta la madurez pulmonar fetal para realizar una operación cesárea, la cual podrá ser anticipada si la hemorragia es grave.

A pesar de que la cesárea es hoy día el procedimiento de elección para el tratamiento de la placenta previa, en casos con 4 cm de dilatación o más y placentas no oclusivas podrá intentarse la rotura de membranas (método de Puzos).

Si el método de Puzos fracasara, se recurriría a la operación cesárea.

PRONÓSTICO

El avance logrado en el diagnóstico y el mejor criterio terapéutico, muy especialmente después de generalizada la operación cesárea, han reducido los riesgos maternos y perinatal, si bien la mortalidad perinatal aún se mantiene elevada.

Pueden aparecer signos clínicos como metrorragias y complicaciones que pongan en riesgo al feto o a la madre,

como una hemorragia masiva, tromboembolia y shock. Sin embargo, el pronóstico suele ser bueno si se maneja adecuadamente. La mortalidad asociada con una placenta previa suele estar entre 2 y 3%.

Una de las complicaciones más temidas de la placenta previa es el acretismo placentario, que se caracteriza por la excesiva invasión del trofoblasto en el miometrio, dando lugar a hemorragia significativa cuando el obstetra intenta hacer el alumbramiento de la placenta.

Lamentablemente, la placenta previa acreta se ha convertido en una patología cada vez más frecuente. En 1952, de 1.000 mujeres con placenta previa, sólo dos tenían una placenta accreta asociada. En 1980 la cifra aumentó hasta 40,5/1.000, en 1985 a 99/1.000 y desde 1995 ha superado 150/1.000.

POSIBLES COMPLICACIONES

Los riesgos para la madre abarcan:

- Muerte
- Sangrado profuso (hemorragia)
- Shock

PREVENCIÓN

Cualquier gestante con hemorragia uterina durante el último trimestre de embarazo es sospechosa de placenta previa. Ante toda gestante que sangra en el último trimestre, el proceder obligado es el siguiente: Ingreso inmediato; Control hemático (especialmente hemoglobina y hematocrito); Ecografía transabdominal para precisar el lugar de inserción placentaria y evaluación biométrica fetal.

No hay pautas para prevenir el tromboembolismo. Sin embargo, si lo tiene, necesita seguir los siguientes pasos para prevenir el sangrado:

- Revisar la afección regularmente
- Instrucciones sobre reposo y control del sangrado y contracciones.

CONCLUSIONES

La placenta previa es la inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él.

Existen tres tipos de placenta previa: Total, parcial y marginal. Los principales factores de riesgo de la placenta previa son: multiparidad, cicatrices uterinas, edad materna avanzada, miomas submucosos así como el consumo de tabaco y cocaína.

El principal síntoma de la placenta previa es la hemorragia, la cual es indolora y aparece en los 7-8 meses de gestación. El diagnóstico de la placenta previa se puede lograr a través de un diagnóstico precoz o tardío (sintomático). Para efectuar el diagnóstico es necesario aplicar: pruebas de laboratorio, así como principalmente procedimientos diagnósticos como ecografía y anamnesis.

El tratamiento de la placenta previa depende de factores básicos como: estado de la madre, estado fetal, variedad anatómica de la placenta, estado de membranas y dilatación.