

Hemorragia fetal aguda letal por rotura de vasa previa

Lethal acute fetal hemorrhage from ruptured vasa previa

José Luis Lobato Miguelez, Cristóbal Franquelo Wierhan, María Victoria San Román Sigler, Miguel López Valverde

Hospital de Basurto. Bilbao, España.

RESUMEN

La vasa previa es una afección rara asociada a una elevada mortalidad perinatal. Los vasos sanguíneos fetales cruzan por encima del orificio cervical interno y son el resultado de una inserción velamentosa del cordón umbilical. Se presenta un caso de sufrimiento fetal agudo letal causado por rotura de un vaso previo durante el segundo periodo del parto. Se comenta la etiología y el manejo clínico de esta afección.

Palabras clave: rotura de vasa previa, inserción velamentosa del cordón.

ABSTRACT

Vasa previa is a rare condition associated with high perinatal mortality. Fetal blood vessels cross over the internal os and they are the result of an insertion cord velamentous. We report a case of fatal acute fetal distress caused by rupture of a vessel in the second period before delivery. We discuss the etiology and clinical management of this condition.

Key words: rupture of vasa previa, velamentous cord insertion.

INTRODUCCIÓN

La vasa previa es una entidad poco frecuente. Aparece cuando el cordón umbilical tiene una inserción velamentosa y los vasos fetales discurren durante un trayecto más o menos largo a través de las membranas totalmente desprotegidos al carecer de la gelatina de Wharton, lo que los hace especialmente vulnerables a la rotura o a los desgarros cuando se sitúan a nivel del orificio cervical interno por debajo de la presentación fetal.

La lesión vascular puede ocurrir durante el embarazo y sobre todo durante el parto, especialmente en el momento de la rotura de las membranas amnióticas.

Como la hemorragia en caso de rotura de vasa previa procede del feto, no suele ser muy abundante pero con un resultado letal por exanguinación fetal.

Se estima que la incidencia de esta complicación es de uno de cada 3 000 partos y tiene una elevadísima tasa de mortalidad neonatal, superior al 95 % en la mayoría de las series.^{1,2}

Dada su extrema gravedad, lo ideal sería el diagnóstico anteparto y realización de una cesárea electiva.

Cuando se sospecha la rotura de una vasa previa se debe de actuar de inmediato, realizando la extracción fetal de la manera más rápida posible.

Presentamos un caso letal de rotura de vasa previa que sucedió durante el periodo expulsivo del parto.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 32 años, primigesta, con gestación conseguida por fecundación *in vitro*, con controles adecuados y evolución normal.

Como antecedentes personales destaca una quistectomía ovárica bilateral laparoscópica por una endometriosis.

La paciente acudió a este Servicio con una edad gestacional de 41 sem. Refería rotura espontánea de bolsa amniótica con emisión de líquido claro sin presentar más sintomatología.

A la exploración se confirmó la rotura de la bolsa amniótica, el cérvix estaba semiborrado, de consistencia y posición media y con 1 cm de dilatación. El feto adoptaba una situación longitudinal, con presentación cefálica y actitud flexionada. La monitorización cardiotocográfica inicial mostró un patrón reactivo y una dinámica uterina irregular.

Siguiendo el protocolo de actuación de este Servicio se procedió a la estimulación de la dinámica uterina mediante infusión oxitócica bajo anestesia epidural y control cardiotocográfico continuo.

La evolución fue satisfactoria en cuanto al progreso de la dilatación manteniéndose en todo momento un registro cardiotocográfico normal.

Once horas después del ingreso, la paciente presentó una metrorragia en cantidad moderada coincidiendo con pérdida del foco cardíaco fetal en la cardiotocografía externa. A la exploración se apreció una dilatación cervical completa con la presentación cefálica en IV plano de Hodge por lo que la paciente fue trasladada al instante al paritorio, nació de inmediato un feto hembra de 2 595 g en parada cardiorrespiratoria. Se realizaron maniobras de reanimación profunda a base de intubación endotraqueal, oxigenoterapia, masaje cardíaco y administración de adrenalina sin conseguir actividad cardíaca en ningún momento, dándole una calificación en el test de Apgar de 0-0-0.

Al examen macroscópico de la placenta observamos una inserción velamentosa del cordón umbilical y la rotura de una de las paredes vasculares (Fig.).



Fig. Inserción velamentosa del cordón y rotura vascular (flecha).

DISCUSIÓN

Se estima que la vasa previa afecta a uno de cada 3 000 partos, aunque muchos autores señalan que la incidencia real puede ser mayor ya que el diagnóstico es casi siempre retrospectivo y muchos casos pasan inadvertidos o se confunden con otras causas de hemorragias del tercer trimestre.^{1,2}

Entre los factores de riesgo para padecer una vasa previa se citan las gestaciones conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida (como el caso que presentamos), los embarazos múltiples sobre todo si se trata de gestaciones monocoriales, las anomalías de inserción placentaria tales como las placentas

previas de inserción baja y las variaciones anatómicas como las variantes bilobuladas y succenturiata.^{3,4}

Algunos autores han propuesto la realización de un estudio ecográfico transvaginal como parte del control rutinario del embarazo en aquellas gestaciones con factores de riesgo de padecer esta patología.⁵⁻⁷ El empleo del Doppler color permite estudiar la placenta, la inserción placentaria del cordón umbilical e identificar la presencia de vasos sanguíneos umbilicales en las proximidades del orificio cervical interno con sensibilidades superiores al 90 %.⁶

Smorgick y otros⁸ en su revisión de 19 embarazos con vasa previa confirmada demostraron las ventajas del diagnóstico prenatal ecográfico realizado en la mitad de la gestación y el impacto significativo en el resultado obstétrico. En el mismo sentido, la *Canadian Society of Obstetrics and Gynecology*⁹ señala la importancia del diagnóstico prenatal ecográfico recomendando la cesárea electiva cuando se diagnostica una vasa previa anteparto con un nivel de evidencia 1A.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, el diagnóstico se sospecha clínicamente al observarse una hemorragia vaginal generalmente coincidiendo con la rotura espontánea o artificial de la bolsa amniótica, aunque también puede presentarse durante la dilatación e incluso durante el periodo expulsivo como en el caso que se presenta, todo ello acompañada de signos de sufrimiento fetal grave por anemia aguda severa.

Una vez que se produce el sangrado genital, que a veces es leve, existe un riesgo muy elevado para la vida del feto con un porcentaje de mortalidad superior al 95 % debido a la hemorragia fetal, por lo que la actitud más adecuada es la extracción fetal inmediata por la vía más rápida, generalmente por cesárea.

La rotura de vasa previa es una infrecuente y grave complicación que habitualmente conduce a la muerte del feto.

Las mayores posibilidades de supervivencia las ofrece el diagnóstico ecográfico anteparto de los vasos previos y la cesárea electiva una vez alcanzada la madurez fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soto C, Germes F. Rotura del cordón umbilical y vasa previa: comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2007;75:214-8.
2. Oyelese KO, Turner M, Lees C, Campbell S. Vasa previa: an avoidable obstetric tragedy. *Obstet Gynecol Surv.* 1999;54(2):138-45.
3. Duenhoelter JH. Survival of twins after acute fetal hemorrhage from ruptured vasa previa. *Obstet Gynecol.* 1989;73(6):866-7.
4. Papathanasiou D, Witlox R, Oepkes D, Walther F, Bloemenkamp K, Lapriore E. Monochorionic twins with ruptured vasa previa: Double trouble. *Fetal Diagnosis and Therapy.* 2010;28(1):48-50.

5. Jose Canto Rivera M, Bachs SC, Vilarmau MG, Capdevila JP, Pérez FO. Vasa previa: diagnóstico prenatal ecográfico y conducta obstétrica. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(11):643-7.
6. Markov D, Ivanov S, Markov P, Djavolov V, Nikolov A, Dimitrov A, et al. Velamentous insertion of the umbilical cord: diagnosis and management. Akusherstvoiginecología. 2009;48(5):3-10.
7. Raga F, Ballester MJ, Osborne NG, Bonilla-Musoles F. Role of color flow Doppler ultrasonography in diagnosing velamentous insertion of the umbilical cord and vasa previa: A report of two cases. Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist. 1995;40(11):804-8.
8. Smorgick N, Tovbin Y, Ushakov F, Vaknin Z, Barzilay B, Herman A, et al. Is neonatal risk from vasa previa preventable? The 20-year experience from a single medical center. J Clin Ultrasound. 2010;38(3):118-22.
9. Gagnon R, Morin L. Guidelines for the management of vasa previa. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(8):748-60.

Recibido: 2 de mayo de 2012.
Aprobado: 18 de mayo de 2012.

José Luis Lobato Miguelez. Hospital de Basurto. Ave. Montevideo, 18 48013 Bilbao, España. Correo electrónico: lobatomiguelezjl@yahoo.es