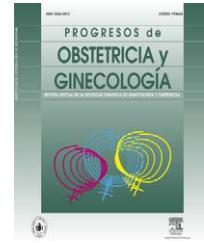


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Inserción velamentosa extrema de cordón umbilical, sin rotura de vasa previa

Lourdes Sánchez Gutiérrez*, Noemí Martos Ortega, Marcos Reillo Flokrans
y José María Rodríguez Ingelmo

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

Recibido el 17 de junio de 2010; aceptado el 2 de diciembre de 2010
Accesible en línea el 2 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

Inserción velamentosa
del cordón;
Vasa previa

KEYWORDS

Velamentous insertion of
the umbilical cord;
Vasa previa

Resumen La inserción velamentosa del cordón umbilical está presente en 1 de cada 100 embarazos, asociando situaciones que comprometen la evolución perinatal; por ello necesitamos un diagnóstico de esta situación, previo al parto, mediante cribado ecográfico, por lo menos en aquellos casos con riesgo de vasa previa, como embarazos múltiples o fecundación in vitro, placentas previas o de inserción bajas, para realizar una cesárea electiva.

Presentamos un caso extremo de inserción velamentosa; la distribución vascular recuerda a una jaula de pájaro y, pese a ello, de modo sorprendente, no hubo lesión vascular.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Velamentous insertion of the umbilical cord without rupture of vasa previa

Abstract Velamentous insertion of the umbilical cord appears in one out of every 100 pregnancies and can prove life-threatening for the fetus. Consequently, prenatal diagnosis through ultrasound scanning is required, at least in women with a risk of vasa previa, such as those with multiple pregnancies, in vitro fertilization, or placenta previa, who will require an elective cesarean section.

We present an extreme case of velamentous insertion of the umbilical cord, in which the vascular distribution was reminiscent of a bird's cage. Surprisingly, there was no vascular injury.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En aproximadamente el 90% de los casos, la inserción del cordón umbilical ocurre en torno al centro de la

placenta. En el otro 10% se encuentra a menos de 2 cm del borde placentario, mientras que en un 1,1% de los embarazos la inserción tiene lugar en las membranas ovulares, que es lo que definimos como inserción velamentosa (IV)¹.

En la patogénesis de la IV, se han involucrado fenómenos de trofotrofismo, es decir, fenómenos de migración de cotiledones o involución de estos para buscar mejor nutrición a medida que progresa el embarazo.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lourdessanchez10@hotmail.com
(L. Sánchez Gutiérrez).

La IV es más frecuente en gestaciones múltiples. Un 2% en embarazos triples².

Cuando estos vasos, desprotegidos de la gelatina de Wharton, forman parte del polo inferior de la bolsa amniótica, puede producirse la rotura de los vasos (hemorragia por vasos previos), con grave riesgo fetal.

La inserción velamentosa es un requisito para la existencia de vasa previa³. Factores de riesgo de vasa previa son la fecundación in vitro y la placenta previa. Además, gestaciones con vasa previa pueden asociar alteraciones renales, espina bífida o arteria umbilical única⁴.

Presentamos un caso extremo de inserción velamentosa, la distribución vascular recuerda a una jaula de pájaro y, pese a ello, y de modo sorprendente, no hubo lesión vascular.

Caso clínico

Mujer de 35 años, tercípara, que es hospitalizada en el Hospital General Universitario de Elche (Alicante), en la semana 39 + 4 de gestación como parto en curso. Como antecedente la paciente estuvo hospitalizada en la semana 34 + 3 de gestación con amenaza de parto prematuro que fue dada de alta a los 3 días.

En el momento de la hospitalización, la paciente estaba apirética y normotensa. La presentación fetal era cefálica y el índice de Bishop de 7. Mediante registro cardiotocográfico se comprobó que la frecuencia cardíaca fetal basal era de 140 lpm y tenía variabilidad.

A las 3 h del ingreso se llevó a cabo la amniorraxis artificial y el líquido fue claro, no siendo hemático. El recién nacido fue una niña que pesó 2.945 g con un índice Apgar de 9 en el primer minuto y de 10 a los 5 min. En el alumbramiento, que fue espontáneo, se apreció un cordón con inserción velamentosa (figs. 1 y 2). El cordón umbilical emerge en la cara opuesta a la placenta, a lo largo de las membranas ovulares.

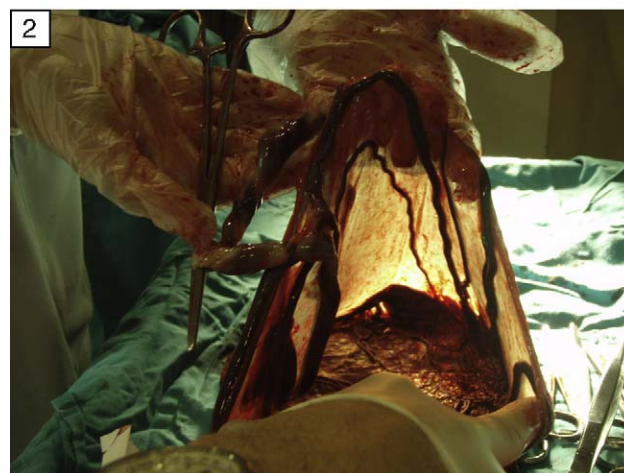
La evolución posnatal y la materna fueron favorables, siendo dados de alta a las 48 h (figs. 1 y 2).

Discusión

La asociación entre IV de cordón umbilical y restricción de crecimiento gestacional se ha descrito en varias ocasiones. Heinonen et al, en una muestra de 12.000 gestantes y 216 casos de IV de cordón umbilical, describieron una mayor prevalencia de recién nacidos con bajo peso en los casos de IV (12% de bajo peso al nacer [< 2.500 g] en casos de IV frente a un 4,6% en controles [$p < 0,001$]) y mayor riesgo de pequeños para la edad gestacional (OR = 1,54; IC del 95%, 1,04-2,289)^{2,5}.

Antes de la aparición de los ultrasonidos, el diagnóstico de vasa previa era clínico; se hacía ante la presencia de rotura de membranas con contenido hemático y sufrimiento fetal. Asociando una alta mortalidad perinatal por la hemorragia fetal. Por esta razón, recientemente se está haciendo énfasis en que se realice un diagnóstico prenatal de la IV del cordón umbilical y de la vasa previa con el uso de ultrasonidos y Doppler.

La identificación del sitio de inserción placentaria del cordón umbilical durante el segundo trimestre es fácil, ya que hay una cantidad de líquido amniótico adecuada y se



Figuras 1 y 2 Aspecto macroscópico de placenta con inserción velamentosa del cordón umbilical. Apréciase cómo el cordón umbilical, propiamente dicho, emerge en la cara opuesta a la placenta. Sorprendentemente, ningún vaso se lesionó durante el parto.

puede examinar prácticamente toda la placenta. Una vez identificada la inserción del cordón umbilical en la masa placentaria, la posibilidad de vasa previa es muy baja.

Cuando el sitio de inserción no se visualice por eco abdominal, se considerará el examen vaginal y la visualización del segmento uterino con Doppler color para descartar vasa previa.

En gestaciones obtenidas por fecundación in vitro y en gestaciones con inserción velamentosa, que son un grupo de riesgo para vasa previa, debería realizarse una ecografía transvaginal en el segundo trimestre (grado de recomendación II2B)⁶.

Si hacemos un diagnóstico prenatal de vasa previa, el resultado perinatal es de un 97% de supervivencia frente a un 44% de supervivencia en los casos en los que no se había hecho un diagnóstico prenatal de vasa previa ($p < 0,001$)⁷.

Cuando el diagnóstico de vasa previa se realiza antes del parto, la manera más segura de finalizar la gestación es realizando una cesárea electiva en la semana 36 de gestación (nivel de recomendación II1A)⁶

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Benirschke K, Kaufmann P. En: Pathology of the Human Placenta. 4.^a ed. New York: Springer; 2000. p. 335–98.
2. Feldman DM, Borgida AF, Trymbulak WP, Barsoom MJ, Sanders MM, Rodis JF. Clinical implications of velamentous cord insertion in triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:809–11.
3. Stafford IP, Neumann DE, Jarell H. Abnormal placental structure and vasa previa: confirmation of the relationship. *J Ultrasound Med.* 2004;23:1521–2.
4. Baulies S, Maiz N, Munoz A, Torrents M, Echevarria M, Serra B. Prenatal ultrasound diagnosis of vasa previa and analysis of risk factors. *Prenat Diagn.* 2007;27:595–9.
5. Heinonen S, Ryyänen M, Kirkinen P, Saarikoski S. Perinatal diagnostic evaluation of velamentous umbilical cord insertion: clinical, Doppler and ultrasonic findings. *Obstet Gynecol.* 1996;87:112–7.
6. Gagnon R, Montreal QC. Guidelines for the Management of vasa previa. *Int J Gynecol Obstet.* 2010;108:85–9.
7. Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, Lashley S, Schachter M, Tovbin Y, et al. Vasa previa: The impact of prenatal diagnosis on Outcomes. *Obstet Gynecol.* 2004;103:937–42.