



Placenta previa

Barroso Linares R, Belando Plaza E, Luque Ufarte MM, Martínez Zarco A, Naranjo Díaz E, Varó Torrecillas O (1)
Oliva Sánchez R (2)

1. Médico Interno Residente
2. Facultativo Especialista Adjunto

CASO CLÍNICO

Gestante de 30 + 6 SG que consulta por sangrado vaginal. Embarazo gemelar, monocorial biamniótico. La paciente refiere episodio de sangrado vaginal en cantidad similar a regla. No hipertono uterino. No dinámica uterina. No refiere hidrorrea. Niega otra sintomatología acompañante. Último control de la gestación en la Unidad Materno - Fetal el día 09 / 09, objetivándose una diferencia ponderal del 19 %, sin signos de transfusión feto - fetal. Placenta previa oclusiva dependiente de cara posterior.

A la exploración física, genitales externos normales y cérvix macroscópicamente normal. Se observa un sangrado activo menor a regla, procedente de cavidad. En la ecografía abdominal, se observa ambos fetos en céflica con FC (+) y movimientos activos. Placenta previa oclusiva posterior, que también se observa por ecografía transvaginal. Analítica con Hb de 11.2 g / dL.

La placenta previa es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero y supone el 20 % de las hemorragias del tercer trimestre. Se puede clasificar en:

- Placenta de inserción baja: < 2 cm del orificio cervical interno (OCI).
- Placenta marginal: la placenta llega al borde del OCI, pero no lo sobrepasa.
- Placenta oclusiva parcial: el OCI está cubierto parcialmente por la placenta.
- Placenta oclusiva total: la placenta cubre completamente el OCI.

Actualmente, se opta por un manejo conservador con estabilización hemodinámica, control del bienestar fetal, maduración pulmonar, reposo y no tactos vaginales, e intentar mantener el Hto > / = 30 % y Hb > / = 10 g / dL. Estaría indicado en caso de: hemorragia no grave, estado hemodinámico estable, EG < 36 - 37 semanas o hay inmadurez pulmonar, no período activo de parto, feto vivo, sin malformaciones ni datos de pérdida de bienestar fetal, no contraindicaciones médicas u obstétricas para prolongar la gestación. En caso de dinámica uterina, se pueden emplear el ritodrine o la terbutalina. Tras 48 - 72 horas de ausencia de hemorragia, se podría plantear el manejo ambulatorio.

En caso de sangrado abundante, inestabilidad hemodinámica o RCTG patológico, se realizará cesárea urgente o emergente.



	DPPNI	PP	ROTURA UTERINA	VASA PREVIA
INICIO	Brusco	Lento	Brusco	Brusco, coincide con amniorrhexis
SANGRADO	Escaso, oscuro	Rojo, abundante, discontinuo	Hemorragia vaginal variable Shock hipovolémico, hemoperitoneo	Líquido amniótico teñido de sangre
ESTADO MATERNO	Malo	Bueno	Shock	Bueno
ESTADO FETAL	Feto afectado, con riesgo de anoxia y muerte	Poco afectado, riesgo de prematuridad	Muy afectado, alta mortalidad	Sufrimiento fetal agudo, elevada mortalidad
DOLOR	Sí	No	Sí	No
TONO UTERINO	Hipertonía	Normal	Atonía	Normal

BIBLIOGRAFÍA:

- Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide A, Belfort M, Burton G, Collins S, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green - top Guideline No. 27a. BJOG. Enero de 2019; 126 (1).
- SEGO. PLACENTA PREVIA. 2012.