

Placenta previa en el instituto materno infantil carit

*Dr. Carlos Morera Mesén**

RESUMEN

Se analizan los casos de placenta previa que se diagnosticaron en el Instituto Materno Infantil Carit, en el período comprendido entre enero de 1978 - julio de 1979 (11 en total). En forma simultánea se revisan los diferentes aspectos del tema en base a literatura revisada y comparativamente se efectúa una correlación con los observados en nuestra casuística. A través de la revisión observaremos que ésta constituye una muestra muy representativa de revisiones mayores sobre el tema de la placenta previa en aspectos tan interesantes como: factores predisponentes, signos y síntomas, mortalidad y morbilidad perinatal y materna, incidencia de los diferentes tipos de placenta previa, tipo del parto, indicación y momento del parto, y la alternativa del manejo expectante u inmediato del parto.

INTRODUCCION

Después de que Schacher describió en 1709 la implantación de la placenta previa, von Walbaun usó en 1758 una vejiga animal distendida con aire como un tapón para el

control de la hemorragia. Mauriceau utilizó la ruptura de las membranas para inducir la labor de parto y controlar el sangrado. En 1860, Braxton Hicks describió la técnica combinada de la versión interna y externa para usar el feto como un tapón ante el peligro mencionado. En los inicios del siglo XX Voorhees utilizó un balón de 10 cms lleno de agua, ubicado en el cérvix para comprimir la placenta y Willet usó un clamp en T con pesos de 1 - 2 libras unido al cuero cabelludo fetal para taponear el sitio de sangrado con la cabeza fetal.

El más significativo avance en el manejo de la placenta previa ocurrió en 1927, cuando Bill, notando la alta mortalidad materna (10% en todos los casos y 25% en placenta previa total), advocó el uso liberal de la transfusión sanguínea y la más frecuente ejecución de la sección cesárea. El puntualizó que el tratamiento de la placenta previa era tan claro como cualquiera en obstetricia y que siendo sólo un problema de hemorragia, el tratamiento del mismo se resolvía: 1- reponiendo la pérdida sanguínea al

* Jefe Médico Clínica La Fortuna, San Carlos.
** Trabajo realizado durante su Internado Rotativo Universitario en el Instituto Materno Infantil Carit (1979).

paciente; 2- terminando el parto del paciente de una manera que causara la menor pérdida sanguínea durante el parto y el menor peligro de hemorragia en el post-parto.

Posteriormente, Johnson y MacAfee, independientemente, en 1945, plantearon el manejo conservador de la placenta previa con el único propósito de mejorar la mortalidad perinatal. El parto era postpuesto hasta que el feto alcanzara un aceptable estado de madurez o hasta que la severidad de la hemorragia inicial o subsecuente lo forzaran.

MATERIAL Y METODO

Se revisan los expedientes de 11 pacientes que ingresaron al Instituto Materno Infantil

Carit entre enero de 1978 y julio de 1979, en los cuales se hizo el diagnóstico de placenta previa. El diagnóstico se efectuó en base a la clínica, incluida la exclusión de sangrado de origen ginecológico con espéculo; amniografía en un caso fue negativa y tal como idealmente se debe confirmar, por examen vaginal en sala de operaciones previamente bien equipada y con sangre compatible disponible. Es claro que éste debe efectuarse en un momento en que el parto, de decidirse, no incremente el riesgo fetal. Complementó el diagnóstico, el laboratorio, que detectó anemia aguda en uno de los casos. Las pruebas de coagulación, tal y como es de esperar en placenta previa, fueron normales.

RESULTADOS

Tabla I
Análisis de 11 casos de placenta previa
ETIOLOGIA
FACTORES PREDISPONENTES

Caso	Incisiones Uterinas Previas	Paridad	Edad
1	2 cesáreas anteriores	G ₅ P ₂ A ₂	23 años
2	—	G ₄ P ₃ A ₀	27 años
3	—	G ₂ P ₁ A ₀	27 años
4	—	G ₁₂ P ₅ A ₆	42 años
5	—	G ₁ P ₀ A ₀	25 años
6	—	G ₁ P ₀ A ₀	18 años
7	—	G ₁ P ₀ A ₀	22 años
8	3 cesáreas anteriores	G ₅ P ₃ A ₁	28 años
9	1 cesárea anterior	G ₂ P ₁ A ₀	26 años
10	—	G ₄ P ₂ A ₁	40 años
11	—	G ₄ P ₃ A ₀	36 años

Tabla II
SIGNOS Y SINTOMAS

Caso	SANGRADO		OTROS
	Inicio	Características	
1	36 1/2 semanas	Leve, indoloro, (con coágulos grandes) cedió espontáneamente	Pélvico, ruptura prematura de membranas, útero blando, ausencia de sufrimiento fetal
2	42 - semanas	Severo, con coágulos	Ausencia de dinámica, y ausencia de sufrimiento fetal; signos vitales maternos estables
3	37 - semanas	Leve-moderado, oscuro	Pélvico, útero doloroso a la palpación
4	35 - semanas	Moderado, cedió espontáneamente	Anmiografía descartó placenta previa
5	35 1/2 semanas	Moderado, con coágulos oscuros	?
6	24 - semanas	Leve	Contracciones, se palpa placenta, cervix 5 cms de dilatación, parcial borrado.
7	32 - semanas	Moderado	Pélvico, no dinámica.
8*	14 - semanas	Severo, rojo, rutilante con coágulos	Traumatismo-externo dinámica F ₃ D ₂₀
9	38 1/2 semanas	Severo, SHOCK HIPOVOLEMICO	-
10	32 - semanas	Moderado	Contracciones, anemia aguda, hipertensión arterial
11	33 1/2 semanas	Leve-moderado	Pélvico, amenaza de parto prematuro

* Corresponde a paciente G₅P₃A₁; con historia de 3 cesáreas anteriores. Durante la dilatación uterina para L.U.I., se encontró placenta previa en segmento inferior. No se apunta tipo de placenta previa.

Tabla III
MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL Y MATERNA

Caso	PERINATAL		Mortalidad	MATERNA
	Mortalidad	Morbilidad		Morbilidad
1	0	Recién Nacido de Pretérmino Pequeño para la Edad Gestacional (RNPPEG). S.I.R.	0	Shock hemorrágico operatorio
2	0	RNTAEG**	0	Absceso de pared Ilioadinámico
3	0	RNTAEG	0	—
4	0	RNTAEG	0	—
5	0	RNTAEG Anoxia neonatal	0	Endometritis post-operatoria
6	*	*	0	—
7	0	RNTAEG Bajo Peso. RPM (ruptura prematura de membrana)	0	Endometritis Absceso de pared
8	*	*	0	Anemia aguda
9	0	RNTAEG	1	SHOCK HIPOVOLEMICO PARO CARDIORRESPIRATORIO
10	0	RNPPEG Bajo Peso S.I.R. Sufrimiento fetal agudo	0	Anemia aguda H.T.A.
11	0	RNTAEG	0	Pre-shock operatorio

* Corresponden a los abortos.

** RNTAEG significa: Recién Nacido de Pretérmino Adecuado para la Edad Gestacional.

Tabla IV
TIPOS DE PLACENTA PREVIA, MODO DE PARTO,
INDICACION Y MOMENTO DE PARTO

Caso N°	Tipo de placenta previa	Modo del parto	Indicación	Momento del parto
1	?	Operación Cesárea	2 Cesáreas anteriores. Pélvico.	36 1/2 semanas
2	Central	Cesárea	"Sangrado importante". P.P. central.	38 semanas
3	Central	Cesárea	Sangrado P.P. central	40 semanas
4	Marginal	Cesárea	Sangrado Moderado P.P. marginal	38 1/2 semanas
5	Central	Cesárea	Sangrado persistente. P.P. central	37 semanas
6	Parcial	Cesárea	Sangrado abundante Obito fetal. Edad: 18 años. G ₁ P ₀ A ₀ Labor franca	24 semanas
7	Central	Cesárea	Sangrado con coágulos. P.P. central	38 1/2 semanas
*8	?	Vaginal	Sangrado severo P.P. ?	14 semanas
9	Marginal	Cesárea	Cesárea anterior P.P. marginal	38 1/2 semanas
10	Central	Cesárea	Sangrado abundante	36 semanas
11	Central	Cesárea	Sangrado abundante	39 1/2 semanas

* Corresponde a la paciente G₅P₃A₁, historia de 3 cesáreas anteriores. (No se apunta el tipo de placenta previa encontrada). Durante la dilatación cervical para L.U.I., se encontró P.P. en segmento inferior.

Tabla V
MANEJO EXPECTANTE - MANEJO INMEDIATO DEL PARTO

Caso	Manejo	Semana de inicio y fin del manejo expectante. Semana del manejo inmediato	Motivo de terminación del embarazo
1	Espectante	35 1/2 - 36 1/2 semanas	R.P.M. Sangrado con coágulos grandes.
2	Inmediato	38 semanas	Sangrado abundante. Labor de parto
3	Espectante	37 - 40 semanas	Sangrado. Labor de parto.
4	Espectante	35 - 38 semanas	Sangrado moderado. Presentación pélvica.
5	Espectante	35 1/2 - 37 semanas	Sangrado abundante.
6	Inmediato	24 semanas	Sangrado abundante. Franca labor.
7	Espectante	30 - 38 1/2 semanas	Sangrado.
8	Inmediato	14 semanas	Sangrado abundante.
9	Inmediato	38 1/2 semanas	Cesárea anterior. Embarazo de término.
10	Espectante	32 - 36 semanas	Hemorragia abundante. Labor de parto.
11	Espectante	33 1/2 - 39 1/2 semanas	Sangrado abundante.

DISCUSION

La causa precisa de la placenta previa es desconocida. Se sugieren una serie de factores predisponentes, tales como:

1. Defectuosa implantación del huevo en endometrio.
2. Incisiones uterinas previas (especialmente aquellas en el segmento inferior y que comprometen el endometrio)
3. Tumores que distorsionan el contorno del utero.
4. Endometritis.
5. Incrementada edad materna
6. Múltiples gestaciones
7. Embarazos poco espaciados

Además existen varias teorías sujetas a comprobación.

Tal y como se desprende del análisis del cuadro N^o 1, 3 de los 11 casos (27.2%), presentó historia de cesáreas anteriores, lo cual está en favor del papel de las incisiones uterinas previas como factor predisponente

de la placenta previa.

De los 11 casos presentados, 6 pacientes habían tenido 4 ó más gestas, observándose que en estas pacientes de incidencia de placenta previa fue el doble que las primigestas (3 casos) y el triple que en las secundigestas (2 casos). Del total de pacientes, 8 eran multigestantes y sólo 3 primigestas. En las revisiones clásicas se señala esta mayor incidencia de placenta previa en las multigrávidas. En la revisión de la literatura hecha por Abdul-Karin y Chevli, estos autores encontraron que esto era más un efecto de la edad que de la paridad y que la placenta previa era tres veces más frecuente en las pacientes mayores de 35 años que en las menores de 25 años y si la edad se mantenía constante no se veía asociación con la paridad. En nuestros casos, 5 pacientes tenían 25 o menos años de edad y 6 pacientes estaban comprendidos entre los 26 y 45 años de edad.

Es de resaltar que en 4 de los casos estu-

diados (caso 1, 4, 8, 10), existía el antecedente de aborto, con L.U.I., lo que podría relacionarse con defectuosa implantación como factores predisponentes de placenta previa.

El síntoma cardinal de la placenta previa es el sangrado vaginal indoloro. Más frecuentemente ocurre en el tercer trimestre, aunque sangrados previos pueden ocurrir en el segundo y primer trimestre. De los 11 casos aquí expuestos, en 9 de ellos el sangrado se presentó antes de la 37 semana y en 7 casos antes de la 35 semana de gestación (tabla II). Tres casos presentaron sangrado en segundo trimestre. El 90% aproximadamente (10 casos), experimentaron el sangrado antes del parto, porcentaje que coincide con el encontrado por Hibbard en su extensa revisión de 475 casos de placenta previa. La intensidad de la hemorragia fue variable; se señaló como leve en 2 casos, fue leve-moderada en 6 pacientes y se apuntó severa en 3 ocasiones, desarrollándose en un caso shock hipovolémico. Abdul-Karim y Chevli señalan que el shock hipovolémico sucede en un 10-25% de los casos; en consonancia con nuestra revisión.

Llamó la atención que en 4 de los 11 casos (36.3%) la presentación fue pélvica, lo que resulta de la implantación anómala de la placenta que dificulta el descenso y encajamiento de la presentación, exponiendo a este tipo de presentaciones viciosas.

Hibbard hace notar que a pesar de la incrementada utilización del parto abdominal, el manejo expectante prolongado, la hospitalización extendida y los nuevos métodos de diagnóstico, la sobrevida fetal no ha mejorado apreciablemente en los últimos 20 años. En sus series, comprendiendo los períodos de 1948-1953 (262 casos de placenta previa) y de 1962-1966 (196 casos), encontró una mortalidad fetal, no corregida, de 24.9% y 24.7% respectivamente. Analizando, tanto por peso (2500 g o menos), como por edad gestacional (menos de 37 semanas), la prematuridad fue el factor dominante en la mortalidad perinatal; 52.3% fueron prematuros por peso y 54.8% fueron prematuros por edad gestacional; éstos causaron el 80% y 85% de mortalidad perinatal respectivamente.

Dos de nuestros casos fueron abortos, a las 24 y 14 semanas de gestación, respecti-

vamente. En ellos, el diagnóstico de placenta previa se efectuó en sala de operaciones y no por ecografía. Aunque en los restantes 9 casos que llegaron a parto la prematuridad fue de 44.4% (4 casos: 3 por edad gestacional y 1 por peso), la mortalidad perinatal estuvo ausente (tabla III). No sucedió así con la morbilidad perinatal que fue florida; pues, además de los 4 casos de prematuridad, 2 casos presentaron S.I.R., 1 caso sufrimiento fetal agudo, 1 caso anoxia neonatal. Más adelante analizaremos el papel que sobre la mortalidad perinatal, jugó el manejo expectante de la placenta previa.

La mortalidad materna, luego del uso frecuente de la operación cesárea y de las transfusiones, además del uso de los antibióticos, ha disminuido desde cifras tan altas como el 40% a cifras que oscilan entre el 0-0.9%. Hibbard, aunque tuvo un 23% de morbilidad materna, no tuvo mortalidad materna en sus 475 casos de placenta previa.

Se presentó un caso de mortalidad materna en nuestros 11 casos de placenta previa, por shock hipovolémico y paro cardiorrespiratorio.

El 45.4% de las pacientes (5 de los 11 casos), presentaron hemorragia; 2 casos shock, 1 pre-shock y 2 anemia aguda; señalando a ésta, como la mayoría de los autores, como la principal causa de morbi-mortalidad materna. Se señaló a la infección como la segunda causa en importancia de morbi-mortalidad materna. Así sucedió en nuestra revisión al presentarse 3 casos de infección (27.2%); 2 por endometritis y 1 por absceso de pared abdominal. En un caso ambos problemas se hicieron presentes.

De 9 casos en que observamos se apunta el tipo de placenta previa, 6 casos (66.6%) presentaron el tipo central o total, 2 casos (22.2%) fueron del tipo marginal o inserción baja (es aquella que toca el borde pero no se extiende más allá del margen del oz interno) y 1 caso (11.1%) fue parcial o incompleta (tabla IV) (es aquella en la que sólo una porción del oz interno es cubierta). No coincide con la frecuencia señalada por Abdul-Karim y Chevli de 23-31.3%, 37-54.9% y 20.6-33%, respectivamente.

En 2 casos no se apuntó el tipo de placenta previa.

En la placenta previa total y parcial, el parto debería ser por sección cesárea. El

parto vaginal no debería ser ejecutado electivamente en ningún grado de placenta previa asociado con hemorragia moderada o severa, a menos que el parto vaginal sea inminente. Siguiendo estrictamente estas pautas, el 100% de nuestros casos fueron partados por sección cesárea. En casos seleccionados de placenta previa marginal, el parto vaginal da buenos resultados; sin embargo, nuestras 2 pacientes con este tipo de placenta previa tenían sangrado moderado uno y cesárea anterior el otro, por lo que se optó por el parto abdominal. Observando la indicación del modo del parto, quedamos satisfechos con la conducta escogida.

Llama mucho la atención que en tres de los 11 casos, se presentó accretismo placentario y en 2 de ellos existía el antecedente de cesárea anterior.

En ausencia de labor espontánea o hemorragia incontrolable, la placenta previa puede ser tratada con manejo conservador y hasta que el feto adquiriera adecuada madurez o los cambios en las circunstancias requieran la terminación del embarazo. Este manejo fue instituido —y sólo debe ser instituido— cuando:

1. El episodio inicial de sangrado no amenaza la vida de la madre, no termina en shock hipovolémico o causa menos de 500 cc de pérdida sanguínea.
2. El feto está vivo y no se ha obtenido una madurez compatible con la existencia extrauterina.
3. La madre no está en labor de parto.
4. Las hemorragias subsecuentes no amenazan la vida de la madre y no resultan en shock hipovolémico.

Estos criterios no fueron cumplidos en el 36% de los casos (4 casos del total de 11). En 63.7% (7 casos), estos se cumplieron y se manejaron conservadoramente. En estos últimos, la terapia conservadora pudo ser continuada más allá de 1 semana en 100% de las pacientes, en 5 de ellos (71.4%) más allá de 3 semanas. Esto permitió llevar 4 pacientes (57.1%) con placenta previa, de pretérmino a embarazo de término y hacer avanzar la madurez fetal entre 1 y 4 semanas en los restantes 3 casos (tabla V).

Hibbard señala que los criterios para manejo expectante sólo se cumplen en el

34-52%. Esto llevó a que de sus 475 casos de placenta previa pudiera continuar la terapia expectante, más allá de 4 días en únicamente el 34% de ellos.

La principal causa de terminación del embarazo en los 3 casos que no lograron llevarse a término con el manejo expectante —al igual que en los restantes— fue el sangrado abundante y en segundo lugar, el desencadenamiento de la labor de parto, ambas contraindicaciones para continuar con el manejo expectante.

La precisión en el establecimiento del manejo expectante y el incremento en la madurez fetal logrado con éste, aunado al establecimiento del momento adecuado de la terminación del embarazo, sin duda fueron factores que determinaron la ausencia de mortalidad perinatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Abdul-Karim R.W., Clevli R.N.: Antepartum Hemorrhage and Shock Clinical Obstetrics and Gynecology. 19: 553, 1976.
2. Hibbard L.T., Placenta previa. Am. J. Obst. & Gynec. 104: 172, 1969.
3. Hibbard L.T.: Fetal mortality in placenta previa. Obstet. Gynecol 8: 613, 1956.
4. Helman L.M., Pritchard J.H., Wynn R.M. Placenta Previa and Abruptio placentae In Williams Obstetrics, ed 14, edited by NJ Eastman and LM Helman. New York, Appleton - Century - Crofts, 1971.
5. Crenshaw Jr. C; Jones Ded, Parker Rt: Placenta Previa a Survey Years Experience, with improved perinatal survival by expectant therapy and cesarean delivery. Obstet Gynecol Surv 28: 461, 1973.
6. Dimasi Ft, McGoldrick DM; Crogen Rh: Placenta accreta. -With special reference- to comined placenta previa y accreta. Am J Obstet Gynecol. 87: 190, 1963.
7. Gabert HA: Placenta Previa y fetal growth. Obstet Gynecol 38: 403, 1971.
8. Ifry L: Contribution to the etiology of placenta previa. Am J. Obstet Gynecol. 83: 969, 1962.
9. Schlesinger ER, Mazumdar SM, Logrillo VM: The impart of placenta previa en Survivorships of offspring to four years of age. Am J. Obstet Gynecol. 46: 657, 1973.
10. Berk JL: Use of Vasuactive drugs in the treatment of shock. Surg. Clin North Am. 55: 721, 1975.