

Vasa previa: comunicación de un caso



Dres. Paula Oholeguy, Inés Cheda†, Gonzalo Sotero‡*

Clínica Ginecocológica B, Prof. Dr. Raúl Medina. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

Resumen

La vasa previa (VP) es una rara causa de metrorragia del tercer trimestre del embarazo, en la cual vasos sanguíneos procedentes de la placenta se interponen entre la presentación y el orificio cervical interno (OCI). Se trata de una patología que en la mayoría de los casos no se diagnostica durante el embarazo (prenatal) si no se la busca específicamente, siendo responsable de una alta mortalidad perinatal que oscila entre 60% a 90%, según distintas fuentes bibliográficas.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 26 años de edad, con 1,41 m de estatura, nulípara, que ingresa para cesárea de coordinación por desproporción feto-pélvica debida a estrechez pélvica absoluta. Se obtiene neonato vivo de sexo masculino y puntaje de Apgar de 9 puntos al minuto y 10 puntos a los 5 minutos. Como hallazgo en el alumbramiento se destaca placenta fúndica normoinserta con vasa previa. Se enfatiza la importancia del diagnóstico prenatal mediante la ultrasonografía Doppler para poder realizar un tratamiento programado y oportuno, logrando disminuir notablemente la mortalidad por esta rara pero igualmente letal entidad clínica.

Palabras clave: VASA PREVIA.
METRORRAGIA - etiología.
ULTRASONOGRAFÍA PRENATAL.

Keywords: VASA PREVIA.
METRORRHAGIA - etiology.
ULTRASONOGRAPHY, PRENATAL.

* Residente de Clínica Ginecocológica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Asistente de Clínica Ginecocológica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Prof. Adjunto de Clínica Ginecocológica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Paula Oholeguy

Las Heras 1802 apto 3. Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: pauoholeguy@adinet.com.uy

Recibido: 21/3/11.

Aceptado: 1/8/11.

Introducción

La vasa previa (VP) es una condición anatómica raramente reportada, en la cual los vasos sanguíneos de la placenta corren a través de las membranas cruzando sobre el orificio cervical interno (OCI), anteponiéndose a la presentación. La frecuencia de presentación reportada a nivel internacional es de 1:2.000 a 3.000 nacimientos, aunque posiblemente es subdiagnosticada. Su importancia se debe a su elevada mortalidad en caso de rotura de los vasos y a la muy frecuente falta de diagnóstico prenatal. La tasa de mortalidad fetal oscila de 60% a 95%, y 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, o a la compresión de los vasos sanguíneos por la presentación. Los vasos umbilicales discurren a lo largo de las membranas antes de que se junten en el cordón umbilical y están característicamente desprotegidos de la gelatina de Wharton⁽¹⁻⁴⁾.

Se diferencian dos tipos de VP: en el tipo I vasos velamentosos cruzan sobre el segmento uterino debido a una inserción velamentosa del cordón umbilical, el cordón se inserta en las membranas ovulares y no en el tejido placentario (figura 1). En la VP tipo II se produce el cruce de vasos fetales entre uno o más lóbulos accesorios de la placenta (figura 1)⁽¹⁾.

Se reconocen varios factores considerados de riesgo o relacionados con esta entidad clínica, como son: placenta de inserción baja, placenta previa, variaciones anatómicas de la placenta (bilobulada, succenturiada), un embarazo producto de fecundación in vitro o embarazo múltiple.

La VP puede no ser sospechada hasta que sucede la ruptura de los vasos umbilicales. Cuando se diagnostica antes del trabajo de parto, los resultados perinatales son considerablemente mejores. Con la ecosonografía transvaginal en combinación con Doppler color la VP puede ser detectada desde las 16 semanas de gestación⁽⁴⁾.

Cuando la VP es diagnosticada en el período prenatal, la realización de una operación cesárea oportuna, antes de iniciar el trabajo de parto es la conducta a tomar. Hay autores que planifican la interrupción mediante cesárea electiva a las 35 semanas de edad gestacional (EG). Incluso se plantea la internación de la paciente entre las 30 y 32 semanas cuando VP es diagnosticada⁽⁴⁾.

No hay casos de VP publicados en Uruguay. El objetivo de los autores es la comunicación de un caso clínico en el que no se realizó diagnóstico prenatal, pero con resultados perinatales óptimos debido a la vía de finalización del embarazo elegida.

Caso clínico

Se trata de una primigesta de 26 años, casada, procedente de una ciudad del interior de Uruguay, ama de casa, que ingresó al Hospital de Clínicas en junio del 2009, enviada para valoración por imagen patológica en ecografía prenatal, y en la antropometría fetal un perímetro abdominal en percentil 5. No presentaba síntomas ni signos clínicos de alarma tales como contracciones uterinas dolorosas, genitorragia o hidrorrea, y percibía movimientos fetales normalmente.

Cursaba un embarazo de 39 semanas de EG por fecha de última menstruación (FUM) confiable y ecografía a las

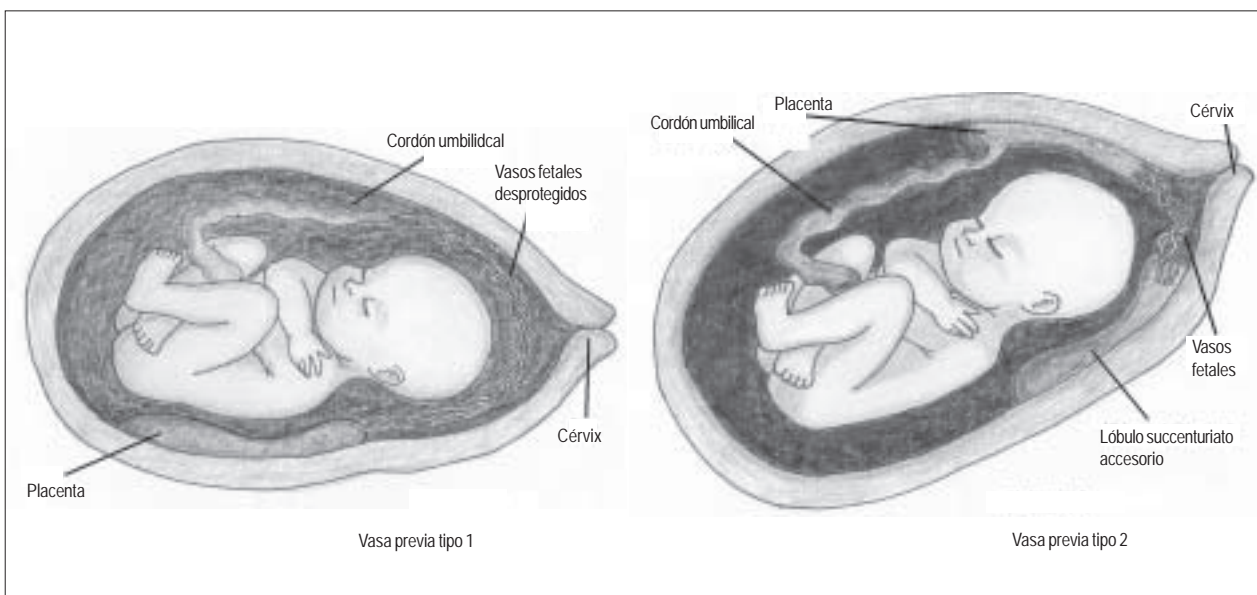


Figura 1. Vasa previa tipos 1 y 2. Dibujo realizado por Andrés Franco

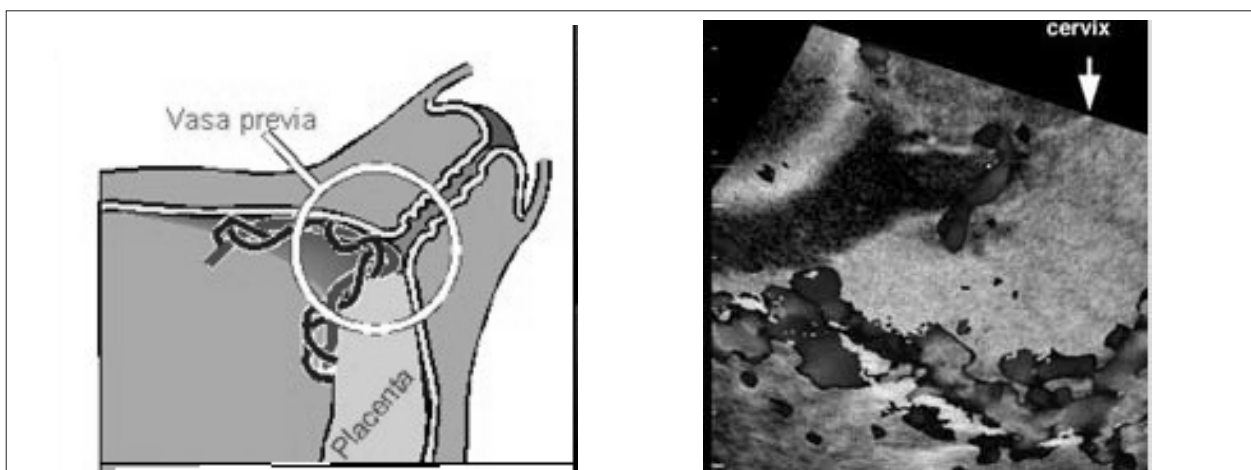


Figura 2. Esquema y Doppler color de vasa previa: se visualizan los vasos sanguíneos interpuestos entre la presentación y el orificio cervical interno. (Tomado de Philippe Jeanty, 2000)

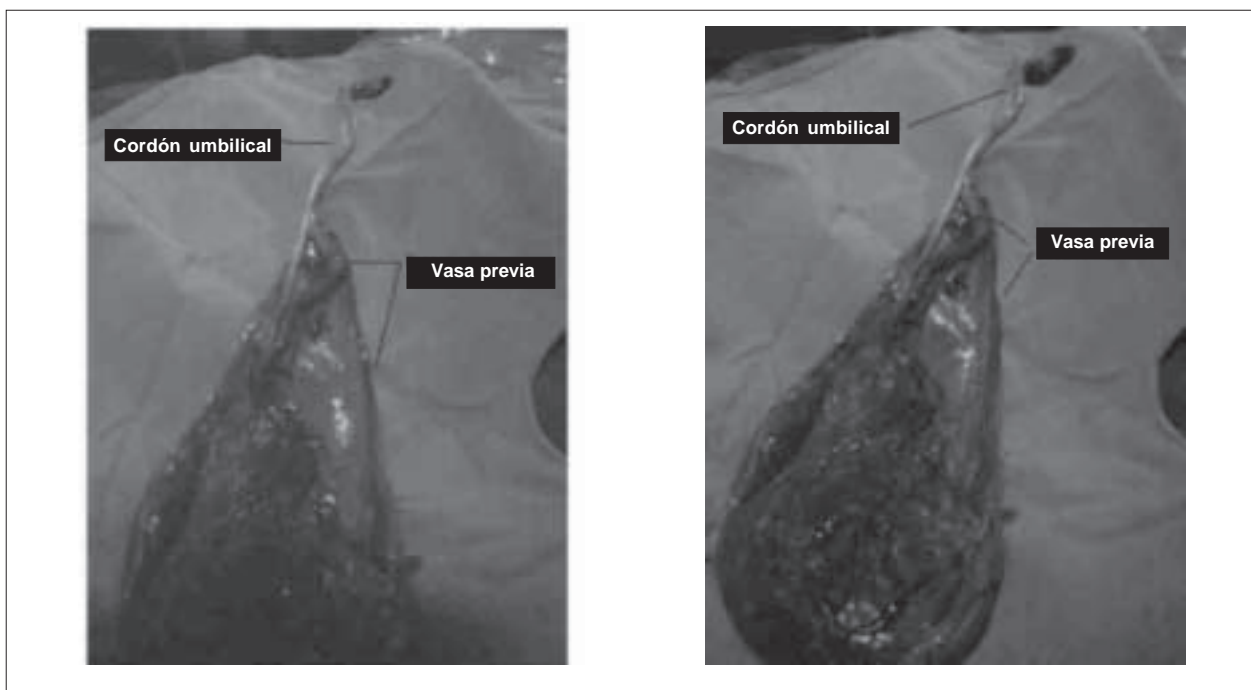


Figura 3. Placenta. Vasa previa. Cordón umbilical

13 semanas acorde con la amenorrea. Se trataba de un embarazo bien controlado en cantidad y calidad, mal tolerado por una amenaza de parto pretérmino (APP) a las 32 semanas que cedió con reposo.

De los antecedentes personales sólo presentaba asma intermitente leve. De los antecedentes familiares se destacaba diabetes mellitus e hipertensión arterial en su madre.

Del examen físico que se realizó al ingreso se destacaba: hábito pícnico, altura 1,41 m, peso 83,800 k, paciente obesa con un índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo de 36,3 y una ganancia de peso de 10,800 k al

final del embarazo. Abdomen globuloso con una altura uterina (AU) de 34 cm, feto único en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a izquierda. Latidos fetales presentes, frecuencia dentro del rango normal. Tono uterino normal, no presentaba contracciones uterinas dolorosas. Presentaba genitales externos de aspecto normal. Al tacto vaginal un cuello posterior de 2 cm de longitud, orificio cervical externo (OCE) y canal cervical permeable, OCI cerrado. De la pelvimetría se concluyó que la paciente presentaba una pelvis estrecha dado que se tactaba fácilmente promontorio, con un diámetro promonto-subpúbico

de 9 cm, presentaba un ángulo púbico agudo de 45 grados con un diámetro bisquiático de 9 cm, con espinas ciáticas prominentes típico de pelvis androide. Miembros inferiores sin elementos patológicos a destacar.

Fue evaluada por el equipo de sala, y por tratarse de una gestante con un embarazo de término y una desproporción feto-pélvica por factor óseo, se coordinó una operación cesárea para finalización del embarazo.

La cesárea se realizó sin complicaciones médico-quirúrgicas. Se obtuvo un recién nacido vivo, sexo masculino, puntaje de Apgar de 9 al primer minuto y 10 a los 5 minutos. Como hallazgo intraoperatorio se destacó la placenta fúndica normoinserta con VP (sin rotura) tipo I, que fue corroborado en el alumbramiento y por anatomía patológica.

El neonato pesó 2.642 gramos, 39 semanas de EG por test de Capurro, adecuado para la edad gestacional. Fue referido a alojamiento conjunto con alimentación a pecho directo exclusivo. La evolución intrahospitalaria tanto del neonato como la evolución puerperal de la madre fue favorable, otorgándose el alta a domicilio a las 72 horas del nacimiento.

Discusión

Si bien la frecuencia de VP es baja, 1 cada 2.000-3.000 embarazos, su importancia diagnóstica radica en su alta mortalidad, cercana a 60%-90%, cuando se produce la rotura durante el trabajo de parto. Esta cifra contrasta con una mortalidad de aproximadamente 3% cuando se realiza diagnóstico prenatal⁽⁵⁾.

Nelson y colaboradores, en 1990, fueron los primeros en reportar un caso de diagnóstico anteparto de VP mediante ecografía transvaginal y Doppler color, que luego se confirmó mediante anatomía patológica. En su reporte se concluyó que a todas las pacientes con placenta subcenturiada o inserción baja del cordón se debería realizar screening ecográfico prenatal⁽⁶⁾.

Lee y colaboradores realizaron un estudio observacional donde analizaron imágenes ecográficas en mujeres grávidas del Hospital Beaumont entre 1991 y 1998, asintomáticas, que habían sido referidas al hospital por motivos diferentes al de VP. Observaron el cérvix y el OCI en todas las mujeres en su segundo y tercer trimestre de embarazo, con un total de 93.874 mujeres. Si se sospechaba VP por ecografía abdominal, se realizaba Doppler color y ecografía transvaginal para evaluar los hallazgos. Se confirmaba VP cuando un vaso sanguíneo aberrante era visto claramente sobre el OCI. Se utilizaron ecografías seriadas para visualizar la historia natural de la VP⁽⁷⁾.

Sus resultados sugirieron que aunque no es posible detectar todos los casos de VP, la ecografía prenatal es útil para detectar casos asintomáticos, tan temprano como

en el segundo trimestre de embarazo⁽⁷⁾.

Una revisión retrospectiva reciente realizada por Oyalese y colaboradores mostró una tasa de sobrevivencia perinatal de 96% en los casos diagnosticados prenatalmente; sin embargo, 8% de los pacientes presentaron rotura prematura de membranas y 27,9% requirieron cesárea de emergencia⁽⁵⁾.

Otro estudio reportó diez pacientes con diagnóstico prenatal de VP entre 33.208 pacientes seguidas en un período de ocho años. En 80% ocurrió genitorragia del tercer trimestre (8/10) y 50% (5/10) de las pacientes requirieron hospitalizaciones prolongadas o múltiples⁽⁸⁾.

La evaluación del OCI es muy importante en aquellas mujeres con factores de riesgo para VP: placenta previa marginal u oclusiva, embarazo múltiple, inserción velamentosa del cordón, placenta bilobulada o subcenturiada y sospecha de vasos aberrantes por ecografía previa.

Sin embargo, la visualización del OCI puede ser extremadamente difícil en casos de vacuidad vesical, obesidad, o posiciones fetales subóptimas que causen sombra acústica.

Asimismo, existen diagnósticos ecográficos diferenciales que pueden ser confundidos con VP, como separación de la membrana amniocorial, nudos del cordón y cotiledón placentario marginal.

Quintero y colaboradores publicaron en 2007 el primer caso de ablación exitosa de VP tipo II in útero, con fotocoagulación por láser, a las 22,5 semanas de EG. El procedimiento se realizó bajo anestesia local y guía ecográfica, introduciendo un trócar de 3,8 mm en la cavidad amniótica. Se realizó Doppler transabdominal y transvaginal en el intraoperatorio que demostró la ausencia de flujo en los vasos ablacionados⁽⁹⁾.

Los posibles beneficios que se adjudicaron a este procedimiento fueron evitar: 1) el riesgo de hemorragia fetal en el momento de ruptura de membranas; 2) la hospitalización prolongada; 3) la interrupción por cesárea. Los riesgos potenciales del procedimiento: la ruptura de membranas, falla del procedimiento, parto prematuro con todas sus complicaciones, insuficiencia placentaria iatrogénica, posible daño neurológico y muerte fetal o neonatal⁽⁹⁾.

Además, se enfatizó en que para realizar la ablación in útero de la VP tipo II es primordial un diagnóstico exacto. Los diagnósticos diferenciales incluyen VP tipo I y placenta previa con vasos coriónicos cubriendo el OCI. La ablación con láser de VP tipo I llevaría a la muerte fetal inmediata. La ablación de vasos coriónicos puede resultar en hemorragia, desprendimiento placentario y óbito fetal. Por otra parte, el tratamiento con láser de la VP tipo II elimina un segmento entero de placenta, lo que puede resultar en óbito, daño de la economía fetal, o restricción del crecimiento intrauterino, por lo que la cirugía no debería realizarse si el cordón se inserta en el lóbulo placentario

menor. Las complicaciones del procedimiento quirúrgico pueden encubrir sus beneficios potenciales. Además del óbito y los efectos adversos de la reducción de la masa placentaria, la cirugía también se asocia a mayor riesgo de prematuridad por rotura prematura de membranas⁽⁹⁾.

En la opinión de los autores esta técnica no tiene actualmente aplicabilidad en Uruguay ya que, además de no haber sido nunca realizada en nuestro país, los riesgos que implica exceden ampliamente sus potenciales beneficios, no justificándose su uso.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente concluimos:

- Que es fundamental realizar una correcta anamnesis durante los controles prenatales para identificar los factores de riesgo antedichos.
- Que frente a los factores predisponentes antes mencionados se impone realizar un estudio ecográfico abdominal en el segundo trimestre de embarazo visualizando el OCI; si aparecen imágenes sugestivas de VP se debe completar el estudio con ecografía transvaginal y Doppler, método de elección para confirmar el diagnóstico.
- Que debido a la baja incidencia de esta entidad, aún no está claro si debe realizarse screening ecográfico universal en el segundo trimestre.
- Que la cesárea es la conducta de elección, una vez diagnosticada esta entidad, ya que la obliteración por láser es una técnica riesgosa, que no se realiza en nuestro medio.
- Que durante el alumbramiento es importante inspeccionar la placenta para que no exista subdiagnóstico de la enfermedad.

Sólo buscándola específicamente se podrá diagnosticar esta entidad, que es silente durante el embarazo, mejorando los resultados perinatales tanto como resulte posible.

Summary

Vasa previa (VP) is an unusual cause of metrorrhagia in the third trimester of pregnancy, where the blood vessels coming from the placenta are located in front of the internal cervical os. In the vast majority of cases this pathology is not diagnosed during pregnancy unless it is specifically looked for, and it results in high mortality rates ranging from 60% to 90% according to different sources.

A clinical case is presented: A 26 year old patient, 1.41m high, nulliparous, is admitted to hospital to undergo a coordinated c-section due to cephalopelvic disproportion absolute narrow pelvis. A live male newborn is obtained, Apgar 9 after one minute and 10 after five minutes. During delivery it was found that placenta was fundal and normally located although there was vasa previa. We empha-

size on the importance of prenatal diagnosis with Doppler scanning to draw up a timely and planned treatment and thus significantly diminish mortality resulting from this infrequent, though lethal condition.

Resumo

A vasa previa (VP) é uma causa rara de metrorragia do terceiro trimestre de gestação, na qual os vasos sanguíneos procedentes da placenta se cruzam ou atravessam a membrana amniótica passando pelo orifício cervical interno (OCI). Trata-se de uma patologia que, na maioria dos casos, não é diagnosticada durante a gravidez (pré-natal) se não é investigada especificamente, e que é responsável por uma alta mortalidade perinatal que varia entre 60% a 90% de acordo com diferentes estudos.

Apresenta-se o caso clínico de uma paciente de 26 anos de idade, com estatura de 1,41 m, nulípara, que ingressa a maternidade para cesárea de coordenação por desproporção feto-pélvica absoluta. O recém nascido vivo de sexo masculino apresentou boletim de Apagar de 9 pontos no primeiro minuto e 10 pontos aos 5 minutos. No momento do parto se observou placenta fúndica normoinserta com vasa previa. Destaca-se a importância do diagnóstico pré-natal utilizando ultrasonografia Doppler que permite realizar tratamento programado e oportuno buscando diminuir consideravelmente a mortalidade por esta rara, mas letal entidade clínica.

Bibliografía

1. **Daly-Jones E, John A, Leahy A, McKenna C, Sepúlveda W.** Vasa praevia: a preventable tragedy. *Ultrasound* 2006; 16(1): 8-14.
2. **Pérez R, Sepúlveda W.** Vasa previa. *Rev Chil Ultrasonog* 2008; 11(1): 26-30.
3. **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): 430-33.
4. **Derbala Y, Grochal F, Jeanty P.** Vasa previa. *J Prenat Med* 2007; 1(1): 2-13.
5. **Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, Lashley S, Schachter M, Tovbin Y, et al.** Vasa previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. *Obstet Gynecol* 2004; 103(5 Pt 1): 937-42.
6. **Nelson LH, Melone PJ, King M.** Diagnosis of vasa previa with transvaginal and color flow Doppler ultrasound. *Obstet Gynecol* 1990; 76(3 Pt 2): 506-9.
7. **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): 572-6.
8. **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): 109-15.
9. **Quintero RA, Kontopoulos EV, Bornick PW, Allen MH.** In utero laser treatment of Type II vasa previa. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007; 20(12): 847-51.