

ARTÍCULO ACADÉMICO

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA

Claudia Adriana Martínez

Estudiante de obstetricia. Universidad Nacional de La Plata – Argentina

Se conoce con este nombre a un proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que está insertada en su sitio normal. Si bien este hecho puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, los desprendimientos producidos antes de las 20 semanas, por su evolución, deberán ser tratados como abortos. Los que tienen lugar después de la 20ª semana constituyen un cuadro conocido como desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada (DPPN) o abruptio placentae o accidente de Baudelocque, que puede traer grandes consecuencias para el feto y para la madre.

FRECUENCIA. Su frecuencia es de alrededor del 0.2%, pero varía sustancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y el tipo de población asistida.

ETIOLOGÍA

- 1) En un alto porcentaje de los casos, la preeclampsia se asocia con este accidente, hasta tal punto que debe pensarse automáticamente en ella cuando se sospeche un desprendimiento.
- 2) Los traumatismos externos directos sobre el abdomen, o indirectos, como en el contragolpe de la caída de nalgas.
- 3) Los traumatismos internos espontáneos o provocados durante las maniobras de versión externa.
- 4) La falta de paralelismo en la retracción de los tejidos de la pared del útero y la placenta en la evacuación brusca en el hidramnios.

PROMOCIONA TU MARCA AQUÍ



yo.obstetra.2015@gmail.com

FISIOPATOLOGÍA DEL DESPRENDIMIENTO EN LOS CASOS DE PREECLAMPSIA.

Según la escuela uruguaya, la hipertensión es la causa de todos los procesos que se producen en el desprendimiento, como un fenómeno primitivo, aunque la misma también podría aparecer secundariamente agravando el cuadro.

En el desprendimiento existe un pronunciado aumento del tono y de la presión intramiométrial. El miometrio comprime los vasos que lo atraviesan, colapsando a las venas, no así a las arterias, cuya presión es superior a la intramuscular. La sangre que sigue entrando al útero halla dificultades para salir. La presión sanguínea en los capilares, en las venas y en los lagos sanguíneos del útero asciende hasta alcanzar altos valores. Este proceso acarrearía la rotura de los vasos capilares y venosos y de los lagos sanguíneos, origen del hematoma y del desprendimiento. A ellos contribuirían también la anoxia y el hecho de que la presión sanguínea intrauterina es siempre superior a la presión del líquido amniótico, lo que facilitaría aún más el estallido de los vasos.

Por otra parte, la compresión de los vasos, al reducir el flujo sanguíneo, es también causa de anoxia, y ésta, a nivel del útero, produce a su vez: 1) aumento de la permeabilidad de las paredes de los capilares, origen de los edemas y las hemorragias, factores que colaboran en el desarrollo del hematoma retroplacentario, el cual, al producirse en el espesor del miometrio, sería la causa del infarto miométrial; 2) alteraciones degenerativas de la fibra del miometrio; 3) dolor en el útero, y 4) anoxia fetal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Entre la placenta y la pared del útero se derrama sangre extravasada, que proviene de los vasos maternos de la región.

Los infartos o pseudoinfartos que a veces se encuentran parecerían ser consecuencia y no causa del desprendimiento. Cuando la patogenia del desprendimiento es traumática, el hematoma es secundario; cuando es gestósica, el mismo es previo al desprendimiento.

La cantidad de coágulos está en relación directa con la intensidad de separación. Los coágulos dejan en la placenta una huella en forma de cráter.

La sangre derramada se colecciona y forma un coágulo dentro del útero, pero luego trata de ganar el exterior labrándose un camino entre las membranas y la pared uterina, para lo cual necesita disecar y desprender tales membranas; recién entonces se hace visible en forma de hemorragia externa, que se presenta como sangre oscura y con coágulos (no recientemente extravasada). Si la pérdida hemática no logra franquearse el paso al exterior, queda retenida dentro de la matriz (hemorragia interna). A veces la hemorragia es mixta (externa e interna).

En casos graves, la sangre derramada invade la pared uterina; se observan entonces zonas con extensas hemorragias miométriales que disocian los haces musculares y que pueden difundirse hacia el tejido subperitoneal, las trompas, los ovarios y, a veces, los ligamentos anchos, regiones que adquieren una coloración azul difusa o moteada, constituyendo la llamada apoplejía uteroplacentaria de Couvelaire. Las fibras musculares uterinas en ocasiones se hallan seriamente comprometidas en su vitalidad y capacidad funcional. Este cuadro grave de desprendimiento es más común en las embarazadas gestósicas.

SINTOMATOLOGÍA. En el curso de un embarazo normal o frecuentemente con preeclampsia, el proceso comienza de manera brusca. Esta iniciación puede acompañarse o no de hemorragia externa.

A) Si existe hemorragia externa, ésta adquiere caracteres especiales que la identifican: es un tanto tardía, pues la sangre proveniente del hematoma interuteroplacentario ha debido labrarse un camino despegando las membranas de la pared del útero; es poco abundante, de color negruzco; se acompaña de coágulos provenientes del hematoma, y es de carácter intermitente.

B) Cuando no hay hemorragia externa o aún con ella el cuadro se complementa con otra serie de signos:

1) La iniciación del proceso se acompaña de dolor agudo de intensidad creciente, con su máxima localización en el sitio de asiento del desprendimiento. El útero crece debido a la acumulación de sangre en su interior, y su pared aumenta también considerablemente su consistencia y tensión, hasta adquirir a la palpación el carácter clásico del útero leñoso, salvo en el sitio de asiento de la placenta y del desprendimiento, donde suele existir cierta blandura. La hipertonía causa sensibilidad a la presión por la tensión del peritoneo, a la par que explica que las partes fetales sean difícilmente palpables.

2) El cuadro de fondo de la mujer es el de anemia y shock.

3) Si el desprendimiento es importante (más de la mitad de la superficie placentaria), el feto sufre anoxia y muere como consecuencia lógica de ésta; la muerte fetal ocurre en la mayoría de los casos.

4) El tacto vaginal revela que las membranas están muy tensas. Se ha podido comprobar que durante la contracción del útero el tacto vaginal revela que la bolsa de las aguas abomba. Este hecho representa el único signo clínico de la actividad contráctil en los casos en que ésta se hallara encubierta por la hipertonía, la que es imposible apreciarla mediante palpación abdominal. Este signo es valioso para formarse un juicio sobre la existencia de actividad contráctil del útero en el desprendimiento normoplacentario y de acuerdo con él, poder adoptar una conducta expectante a la espera del parto espontáneo.

DIAGNÓSTICO. Se establece por el dolor abdominal, la hipertonía uterina y la metrorragia con shock o sin él. Se presentan dos situaciones:

A) En el caso de hemorragia externa o mixta, el diagnóstico diferencial presenta escasas dificultades, puesto que si no se trata de un proceso ginecológico, la única metrorragia de

gran frecuencia que al final del embarazo puede inducir duda es la de la placenta previa. Pero la hemorragia y los síntomas acompañantes son en una y otra distintos.

B) En ausencia de hemorragia externa, otros cuadros se prestan a confusión.

La hemorragia interna hace pensar en la rotura del útero, pero ésta se halla precedida por una intensa actividad contráctil hasta que se origina el accidente, el que, al producirse, seda los síntomas locales. En el embarazo ectópico avanzado está ausente la serie de signos provenientes del útero. El aumento de tamaño y de tensión de éste induce a pensar en el polihidramnios agudo, pero en tal caso han de faltar los signos de hemorragia y shock.

La exploración ecográfica en casos de desprendimiento parcial puede mostrar un hematoma retroplacentario de ecogenicidad variable según el tiempo transcurrido desde el accidente. En ocasiones puede verse el coágulo desprendiendo las membranas.

EVOLUCIÓN. Existen tres posibilidades: 1) Si el desprendimiento es poco extenso y asintomático, el embarazo puede continuar su curso y llegar a término. 2) Si abarca una zona mayor, con frecuencia el parto se inicia y se realiza con el feto muerto (“parto en avalancha”). 3) En algunos casos, un inadecuado tratamiento ante ciertas evoluciones desfavorables puede derivar en un grave cuadro de hemorragia y shock, que puede llevar a la muerte materna..

CORRESPONDENCIA

CLAUDIA ADRIANA MARTÍNEZ

Estudiante de obstetricia. Universidad Nacional de La Plata – Argentina

Correo: claudiamartinez79@hotmail.com

Recibido: 25 / 03 / 2016