

Desprendimiento de placenta. -A propósito de un caso-

Olarieta Sánchez, A., Marín Lacarta, N., Martínez Gallardo, L., Lekuona Artola, A.

Dep. Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Donostia

INTRODUCCIÓN

El **desprendimiento de placenta o abruptio placentae**, se trata de una condición obstétrica severa caracterizada por la separación prematura de la placenta de la decidua uterina antes del parto. Clínicamente, se manifiesta típicamente con dolor abdominal agudo, sangrado vaginal, sensibilidad uterina, y contracciones frecuentes; aunque el cuadro puede variar en presentación. Este cuadro puede aparecer, entre otras causas, derivado de un estado hipertensivo materno, presentándose hasta 5 veces más en mujeres que presentan cifras de tensión elevadas.

La fisiopatología que vincula la preeclampsia con el desprendimiento de placenta se centra en la disfunción endotelial y la hipoperfusión placentaria. En la preeclampsia, la invasión trofoblástica en las arterias espirales uterinas es deficiente, lo que genera vasoconstricción y disminución del flujo sanguíneo hacia la placenta. Esta hipoperfusión induce estrés oxidativo y liberación de factores antiangiogénicos, promoviendo daño endotelial. Estos cambios pueden ocasionar microhemorragias en la decidua basal, resultando en la formación de hematomas retroplacentarios. La combinación de hipertensión arterial y fragilidad vascular aumenta el riesgo de separación placentaria.

OBJETIVO

Revisión de un caso clínico en el que se presenta un desprendimiento de placenta en el contexto de un estado hipertensivo materno.

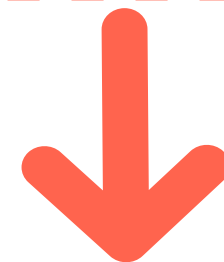
CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años, gestante de 36+2 semanas, que acude derivada de consulta por presentar cifras de TA elevadas, asociada a edemas ++/+++.

Antecedentes médicos: Sin antecedentes médicos de interés. NAMC. Grupo sanguíneo: B (+).
Antecedentes quirúrgicos: legrado aspirativo.
Antecedentes gineco-obstétricos: G2A1 (Legrado).
Gestación actual: FURc 26/09/202; gestación de evolución normal, salvo Chlamydia positivo en 1ºT.



Exploración física al ingreso: TA 194/134 mmHg, FC 89 lpm, Tª 35,9°C.

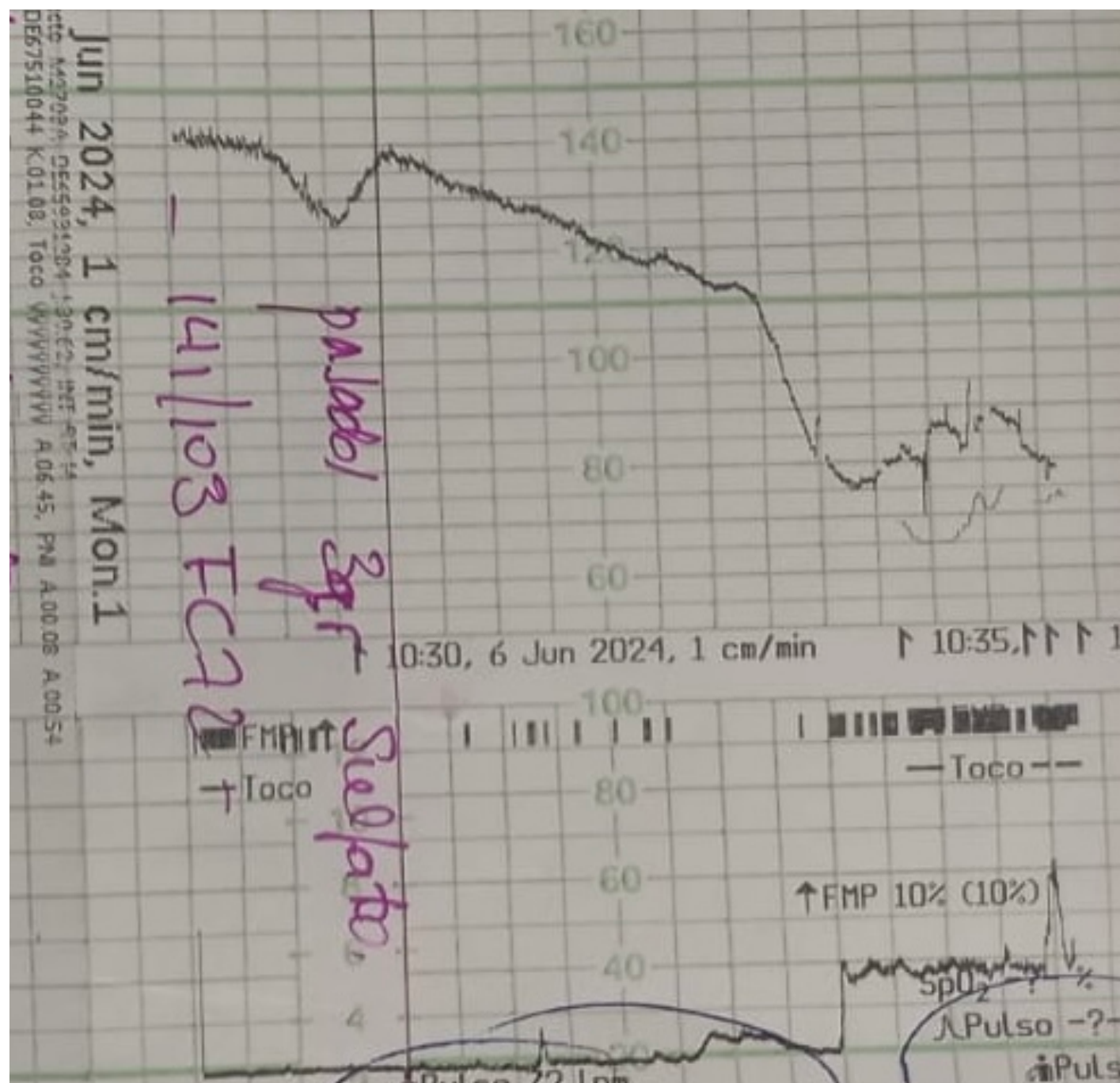


Ante TA en rango de gravedad, se traslada a paritorio para control estricto de TA y bienestar fetal.

Se inicia **sulfato de magnesio** y **bolo de 40mg de Trandate**.

+ Ecografía: Feto en cefálica, FCF +, LA en cantidad normal. Placenta en cara anterior alta con **hematoma retroplacentario de 65x20mm**.

+ RCTG: línea de base en torno a 130lpm, variabilidad disminuida y deceleraciones variables tardías con DU 1cc/ 8 min. Tras 10 min de monitorización, hallazgo de **deceleración prolongada y ausencia de variabilidad (compatible con patrón “escalera hacia la muerte” *)** -> **CST URGENTE** bajo anestesia general, objetivándose **placenta desprendida**.



* **Resultado neonatal:**

pH fetal: 7.42, EB 0.1

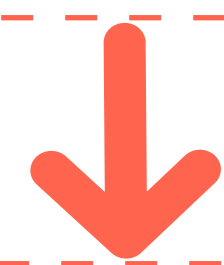
Apgar neonatal: 4/7.

RN precisa traslado a UCI neonatal, siendo dada de alta 11 días después tras estabilidad clínica.

En la actualidad: normoevolución.

“Step ladder pattern to death” traduce acidosis miocárdica y fracaso de los centros autonómicos del cerebro para mantener la línea basal estable

Posterior a la CST se recibe resultado de analítica solicitada al ingreso: Hb 14.6 g/dL, Hto 40.6%, **plaq 63. 000**, coagulación normal. **Cociente prot/creat: 9484 mg/g cr.**



Tras CST, se mantiene perfusión de **sulfato de magnesio** que precisa, además, asociar perfusión de **labetalol** para control tensional.

La paciente presentó insuficiencia renal aguda oligúrica (pico de creatinina 1.37 mg/dl), plaquetopenia (hasta 55.000), leve elevación de transaminasas y mal control tensional a pesar de tto antihipertensivo que precisó traslado a la unidad de reanimación para óptimo control.

8 días después, la paciente fue dada de alta ante estabilidad clínica y analítica.

Tratamiento antihipertensivo al alta: **Enalapril 5mg/12h, Adalat Oros 30mg/24h**.

CONCLUSIÓN

- La preeclampsia es una condición que implica numerosas consecuencias, por lo cual, debe ser correctamente identificada, seguida y tratada.
- La preeclampsia condiciona un aumento en el riesgo de presentar un desprendimiento prematuro de placenta, hasta 5 veces mayor que en pacientes normotensas.
- El desprendimiento de placenta es un cuadro obstétrico severo que conlleva una alta morbi-mortalidad materno-fetal.

BIBLIOGRAFÍA

- Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. American journal of obstetrics and gynecology, 228(5S), S1313–S1329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059>
- Ananth CV, Savitz DA, Williams MA. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: a methodologic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 1996; 88: 309–18.
- Kramer MS, Usher RH, Pollack R, Boyd M, Usher S. Etiologic determinants of abruptio placentae. Obstet Gynecol. 1997; 89: 221–6.
- Ananth CV, Peltier MR, Kinzler WL, Smulian JC, Vintzileos AM. Chronic hypertension and risk of placental abruption: is the association modified by ischemic placental disease? Am J Obstet Gynecol. 2007; 197: 273.e1–7.