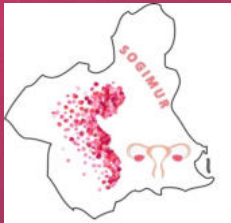




Arrixaca
Hospital Clínico Universitario
Virgen de la Arrixaca



XXXIII REUNIÓN
SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA DE LA REGIÓN DE
MURCIA

HEMATOMAS PLACENTARIOS

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Autores: Varó Torrecillas. O (1), Belando Plaza. E (1), Naranjo Díaz. E (1), Luque Ufarte. M (1), Martínez Zarco A (1), Barroso Linares. R (1), Crespo Bañón. P (1), Díaz Meca. L (2).

(1) MIR Médico Interno Residente

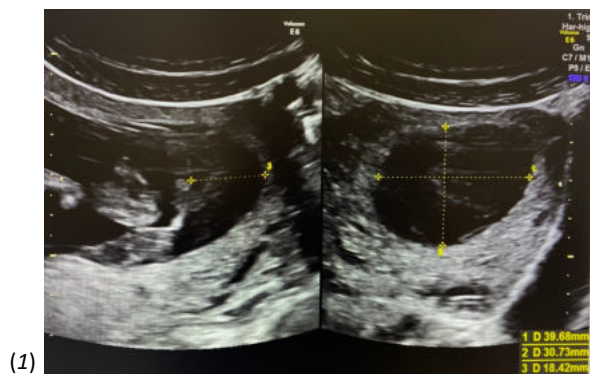
(2) FEA Facultativo Especialista Adjunto

INTRODUCCIÓN

- Existen tres tipos de hematomas placentarios en función de su localización con respecto al corion: subamniótico, subcoriónico y retro-placentario. El hematoma subcoriónico es el más frecuente por debajo de las 20 semanas de gestación.
- Es la causa **más frecuente** de metrorragia en el primer y segundo trimestre.
- Se originan generalmente por una rotura de vasos del espesor placentario. Este acúmulo de sangre se produce a través de la membrana coriónica, separándola de la decidua subyacente, comprimiendo el saco gestacional y acaba por externalizarse a través del canal cervical.
- Están asociados a diferentes **complicaciones** como abortos espontáneos, abruptio placentae, rotura prematura de membranas, preeclampsia, alteraciones en el crecimiento intrauterino, y parto prematuro.
- Aproximadamente el 70% son reabsorbidos de forma **espontánea**.
- Las gestantes pueden permanecer asintomáticas o presentar metrorragia y/o dolor abdominal hipogástrico.

CASO CLÍNICO

- Paciente de 30 años primigesta de 12 semanas que acude a realización de la ecografía rutinaria de la semana 12. Se objetiva hematoma subcoriónico de 39x30x28mm (*Imagen 1*). Presentó leve metrorragia los 4 días previos a la realización de la ecografía. Se pauta progesterona vaginal 200mg/12h así como reposo relativo y abstinencia sexual.
- Se cita para nueva revisión en semana 16 en la cual se de nuevo el hematoma que ha incrementado de tamaño 63x29mm (*Imagen 2*) y se recomienda continuar con progesterona vaginal y reposo.
- Acude a Urgencias en la semana 19+5 por sangrado vaginal en cantidad similar a regla que no relaciona con ningún esfuerzo. En la ecografía abdominal se visualizan dos hematomas de 67x24mm y 46x24mm, sin placenta previa y longitud cervical de 37mm; feto con actividad cardíaca y movimientos fetales positivos. Se decide ingreso para observación.
- Durante el ingreso, presenta varios episodios de sangrado vaginal y dolor abdominal. Se modifica pauta de Progesterona a 200mg vía oral cada 8 horas. La paciente permanece ingresada un total de 7 días. Se realiza ecografía de control en la semana 20+5 en la cual se evidencia ausencia completa de hematomas. Al permanecer clínica y hemodinámicamente estable, y cesar el sangrado, se consensua alta a domicilio con nueva revisión en semana 24 con Progesterona vaginal 200mg/12h.



(1)



(2)

CONCLUSIONES

- La ecografía juega un papel fundamental para analizar cualquier mejora o empeoramiento del cuadro.
- El **tamaño** del hematoma está directamente correlacionado con el riesgo de eventos adversos.
- Ante el diagnóstico de hematoma placentario, se recomienda reposo relativo, abstinencia sexual, evitar actividad física y tratamiento con progesterona vaginal u oral.
- Actualmente, **no** existe evidencia suficiente que demuestre que el uso de la progesterona micronizada en los dos primeros trimestres de gestación aumente la tasa de recién nacidos vivos a término. La vía de administración no se asocia con una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de aborto.