

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE VASA PREVIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Díaz Sierra, Ander Morales Vicente, Liliana Salazar González, Esther Maestre García, Amparo Secaduras Mora, Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital General Universitario de Valencia

La patología funicular puede ser causante de graves complicaciones que puede terminar provocando grandes consecuencias fetales, incluso la muerte fetal. Una de estas situaciones es la Vasa Previa (VP), vasos fetales se encuentran en las membranas desprotegidos de tejido placentario o cordón cubriendo el orificio cervical interno (1). Debido a las graves consecuencias, la importancia del diagnóstico prenatal permite un manejo más adecuado y poder finalizar la gestación de forma electiva para intentar minimizar los riesgos.

A continuación se presenta un caso clínico con diagnóstico prenatal ecográfico de Vasa Previa:

Gestante de 36 años sin antecedentes de interés. G2 P1. Buen control gestacional. Ecografías de 1º y 2º trimestre sin alteraciones detectables. Ingreso en semana 33+1 por metrorragia:



ECO: PLACENTA POSTERIOR A 20 mm de OCI. Abundante plexo varicoso en borde inferior de placenta, impresiona inserción marginal de cordón, sin poder descartar **VASA PREVIA**. Longitud cervical 31.4 mm. La paciente permanece estable, sin sangrado ni signos de sufrimiento fetal, por lo que tras maduración pulmonar fetal se programa cesárea en semana 37. En semana 36, acude a urgencias por DU regular y spotting, se realiza cesárea urgente ante inicio de trabajo de parto en gestante con diagnóstico prenatal de sospecha de **VASA PREVIA**

Hallazgos: placenta normoinserta. Útero gestante con formaciones vasculares sobre el OCI compatibles con VP e inserción central de cordón. RN: mujer de 2410 gr. Índice de Apgar 10/10. pH cordón 7,26.

Fig. 1 Imagen ecográfica del caso, diagnóstica de VP con Doppler color



Fig. 2 Imagen intraoperatoria de VP tras extracción placenta



Fig. 3 Placenta inserción central de cordón

La VP puede presentarse asociada a inserción velamentosa o conectada a uno de los lóbulos de una placenta bilobulada o succenturiata (1). Para definir VP los vasos deben estar situados sobre OCI, pero el manejo de los que están a menos de 20mm deben manejarse igual. Presenta una incidencia de 1/2000-6000 gestaciones (2).

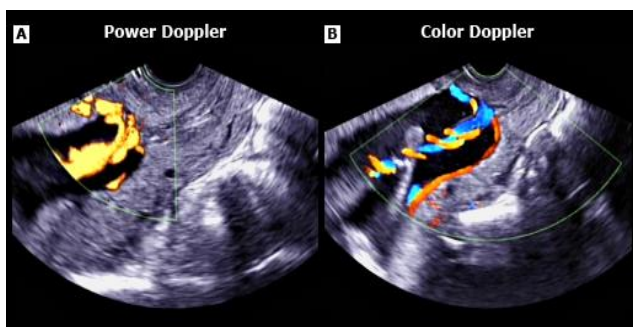


Fig.4 Imagen ecográfica de Vasa Previa con Power Doppler (A) y Doppler color (B) (1)

Los FR que haría a las pacientes susceptibles de un screening prenatal, son: inserción velamentosa, inserción en porción inferior uterina del cordón en 1º trimestre, PP o placenta inserción baja en 2º trimestre, placenta succenturiata o bilobulada, FIV, gestaciones múltiples. (3-5). Dx prenatal mejora tasas de supervivencia neonatal de un 44% vs 97% (2). Este Dx se basa en ECOTV y abdominal (2). No evidencia de alta calidad en la que basar las recomendaciones, se ha sugerido administración corticoides entre 28-32 sem (6) y CBF a partir de sem 32 (5). Aunque no consenso sería razonable, finalizar la gestación entre semana 34-37. (3)

1. Catanzarite V, Maida C, Thomas W, et al. Prenatal sonographic diagnosis of vasa previa: ultrasound findings and obstetric outcome in ten cases. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 2. R. Scooter Plowman, MD, MBA, MHSA Cylen Javidan-Nejad, MD Constantine A. Raptis, et al. Imaging of Pregnancy-related Vascular Complications. *radiographics.rsna.org* 1272 july-August 2017. 3. 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; 213:615 4. Hasegawa J, Nakamura M, Sekizawa A, et al. Prediction of risk for vasa previa at 9-13 weeks gestation. *J Obstet Gynaecol Res* 2011; 37:1346 5. Swank ML, Garite TJ, Maurel K, et al. Vasa previa: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215:223.e1. 6. Hasegawa J, Arakaki T, Ichizuka K, Sekizawa A. Management of vasa previa during pregnancy. *J Perinat Med* 2015; 43:783.