

Vasa Previa

Autora:

Catalina M. Valencia G

Especialista en Medicina Materno Fetal – Medicina Fetal S.A.S

Definición

La Vasa Previa se presenta cuando los vasos fetales transcurren a través de las membranas, desprovistos de gelatina de Wharton sobre el orificio cervical interno o a 2cms o menos del mismo. Estos vasos pueden ser parte de una inserción velamentosa (Vasa Previa Tipo I) o conectar dos lóbulos placentarios (Vasa Previa Tipo II).

Epidemiología

Se estima que la vasa previa ocurre en aproximadamente 1 de cada 2500 nacimientos (1 en 1200 a 1 en 5000). La morbimortalidad perinatal, la hemorragia anteparto y la necesidad de cesárea emergente asociadas a esta patología, se han reducido de manera significativa gracias al diagnóstico prenatal por ultrasonido. La tasa de supervivencia fetal/neonatal es actualmente superior al 95% cuando la vasa previa se diagnostica prenatalmente y se planea una vigilancia prenatal y nacimiento por cesárea electiva.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de la Vasa Previa son la inserción velamentosa del cordón, la presencia de una placenta bilobulada o lóbulo succenturiado y la placenta previa en el segundo trimestre. También se ha observado una tasa mayor de vasa previa en embarazos producto de fertilización in vitro y en embarazos múltiples.

Diagnóstico

La evaluación ultrasonográfica de la placenta y el segmento inferior del útero de manera rutinaria entre semanas 18 a 26 de gestación permiten la detección de esta patología en cerca del 93% de los casos. Aproximadamente un 20% de los casos diagnosticados en segundo trimestre se resuelven antes del parto.

Existen algunos algoritmos para facilitar el diagnóstico de la vasa previa dentro de los cuales se incluye la evaluación rutinaria de la inserción placentaria (relación entre el borde inferior y el orificio cervical interno - OCI) y la inserción del cordón en la ecografía de segundo trimestre (Figura 1). En caso de placenta previa o de inserción baja se recomienda seguimiento ecográfico alrededor de semana 32 de gestación que incluye abordaje transvaginal y uso del Doppler Color para reevaluación de la inserción placentaria y diagnóstico de Vasa Previa.

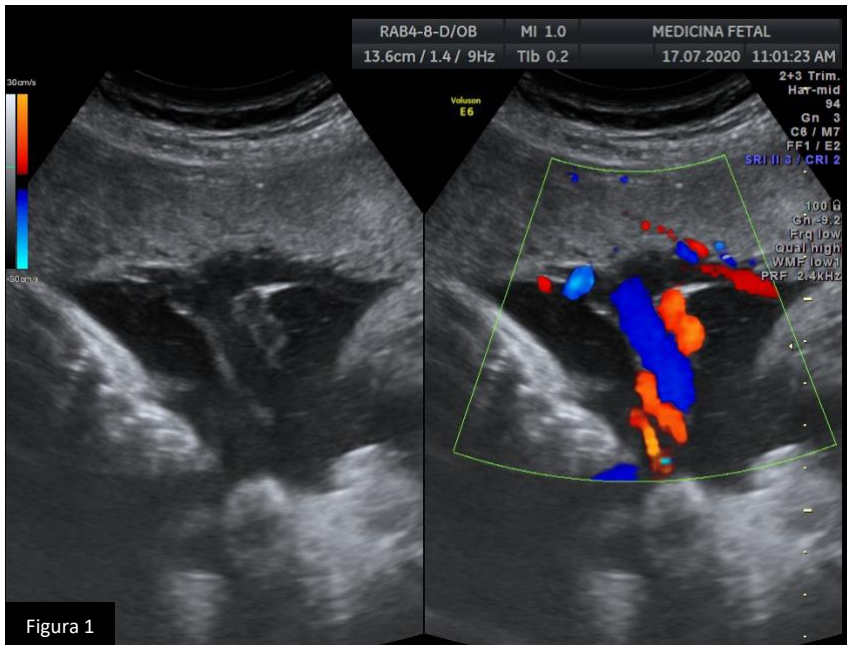


Figura 1

Figura 1 corresponde a la imagen de inserción del cordón en la placenta, en este caso de manera central (normal), no velamentosa, que debe obtenerse de manera rutinaria en el segundo trimestre a modo de tamizaje para descartar una proporción de vasa previas.

Se confirma el diagnóstico de Vasa Previa con la visualización de un vaso arterial sobre el orificio cervical interno o a menos de 2cms del mismo (Figuras 2 y 3).

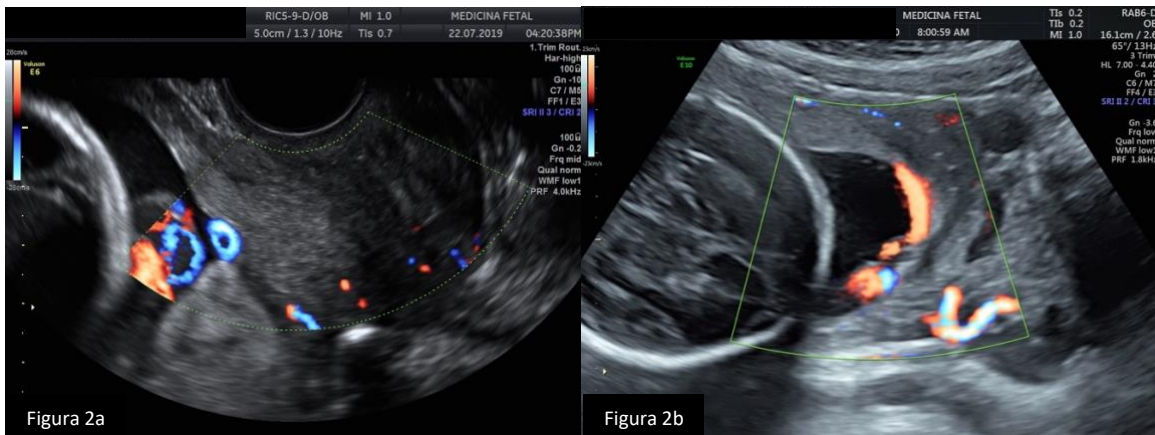
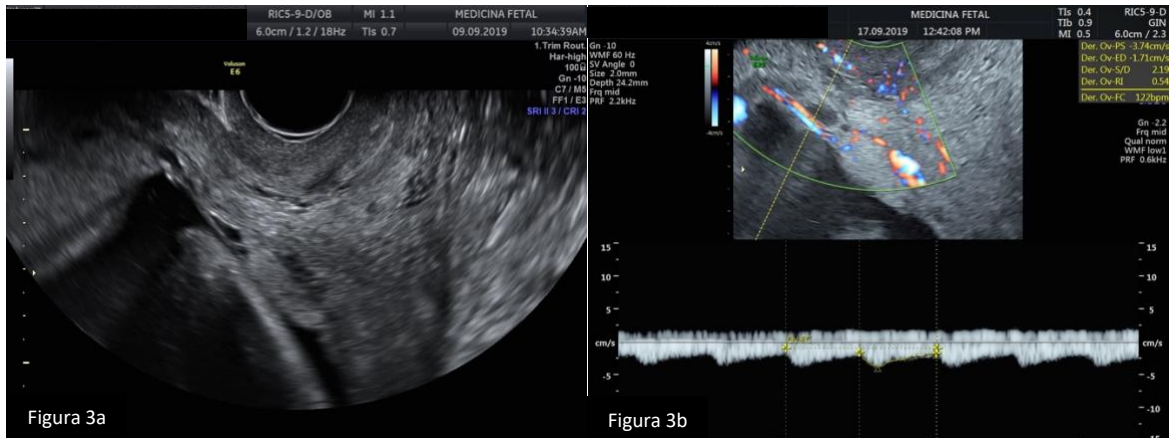


Figura 2a

Figura 2b

Figuras 2a y 2b corresponden a dos casos de vasa previa tipo I en la cual existe una inserción velamentosa del cordón que transcurre por el orificio cervical interno (OCI). En la figura 2a hacia una placenta previa marginal posterior y en la 2b hacia una placenta anterior.



Figuras 3a y 3b corresponden a dos casos de vasa previa tipo II en la cual existe una conexión vascular entre dos lóbulos placentarios que transcurre por el orificio cervical interno (OCI). En la figura 3a sin Doppler color y en la figura 3b con Doppler color y comprobación de origen fetal del vaso comunicante con Doppler pulsado.

Se puede confirmar el origen fetal del vaso evaluando en el mismo la frecuencia cardiaca consistente con la del feto (Figura 3b). Es importante seguir la trayectoria del vaso y confirmar su curso a través de las membranas y su relación con la placenta para descartar posibles factores de confusión como asas de cordón cercanos al OCI o senos venosos.

Manejo

El objetivo del manejo de la vasa previa es prolongar el embarazo de manera segura evitando las posibles complicaciones relacionadas con la ruptura de membranas o el trabajo de parto.

Las recomendaciones en la mayoría de las guías internacionales son débiles por estar basadas en estudios observacionales, análisis de decisión y opinión de expertos ya que por la baja prevalencia de esta condición es muy difícil hacer estudios que proporcionen un mayor nivel de evidencia.

Existe cierto nivel de consenso en el uso de corticoides para maduración pulmonar fetal alrededor de semanas 28 a 32 de gestación.

Se ha propuesto en varias guías la hospitalización de la paciente entre semana 30 a 34 de gestación para un monitoreo más cercano de los signos de inicio de trabajo de parto y cesárea emergente y más oportuna en casos de ruptura de membranas. Sin embargo esta conducta carece de estudios que la soporten. La decisión de hospitalizar debe basarse en el riesgo individual de cada paciente y se deben tener en cuenta aspectos como episodios previos de sangrado, amenaza de parto pretérmino, longitud cervical, bienestar fetal, facilidad y tiempo de acceso a los servicios de salud. En nuestro medio y en nuestra institución las pacientes con diagnóstico de vasa previa se ingresan para vigilancia alrededor de semana 30 a 32 de gestación.

El momento ideal para terminación del embarazo que debe ser por cesárea no está claramente establecido. Algunos estudios de análisis de decisiones sugieren que en pacientes asintomáticas la realización de una cesárea hacia la semana 34 - 35 equilibra el riesgo de ruptura de membranas y posterior hemorragia y muerte fetal frente al riesgo de prematuridad.

La vasa previa no diagnosticada constituye una emergencia obstétrica que se presenta en el momento del trabajo de parto y/o la ruptura de membranas ya sea prematura o a término, como un sangrado vaginal indoloro asociado a patrón sinusoidal de la frecuencia cardiaca fetal o bradicardia fetal. En estos casos sin diagnóstico prenatal, la mortalidad fetal/neonatal se encuentra entre el 50 y el 60%.

Las pacientes con diagnóstico de vasa previa deben ser atendidas en un centro con el recurso de cuidado intensivo neonatal y disponibilidad de transfusión del neonato en caso de requerirse.

Referencias

1. Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee, Sinkey RG, Odibo AO, Dashe JS. #37: Diagnosis and management of vasa previa. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(5):615-619. doi:10.1016/j.ajog.2015.08.031
2. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, et al. Vasa Praevia: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27b. *BJOG.* 2019;126(1):e49-e61. doi:10.1111/1471-0528.15307
3. Gagnon R. No. 231-Guidelines for the Management of Vasa Previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(10):e415-e421. doi:10.1016/j.jogc.2017.08.016
4. Ruiters L, Kok N, Limpens J, et al. Incidence of and risk indicators for vasa praevia: a systematic review. *BJOG.* 2016;123(8):1278-1287. doi:10.1111/1471-0528.13829