

CASO CLÍNICO

Diagnóstico prenatal de vasa previa: Reporte de un caso

[Prenatal diagnosis of vasa previa: A case report]

González Montenegro KI¹, Soto López S², Zamora López CM³

1. Hospital Bertha Calderón Roque. Managua Nicaragua, Sub especialista en Medicina Materno Fetal, Profesora principal de 1 año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia 2. Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres, Sub especialista en Medicina Materno Fetal, Profesora Universidad Latinoamericana. Morelos, México, 3. Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua

Resumen

La vasa previa es una entidad patológica considerada como causa de sangrado en la segunda mitad del embarazo que generalmente no es diagnosticada debido a que no se busca de rutina. Caso: Mujer de 30 años, cursando su tercer embarazo. En la semana 28^{1/7} se realiza control ecográfico y se diagnostica vasa previa. A las 35^{1/7} semanas acude con historia de sangrado transvaginal activo sin modificaciones cervicales y frecuencia cardiaca fetal en límite superior, por lo que se indica cesárea de emergencia. Nace bebe masculino, presentación pélvica, 2520g, Apgar 8/9. Patología reporta lóbulo accesorio placentario con estructura vascular que surge de la placenta principal.

Conclusiones: La vasa previa es una patología causal de sangrados de la segunda mitad, poco frecuente según las estadísticas, sin embargo, esto puede ser secundario al subregistro derivado de la falta de tamizaje. El diagnóstico prenatal mejora los resultados perinatales.

Abstract

Vasa previa is a pathological entity considered as a cause of bleeding in the second half of pregnancy that is generally not diagnosed because it is not routine to search for it. Case: 30 year old woman, during her third pregnancy. A 28^{1/7} week ultrasound is performed and a vasa previa is diagnosed. At 35^{1/7} weeks she appeared with active transvaginal bleeding without cervical modifications and fetal heart rate in upper limit, so emergency caesarean section is performed. A male baby is born, pelvic presentation, 2520g, Apgar 8/9. Pathology reports placental accessory lobe with a vascular structure arising from the main placenta.

Conclusions: Previous vasa is a causal pathology of bleeding in the second half, infrequent according to statistics, however, this may be secondary to under-recording due to lack of screening. Prenatal diagnosis improves perinatal outcomes.

Introducción

La vasa previa es una causa rara de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, donde los vasos umbilicales se desplazan a través de las membranas, dentro del segmento uterino inferior y atraviesan el canal endocervical. Los vasos

pueden romperse espontáneamente sin la rotura de las membranas y provocar sangrado y muerte fetal. Además, dado que los vasos no están protegidos por el cordón umbilical, tienen un mayor riesgo de compresión del cordón¹. La prevalencia varía de 2 a 4 en 10 000 nacimientos. Los factores de riesgo incluyen inserción velamentosa del cordón umbilical, placenta previa, gestaciones múltiples, placenta bilobulada o succenturiada².

La importancia de realizar un diagnóstico oportuno se basa en la elevada mortalidad asociada a la rotura de los vasos sanguíneos. La falta de diagnóstico prenatal es frecuente y generalmente existe subregistro dado que el hallazgo es inci-

Autor corresponsal: Soto López S

Correo electrónico: susysoto25@gmail.com

Autor corresponsal: Zamora López CM

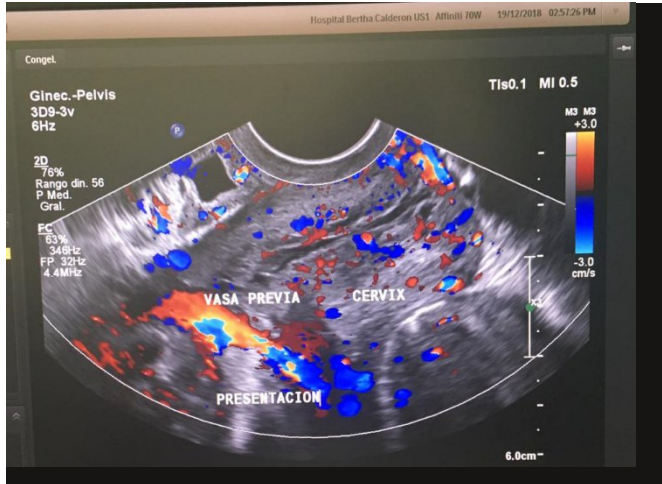
Correo electrónico: cinthiazlopez@gmail.com

Palabras clave: Vasa previa, diagnostico, manejo, longitud cervical

Key words: Previous vasa, diagnosis, management, cervical length.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en esta publicación.

Figura 1: Se observa imagen de vasa previa en relación con OCI.



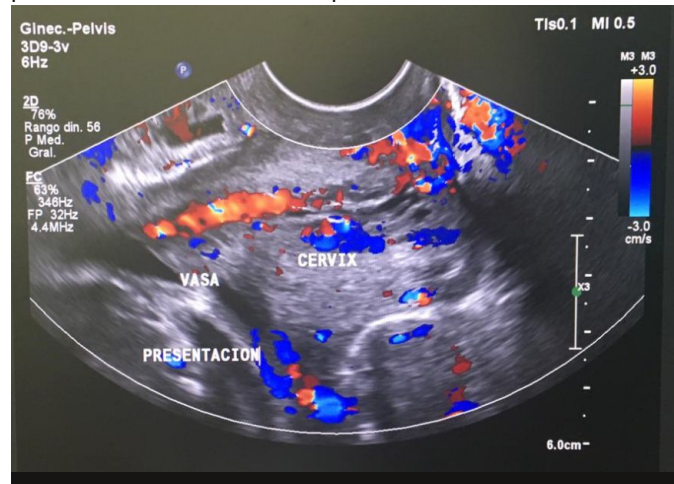
dental. En diversas ocasiones estos casos pasan inadvertidos o se confunden con otras causas de hemorragias del segundo trimestre. La tasa de mortalidad fetal oscila de 60% a 95%³. La cesárea de emergencia y la reanimación neonatal, incluido el uso de transfusión sanguínea si es necesario, son esenciales en el tratamiento de la rotura de vasa previa diagnosticada durante el parto⁴.

Se diferencian dos tipos de vasa previa: en el tipo I, los vasos velamentosos cruzan sobre el segmento uterino por una inserción anómala del cordón umbilical. El cordón se inserta en las membranas ovulares y no en el tejido placentario. En el tipo II se produce el cruce de vasos fetales entre uno o más lóbulos accesorios de la placenta⁵.

Idealmente la vasa previa debe detectarse antes del parto mediante ecografía vaginal y Doppler color antes de que exista sangrado fetal. Desafortunadamente, la presentación más frecuente hoy por hoy es el sangrado vaginal profuso que se produce en el momento en que se rompen las membranas y se atribuye con mayor frecuencia a una placenta previa o desprendimiento de la placenta. El sangrado de hasta 100 ml es suficiente para causar un shock fetal y muerte⁶.

Una vez que el sangrado transvaginal se ha establecido, se debe tomar la decisión de la vía para finalizar la gestación siendo preferible vía abdominal por ser la más rápida. La cesárea programada es la ruta de elección cuando se detecta este padecimiento por ultrasonido, garantizando la maduración pulmonar fetal en casos de embarazos pretérmino. En

Figura 2: Vasa en continuación de imagen anterior que penetra a canal endocervical por OCI.



ausencia de sangrado, ningún examen clínico diagnóstica vasa previa⁴.

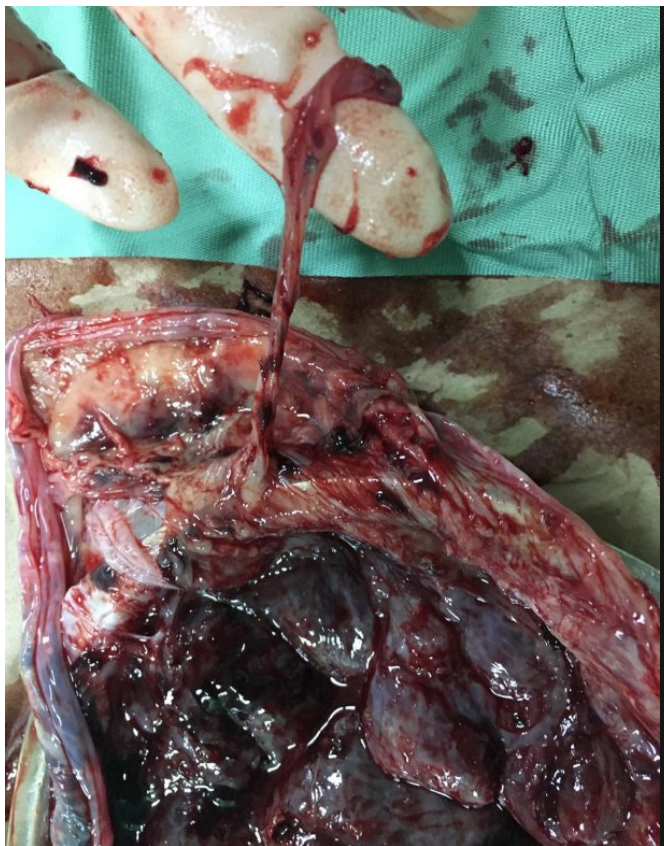
Presentación de caso

Mujer de 30 años, raza mestiza, sin antecedente de patologías hereditarias o adquiridas, sin alergias ni hábitos tóxicos referidos.

Antecedentes obstétricos: Antecedente de 2 abortos previos (aborto incompleto a los 24 años y aborto diferido a los 27 años, con 8 y 10 semanas de gestación respectivamente) manejados mediante aspiración endouterina. Acude inicialmente a las 13 semanas por amenaza de aborto, se maneja con reposo ambulatorio y con control prenatal cada 2 semanas. Controles posteriores cursan sin alteración hasta ecografía de la semana 17 6/7 donde se describe borde inferior placentario a 10 mm del OCI.

En la semana 28 ^{1/7} se realiza control ecográfico de migración placentaria encontrando feto masculino, pélvico, con adecuada curva de crecimiento y sin aparentes anomalías estructurales, con placenta corporal posterior. Se efectúa medición transvaginal de longitud cervical: 32mm. Borde inferior placentario a 21mm del OCI, sin embargo, por delante de la presentación se observa vaso sanguíneo que penetra longitudinalmente en canal endocervical. Al doppler color hay pulsilidad. Se buscó intencionalmente presencia de lóbulo placentario accesorio sin encontrarse ninguno. Se realiza diagnóstico de vasa previa y se orienta seguimiento en 2 semanas, persistiendo hallazgos (Fig. 1 y 2).

Figura 3: Posterior a la cesárea, se realizó revisión de placenta observando vaso sanguíneo que discurre sobre membranas ovulares, sin relación con inserción del cordón ni cobertura de tejido placentario.



Paciente presenta dos eventos de sangrado transvaginal moderado que ameritaron hospitalización para vigilancia a las 31^{3/7} y 34^{3/7} semanas de gestación. En esta última se cumplió maduración pulmonar con dexametasona intramuscular.

Acude a emergencias por tercera ocasión a las 35^{1/7} semanas con sangrado transvaginal activo sin modificaciones cervicales y frecuencia cardíaca fetal en límite superior, por lo que se orienta cesárea de emergencia. Nace bebe masculino, presentación pélvica, 2520g, Apgar 8/9. Al momento de evaluar la placenta se observó vaso aberrante sin cobertura de tejido placentario ni gelatina de Wharton que se dirigía en sentido caudal desde los bordes placentarios a un lóbulo accesorio (Fig.3). Se envía espécimen a patología confirmando diagnóstico de vasa previa tipo II (Fig. 4).

Discusión

La importancia del diagnóstico prenatal de la vasa previa radica en la necesidad de evitar las complicaciones durante el nacimiento y las repercusiones en el recién nacido. Se hace

Figura 4: Se observa masa placentaria en extremo inferior, a continuación vaso sanguíneo (flecha) que discurre en sentido vertical hacia lóbulo placentario accesorio que muestra infarto previo.



necesaria la identificación, por tanto, de la ubicación de la inserción placentaria y del cordón umbilical para obtener información que permita obtener resultados perinatales favorables.

El diagnóstico prenatal de vasa previa es el factor más importante para disminuir la mortalidad fetal, sin embargo no hay pruebas suficientes para respaldar la detección universal de la vasa previa en el momento de la exploración de anomalías fetales de rutina en la población general⁴. A pesar de que la exploración por ultrasonido dirigida a embarazos de mediana edad en embarazos con mayor riesgo de vasa previa puede reducir la pérdida perinatal, el balance entre beneficios y daños permanece indeterminado y se requieren más investigaciones en esta área⁶.

El rendimiento de la ecografía en el diagnóstico de vasa previa en el momento de la exploración fetal de anomalías de rutina tiene una alta precisión diagnóstica con una tasa baja de falsos positivos. Una combinación de ecografía por imagen

Doppler color transabdominal y transvaginal proporciona la mejor precisión diagnóstica para vasa previa⁴.

La ecografía debe realizarse entre las 18 y 26 semanas de gestación, la identificación es menos efectiva si el examen de ultrasonido se realizó solo en el tercer trimestre⁷. En las gestantes con hallazgos ecográficos compatibles con vasa previa, se recomienda realizar una ecografía transvaginal y ecografía Doppler color para confirmar el diagnóstico a las 32 semanas. En las gestantes en las que la ecografía no es concluyente, se recomienda realizar resonancia magnética a partir de las 24 a 30 semanas de gestación⁸.

El diagnóstico de vasa previa es alto cuando se realiza ultrasonografía transvaginal y ecografía Doppler. Esta última tiene una sensibilidad de 93 % y una especificidad entre 99-100 % en el diagnóstico prenatal de vasa previa⁷. La ecografía obstétrica de rutina debe incluir la localización de la placenta, número de lóbulos placentarios y una evaluación del sitio de inserción del cordón placentario. Si en la ultrasonografía abdominal se observa placenta succenturiada o multilobulada, placenta de inserción baja o inserción de cordón velamentosa, se debe realizar una ultrasonografía transvaginal que valore el segmento uterino inferior y el cérvix. La ultrasonografía puede identificar la inserción del cordón, aunque la ecografía Doppler puede facilitar el diagnóstico¹¹.

Los datos sobre el uso de las medidas de longitud cervical de la ecografía transvaginal en el manejo de vasa previa son limitados y se desconoce el papel del cerclaje cervical¹⁰. Algunos autores han sugerido que el tratamiento ambulatorio es posible si no hay evidencia de acortamiento cervical en la ecografía transvaginal y no hay síntomas de sangrado o actividad uterina prematura⁶. Los datos del seguimiento de las mujeres con placenta previa indican que la probabilidad de sangrado es mayor si el cuello uterino tiene una longitud más corta de lo esperado para la edad gestacional¹¹.

Un estudio retrospectivo de casos y controles de 2018 de 29 embarazos únicos con un diagnóstico prenatal de vasa previa en el segundo trimestre, encontró que la tasa de acortamiento de la longitud cervical fue significativamente más lenta para las mujeres con cesárea electiva en comparación con el parto por cesárea de emergencia. Por cada disminución adicional en la longitud cervical por milímetro por semana, las

probabilidades de parto por cesárea de emergencia aumentaron en 6,50 (IC del 95%: 1,02–41,20). De manera similar, los datos de una revisión sistemática de 2017 sobre el manejo de vasa previa en gemelos (por ejemplo) han indicado que las mediciones de la longitud cervical por medio de ultrasonografía vaginal entre las 26 y las 28 semanas de gestación, pueden ser útiles para evaluar el riesgo individual de parto prematuro⁴.

El objetivo final de manejo de la vasa previa confirmada debe ser la finalización antes de la ruptura de las membranas, a la vez que se minimiza el impacto de la prematuridad iatrogénica. Según los datos disponibles, el parto por cesárea programado para un diagnóstico prenatal de vasa previa a las 34 a 36 semanas de gestación es razonable en mujeres asintomáticas¹².

Las siguientes son recomendaciones para facilitar el diagnóstico de vasa previa, aplicable a todos los embarazos:

- En el momento de la ecografía de segundo trimestre, se debe evaluar la ubicación de la placenta y la relación entre la placenta y el orificio cervical interno¹⁴.
- El Instituto Americano de Ultrasonido en Medicina y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos también recomiendan que se documente el sitio de inserción del cordón placentario cuando sea técnicamente posible¹⁶.
- Se debe realizar una ecografía de seguimiento a las 32 semanas de gestación para las mujeres a las que se les diagnosticó placenta previa o baja en el examen de ultrasonido a mitad del trimestre¹⁶.
- Dado que la placenta previa detectada a mediados del segundo trimestre que luego se resuelve y la placenta baja, incluso si se resuelve más tarde, se asocia con vasa previa y, por consiguiente, con altas tasas de mortalidad perinatal, se recomienda descartar la vasa previa con ecografía transvaginal y Doppler color pulsado. Estas recomendaciones son para mujeres asintomáticas, un ultrasonido anterior puede estar indicado en mujeres que están sangrando¹⁷.
- Si se sospecha de vasa previa, se deben usar ecografías transvaginales con color y Doppler pulsado para facilitar el diagnóstico¹⁵.
- El diagnóstico de vasa previa se confirma si un vaso arterial es visualizado sobre el cuello uterino, ya sea di-

rectamente sobre el OCI o muy cerca de él, y el Doppler color muestra una frecuencia consistente con la frecuencia cardíaca fetal⁶.

Luego del diagnóstico de vasa previa, la edad gestacional óptima para finalizar el embarazo es difícil de establecer. Las mayores series publicadas sugieren la cesárea electiva entre las 34 y 36 semanas, antes de la formación del segmento uterino¹⁹. El objetivo final es entregar antes de la ruptura de las membranas y minimizar el impacto de la prematuridad iatrogénica. No se recomienda la amniocentesis para evaluar la madurez pulmonar fetal porque retrasar el parto no es útil o recomendable, si no se confirma la madurez pulmonar fetal. El momento óptimo para el parto por cesárea sigue siendo desconocido. En la serie retrospectiva más grande, los fetos que fueron diagnosticados prenatalmente tuvieron una tasa de supervivencia del 97 %, y la edad gestacional media en el momento del parto fue de 34,9 y 2,5 semanas de gestación. Según los datos disponibles, el parto por cesárea programado para un diagnóstico prenatal de vasa previa a las 34 y 37 semanas de gestación es razonable¹⁸.

Conclusión

La vasa previa como patología causal de sangrados de la segunda mitad es poco frecuente según las estadísticas, sin embargo, esto puede ser secundario al subregistro derivado de la falta de tamizaje. El método de elección para el diagnóstico prenatal hoy por hoy es la ecografía auxiliada por el doppler pulsado, lo cual permite detectar los vasos, esta última tiene sensibilidad y especificidad mayor del 90%. Dadas las repercusiones perinatales, debe existir un cribado que permita la preparación del equipo médico al momento de finalizar la gestación.

Referencias

1. RM S. Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(654-668).
2. Vintzeleos AM Ananth CV, Smullan JC. Using ultrasound in the clinical management of placental implantation abnormalities. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; (S70-S77).
3. Oholeguy P, Cheda I, Sotero G. Vasa previa: comunicación de un caso. *Rev Med Urug.* 2011; 27(3) (161-165).

4. Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Burton GJ, Collins SL, Silver R. Vasa praevia: diagnosis and management. Green-top Guideline No. 27b. *BJOG.* 2018.
5. Pérez Rodríguez MJ, de Frutos Moneo E, Nieto Llanos S, Clemente Pollán J. Rotura de vasa previa en una inserción velamentosa de cordón umbilical. Importancia del diagnóstico prenatal. *An Pediatr.* 2014; 81(6)(393-395).
6. Gagnon R. No. 231-Guidelines for the Management of vasa previa. *SOGC.* 2017 Oct;(231).
7. Ruiters L, Kok N, Limpens J, Derks JB, de Graaf IM, Mol BW, Pajkrt E. A systematic review on the diagnostic accuracy of ultrasound in the diagnosis of vasa previa. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015; 45:516-22.
8. Kilcoyne A, Shenoy- Bhangle A, Roberts D, Clark R. MRI of Placenta Accreta, Placenta Increta, and Placenta Percreta: Pearls and Pitfalls. *Am J Roentgenol.* 2016 Octubre; 1-8.
9. Rao KP, Belogolovkin V, Yankowitz K, Spinnato JA 2nd. Abnormal placentation: evidence-based diagnosis and management of placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol Surv.* 2012 Agosto; 67(8)(503-519).
10. UK National Screening Committee. Screening for Vasa Praevia in the Second Trimester of Pregnancy. External Review Against Programme Appraisal Criteria for the UK National Screening Committee. London: UK NSC. 2017.
11. Maymon R, Melcer Y, Tovbin J, Pekar- Ziotin M, Smorgick N, Jauniaux E. The rate of cervical length shortening in the management of vasa previa. *Journal Ultrasound Med.* 2018; 37:717-723.
12. Ruiters L, Kok N, Limpens J, Derks JB, de Graaf IM, Mol B, Pajkrt E. Incidence of and risk indicators for vasa praevia: a systematic review. *BJOG.* 2016; 123:1278-87.
13. Pública. MdS. Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Guía de Práctica Clínica. Primera ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2017.
14. AIUM practice guideline for the performance of obstetric ultrasound examinations. *J Ultrasound Med.* 2013; 32(1083-1101).
15. Belmonte-Andujar L, Fuentes-Rozalen A, Soler-Gar-

cia R. Diagnostico de vasa previa durante la medida transvaginal de la longitud cervical como prevencion del parto pretermino en el segundo trimestre. *Ginecol Obstet Mex.* 2016 mar; 84(3)(186-193).

16. Reddy UM, Abihamed AZ, Levine D, Saade GR. Fetal imaging: executive summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Institute of Ultrasound in Medicine in Ultrasound Fetal Imaging workshop. *Obstet Gynecol.* 2014; 123(1070-82).
17. Vahanian SA, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos A. Placental implantation abnormalities and risk of preterm delivery: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Octubre; 213(S78-90).
18. Oyelese KO, Schärzier P, Coales S, Sanusi FA, Hamid R, Campbell S. A strategy for reducing the mortality rate from vasa previa using transvaginal sonography with color doppler. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008; 12(434-8).