

HEMATOMAS PLACENTARIOS. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Servei de Medicina Materno-fetal.
Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

En función de su localización respecto al corion, los clasificamos en:

1. Hematoma subamniótico
2. Hematoma subcoriónico
3. Hematoma retro-placentario

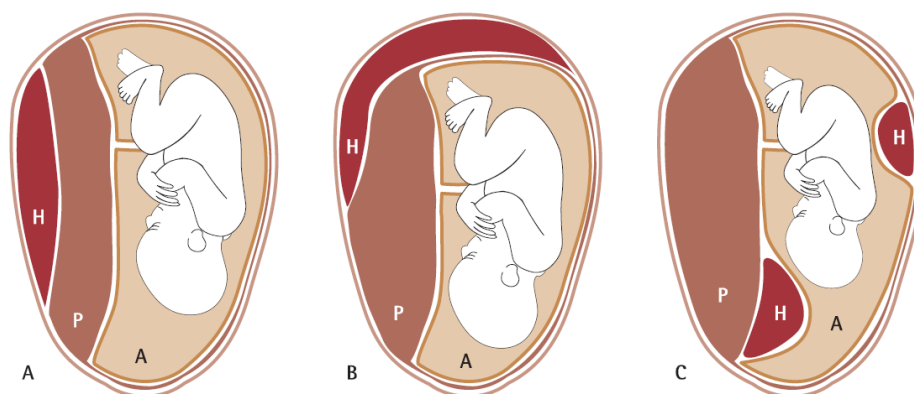
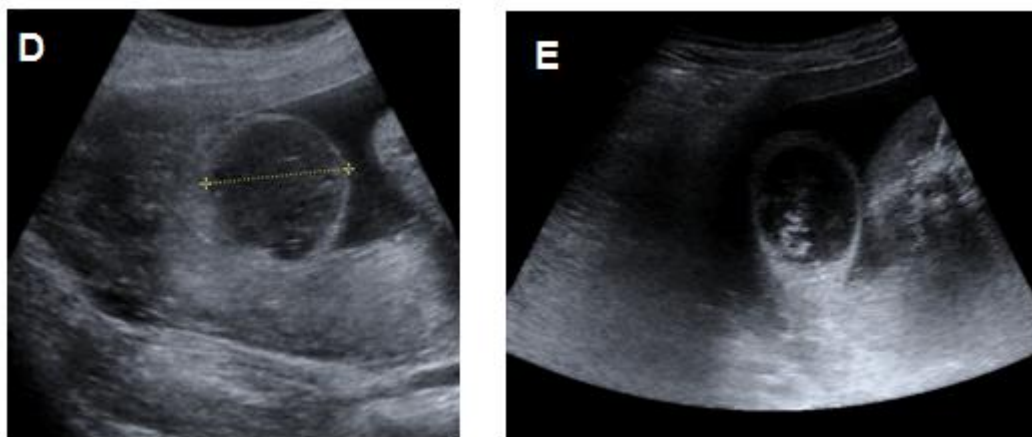


Figura A: Hematoma retroplacentario.

Figura B: Hematoma subcoriónico marginal.

Figura C: Izquierda, hematoma subamniótico. Derecha, hematoma subcoriónico extraplacentario.

El aspecto ecográfico del hematoma en la fase de hemorragia aguda es inicialmente hiperecoico o relativamente isoecoico respecto a la placenta (figura D). Tras 1-2 semanas de evolución, la imagen es más hipoecoica (figura E). El estudio Doppler tiene una gran utilidad para diferenciar los hematomas de otras imágenes placentarias ya que, independientemente de su localización, **nunca están vascularizados**.



2. TIPOS DE HEMATOMAS

2.1. HEMATOMA SUBAMNIÓTICO

Se localiza entre la membrana amniótica y la placa corial. Siempre es pre-placentario.

Incidencia

Es un hallazgo muy infrecuente, y normalmente incidental. La mayoría se diagnostican en el tercer trimestre o en el momento del parto.

Etiología

Se trata de un sangrado de **baja presión**. Se produce como consecuencia de la rotura de ramificaciones de los vasos del cordón umbilical cerca de la inserción de éste, frecuentemente por tracción del mismo (**origen fetal**). Por ello, la mayoría se diagnostican en el postparto, por **tracción excesiva del cordón** durante el parto. También se pueden producir como complicación de un **procedimiento invasivo** (cordocentesis, fetoscopia).

Ecografía

Imagen ovalada o redonda, de aspecto quístico, pediculada, hipoecoica, rodeada de una fina membrana (el amnios), protruyendo desde la cara fetal de la placenta (figura F). En función del tiempo de evolución, su ecogenicidad puede cambiar.



Clínica

El hematoma subamniótico es asintomático. Es un hallazgo ecográfico, sin traducción clínica de metrorragia.

Pronóstico

Las repercusiones clínicas del hematoma subamniótico son poco conocidas, aunque no se ha relacionado con grandes complicaciones obstétricas. A nivel fetal, se puede asociar a hemorragia feto-materna, pudiendo provocar anemia fetal, y a crecimiento intrauterino retardado (CIR).

Diagnóstico diferencial

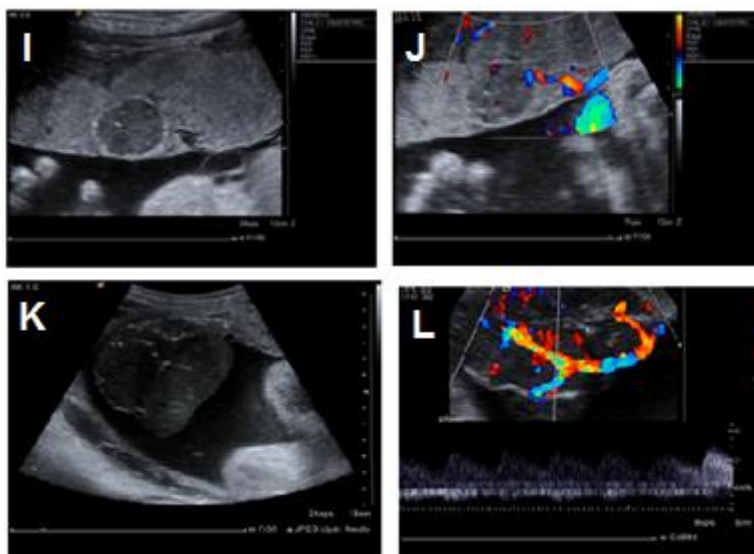
- **Quiste placentario o quiste citotrofoblástico:** Se pueden localizar, al igual que el hematoma subamniótico, entre la membrana amniótica y la placa corial, cerca de la inserción del cordón (figura G). No son hematomas, sino que contienen un material gelatinoso. Suelen ser pequeños, aunque en algunas ocasiones pueden exceder los 5 cm. No captan color en el estudio Doppler. La prevalencia de estos quistes es superior a la de los hematomas subamnióticos, de un 3% en el primer trimestre. Un 20% de estos quistes se asocian a anomalías cromosómicas o estructurales, sobre todo cuando se encuentran cerca del cordón.



- **Quiste de cordón umbilical** (figura H): En el 1º trimestre, la prevalencia de los quistes de cordón umbilical oscila entre el 0.4-3.4%. Sin embargo, son anecdóticos en el 2º y 3º trimestre. El pronóstico difiere en función del momento de la gestación en el que aparecen. La mayoría de quistes de cordón diagnosticados en el 1º trimestre son transitorios y no se asocian a resultados perinatales adversos. Sin embargo, ante hallazgo de quiste de cordón en el 2º o 3º trimestre (o si persisten tras 1º trimestre), se deberá descartar la presencia de anomalías ecográficas y, si aparecen, recomendar estudio genético.



- **“Vanishing twin”**: También puede dar una imagen de estructura quística y confundirse con un hematoma subamniótico. Puede asociarse a clínica de metrorragia.
- **Hematoma subcoriónico** (ver punto 2.2).
- **Corioangioma**: La principal diferencia con respecto al hematoma subamniótico, es que se encuentra vascularizado (figuras, I, J, K, L). Los corioangiomas, sobre todo cuando son mayores de 5 cm, se asocian a polihidramnios, parto pretérmino, anemia fetal, hidrops no inmune e insuficiencia cardíaca, debido a la presencia de shunts arterio-venosos con la placenta.



Manejo

Se realizará un primer control en la **Unidad de Patología placentaria** en los siguientes 7-10 días del diagnóstico (en caso de hallazgo por ejemplo en UCIA's).

1. En aquellos hematomas que ocupan > 25% superficie placentaria (o > 4 cm) el riesgo de repercusión en el riesgo de anemia fetal es superior por lo que se recomendará un seguimiento cada 1-2 semanas.
2. En aquellos hematomas pequeños (< 25% superficie placentaria o < 4 cm) el seguimiento puede ser cada 3-4 semanas.
3. En la ecografía transvaginal y abdominal se:
 - a. Detallará la localización y tamaño del hematoma
 - b. Medirá la velocidad en el pico sistólico (PSV) de la arteria cerebral media (ACM) dado el riesgo asociado de transfusión feto-materna y anemia fetal.
 - c. Valorarán las biometrías fetales (peso fetal estimado) por su asociación a CIR.
 - d. Medirá la longitud cervical
 - e. Medirá la columna máxima de líquido amniótico
4. Si no hay complicaciones asociadas, valoraremos la finalización de la gestación con opción de parto vaginal a partir de las 37 semanas.

2.2. HEMATOMA SUBCORIÓNIC

Puede ser pre-placentario (si se localiza entre la placa corial y el corion frondoso), intra-placentario o extra-placentario (si se localiza entre placa corial y decidua parietal).

Incidencia

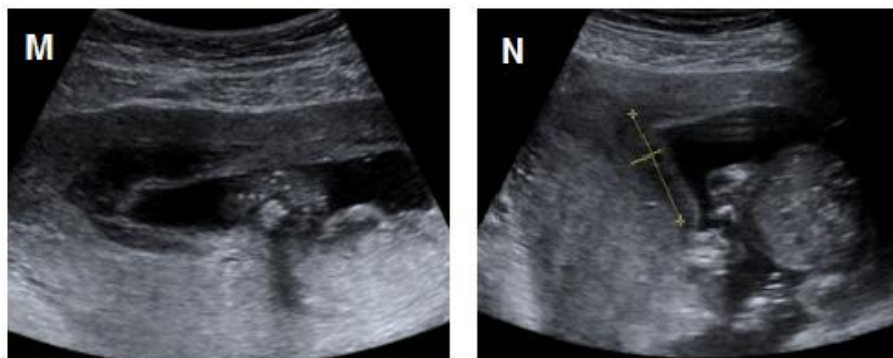
Es el hematoma placentario **más frecuente** (prevalencia superior al 1%), principalmente en gestaciones por debajo de las 20 semanas. Es **la causa más frecuente de metrorragia en el primer y segundo trimestre**.

Etiología

En la mayoría de los casos el origen es desconocido. Se trata de un sangrado de **baja presión** y de **origen materno**, como consecuencia de la rotura de vasos del espesor placentario

Ecografía

Habitualmente se visualizan ecográficamente como imágenes anecoicas en el borde placentario (figuras M y N).



Clínica

Variable. Pueden ser asintomáticos o manifestarse como clínica de metrorragia.

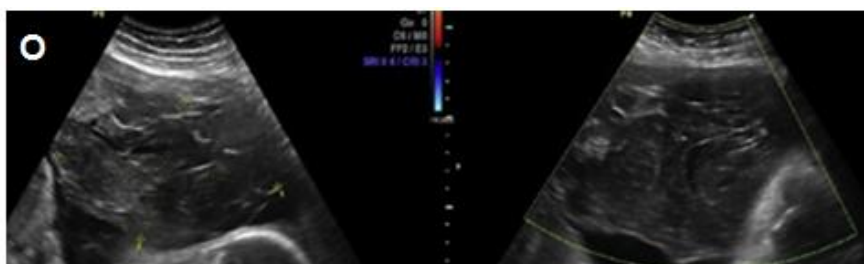
Pronóstico

La mayoría de hematomas subcoriónicos (aproximadamente el 70%), desaparecen de forma espontánea.

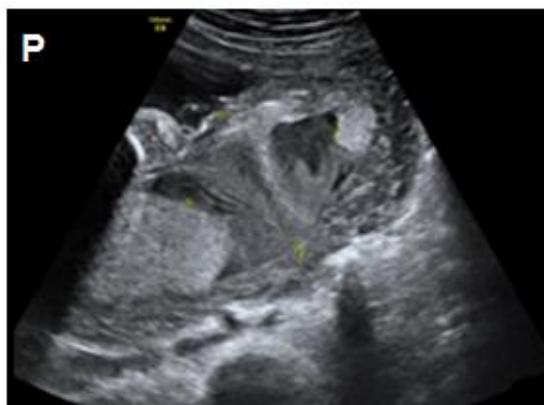
- En el 1º trimestre, un 10-20% de los hematomas subcoriónicos se asocian a **aborto espontáneo**. Cuanto mayor tamaño, mayor el riesgo. Sin embargo, la clínica de metrorragia no parece estar relacionada con el riesgo de aborto. En general desaparecen solos, especialmente cuando son de pequeño/moderado tamaño.
- En el 2º y 3º trimestre, pueden ser causa de parto pretérmino y/o rotura prematura de membranas (RPM). Si se asocia a metrorragia y el tamaño es grande (superior a los 3-4 cm), el riesgo de parto pretérmino y/o RPM es mayor.

Diagnóstico diferencial

- **Trombohematoma subcoriónico masivo (mola de Breus):** Es un hallazgo muy infrecuente. Se trata de un hematoma subcoriónico, cuyo sangrado es de origen materno y que separa la placa corial del corion frondoso (figura O). Es de gran tamaño y suele acompañarse de insuficiencia placentaria, por lo que se asocia a CIR y hasta en un 50% de casos a éxitus fetal. Es por ello que, ante el diagnóstico de un trombohematoma subcoriónico masivo se recomienda una vigilancia feto-materna estricta. En caso de insuficiencia placentaria, se deberá consensuar la finalización de la gestación en función de la edad gestacional y el bienestar fetal.



- **Corioangioma:** La principal diferencia es que el hematoma subcoriónico no está vascularizado.
- **Lagunas placentarias:** La diferencia con las lagunas es que éstas presentan un flujo turbulento en el estudio ecográfico (figura P).



Manejo

1. Para el diagnóstico, se realizará una ecografía transvaginal y abdominal para:
 - a. Detallar la localización y tamaño del hematoma
 - b. Medición de la velocidad en el pico sistólico (PSV) de la arteria cerebral media (ACM) dado el riesgo asociado de transfusión feto-materna y anemia fetal.
 - c. Valoración de las biometrías fetales (peso fetal estimado) por su asociación a CIR.
 - d. Medición de la longitud cervical (para valorar riesgo de parto pretérmino).
 - e. Medición de la columna máxima de líquido amniótico (por su asociación a RPM).
2. En caso de metrorragia abundante, se administrará la inmunoglobulina anti-D a las gestantes Rh- (1500 UI o 300 µg im.) si ésta no se ha administrado previamente o en las últimas 5 semanas.
3. En función de la intensidad de la metrorragia y la edad gestacional se ingresará a la paciente considerando la maduración pulmonar con corticoides y neuroprotección con sulfato de magnesio si existe riesgo de parto pretérmino inminente (ver protocolos correspondientes).
4. El uso de tocolíticos se valorará de forma individualizada aunque no están contraindicados.
5. Si no hay complicaciones asociadas, valoraremos la finalización de la gestación a partir de las 37 semanas, dando opción a la vía vaginal.
6. El manejo ambulatorio se hará igual que en el caso de los hematomas subamnióticos (ver manejo de hematomas subamnióticos).

2.3. HEMATOMA RETRO-PLACENTARIO

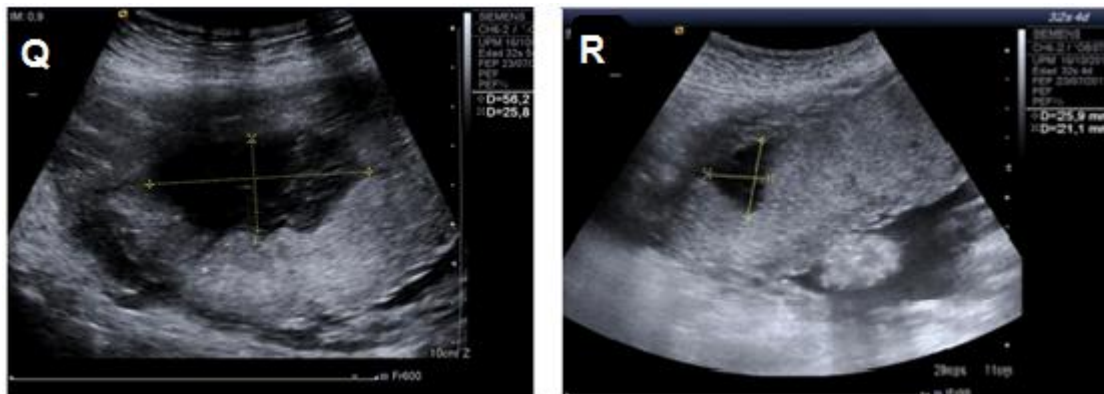
Se define como el hematoma que separa el corion frondoso de la decidua basal. El hematoma que se localiza en el margen placentario, si separa el corion frondoso, se considera dentro de la categoría de retro-placentario.

Etiología

Es un sangrado de **alta presión**, que se produce como consecuencia de la rotura de las **arterias espirales** de la placenta, a nivel de la decidua basal (**origen materno**).

Ecografía

Ecográficamente se visualiza como una zona lineal o bicóncava bien delimitada, isoeoica o anecoica, que corresponde a un hematoma localizado en la región posterior de la placenta, separándola del miometrio (figuras Q y R). Puede ser **retroplacentario** o **marginal**, cuando desprende uno de los márgenes de la placenta.



La sensibilidad de la ecografía es relativamente baja, pero el valor predictivo positivo es alto. Es por ello que se considera la prueba de elección cuando se sospecha de un hematoma retro-placentario.

La principal complicación del hematoma retro-placentario es el desprendimiento de placenta (o abruptio placentae) cuyo diagnóstico es clínico. La visualización ecográfica del hematoma confirma la sospecha diagnóstica, pero habitualmente el desprendimiento no tiene traducción ecográfica. De igual manera, el estudio histológico de la placenta no siempre confirma el diagnóstico de desprendimiento (sólo en un 50% de los casos).

Clínica

Existen hematomas retro-placentarios que cursan de forma silente, o que se manifiestan con clínica de parto pretérmino “idiopático” o metrorragia sin dolor. No obstante, el cuadro clínico del hematoma retro-placentario es la **tríada del desprendimiento de placenta** (metrorragia, hipertono y registro cardiotocográfico patológico).

3. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (DPPNI)

También conocido como abruptio placentae. Es la separación aguda parcial o completa de la placenta respecto a la pared uterina, que sucede después de la semana 20 y antes del parto, provocando un 20% de mortalidad fetal y hasta un 1% de mortalidad materna.

Incidencia

Tiene una prevalencia de 1 de cada 100-120 gestaciones, ocurriendo un 60% a término, un 25% entre las 32 y 36 semanas, y un 15% por debajo de las 32 semanas.

Factores de riesgo

1. El factor de riesgo más predictivo de desprendimiento es el **antecedente de desprendimiento de placenta** en una gestación anterior, aumentando el riesgo de 10 a 15 veces. Sin embargo, el 70% de los casos ocurren en gestaciones de bajo riesgo sin antecedentes previos.
2. **Edad materna** > 35 años.
3. **Tabaco**, con mayor riesgo a mayor consumo.
4. **Cocaína**: Posiblemente por efecto vasoconstrictor.
5. **HTA y preeclampsia**.
6. **Trombofilias maternas**: Sobre todo, se han relacionado con DPPNI el factor V de Leyden y la mutación del gen de la protrombina.
7. **Otros**: Malformaciones uterinas, gestación múltiple, polihidramnios, cordón umbilical corto, traumatismo abdominal...

Diagnóstico

El diagnóstico de DPPNI es **clínico**. La triada clásica del desprendimiento de placenta es la clínica de **metrorragia** (típicamente puede aparecer sangrado vaginal oscuro y escaso), dolor abdominal frecuentemente acompañado de **hipertono** e irritabilidad uterina y un **registro cardiotocográfico patológico**.

Pronóstico

El pronóstico depende del grado de desprendimiento, así como de la presencia de otros factores de riesgo asociados (coexistencia de preeclampsia, consumo de cocaína, traumatismo...).

La principal complicación a nivel materno, es la **coagulación intravascular diseminada (CID)**. Existe más riesgo de CID si el desprendimiento supera el 50% de la superficie placentaria o si el desprendimiento se asocia a éxitus fetal (10-20%).

A nivel fetal, puede provocar pérdida de bienestar y, consecuentemente, éxitus fetal.

Manejo

El DPPNI se considera una urgencia obstétrica que puede requerir la finalización inmediata de la gestación. El grado de urgencia y la vía de finalización de la gestación dependerán del estado materno y fetal, como veremos a continuación.

Al ingreso se realizará:

1. Anamnesis + palpación abdominal para detectar la presencia de hipertono uterino.
2. NST para comprobación de bienestar fetal.
3. Analítica con hemograma + coagulación + fibrinógeno (para descartar la presencia de CID),
4. Si el estado fetal y materno lo permiten, se realizará una evaluación ecográfica, teniendo en cuenta que una ecografía normal no excluye el diagnóstico de DPPNI. Se puede valorar el PFE (por su asociación a CIR) y el PVS ACM (para evaluar repercusión fetal, a pesar de que es un sangrado de origen materno).
5. El uso de tocolíticos puede enmascarar el cuadro clínico de desprendimiento placenta, por lo que estarán **contraindicados**.
6. Evitaremos tratamiento anticoagulante (ejemplo con HBPM).
7. **Finalización de la gestación:** la urgencia y vía dependerá principalmente del tipo de desprendimiento de placenta, que está influenciado por el estado fetal y materno:
 - a. **Hallazgo ecográfico de hematoma retro-placentario sin clínica de desprendimiento (ausencia de metrorragia, sin hipertono uterino y NST normal):** Si no existe clínica de DPPNI, no hay indicación de finalización inmediata. Se puede optar por un manejo conservador con un control **semanal del hematoma y quincenal del crecimiento fetal**.
Si la situación materno-fetal permanece estable se **individualizará** el momento de **finalización de la gestación** en función del tamaño del hematoma, la clínica y el bienestar fetal. **La vía de finalización será mediante cesárea electiva**. A pesar que la paciente esté asintomática, tener en cuenta que el riesgo de DPPNI es mayor en caso de preeclampsia asociada.
 - b. **Si NST patológico o paciente hemodinámicamente inestable**, se indicará la finalización activa mediante cesárea urgente/emergente. Se evitará el uso de tocolíticos antes de realizar la cesárea, ya que aumenta el riesgo de hemorragia postparto.
 - c. **Si se diagnostica de éxitus fetal**, existe un mayor riesgo de complicaciones como la CID y hemorragia postparto severa.
 - i. Si la madre está **hemodinámicamente estable**, se optará generalmente por la **vía vaginal** del parto, teniendo en cuenta que en aquellas pacientes con antecedente de cesárea anterior, el riesgo de rotura uterina es mayor (ya que el útero se puede contraer vigorosamente). Si la gestante está

hemodinàmicament estable però presenta criteris analítics de CID la urgència i via del partó dependran de les condicions cervicals. Si se prevé un partó ràpid, pot optarse per la via vaginal però, si les condicions cervicals són desfavorables, se deberà optar per una cesàrea urgent ja que la CID empeora mentre no se actúe sobre el origen, el DPPNI.

- ii. Si la mare està **hemodinàmicament inestable**, la via de finalització serà la **cesàrea urgent/emergent**.
8. El **manejo de la hemorragia postparto** y de la **CID** será el mismo que el recomendado en el protocolo específico. En desprendimientos de placenta severos, la sangre puede extravasarse al miometrio. Es lo que se conoce como **útero de Couvelaire**. La atonía uterina en este contexto responde peor al tratamiento convencional de la hemorragia postparto, por lo que estas pacientes pueden acabar requiriendo la necesidad de realización de una histerectomía.
9. Durante el ingreso, a ser posible, en el momento del diagnóstico, solicitar estudio de **tóxicos en orina**.
10. En caso de metrorragia abundante, se administrará la **inmunoglobulina anti-D** a las gestantes Rh- (1500 UI o 300 µg IM) si ésta no se ha administrado previamente o en las últimas 5 semanas.
11. Tras el puerperio se solicitará estudio de **trombofilias**.

4. RESUMEN CARACTERÍSTICAS DIFERENTES HEMATOMAS PLACENTARIOS

	SUBAMNIÓTICO	SUBCORIÓNICO	RETRO-PLACENTARIO
Frecuencia	Muy infrecuente	El más frecuente	Infrecuente
Origen	Fetal (baja presión)	Materno (baja presión)	Materno (alta presión)
Localización	Amnios-placa corial	- <u>Pre-placentario</u> : placa corial-corion frondoso - Intra-placentario - <u>Extra-placentario</u> : placa corial-decidua parietal	Corion frondoso-decidua parietal
Clínica	- Asintomático	- Metrorragia	-Asintomático - Parto pretérmino idiopático - Metrorragia - Tríada de DPPNI
Pronóstico	- Bueno - Anemia fetal	- Parto pretérmino - RPM	- Asociado a PE y CIR - Parto pretérmino - Si DPPNI: 20% exitus fetal, 1% mortalidad materna, CID
Seguimiento	- A los 7-10 d del diagnóstico, U. Patología Placentaria. - Si >25% superficie placentaria o complicación fetal, control 1-2 semanas - Cada 3-4 semanas en resto de casos	- A los 7-10 d del diagnóstico, U. Patología placentaria. - Si >25% superficie placentaria o complicación fetal, control 1-2 semanas - Cada 3-4 semanas en resto de casos	- Individualizar en función del tamaño, la edad gestacional y clínica asociada.
Finalización gestación	-Si no complicaciones asociadas, finalización ≥ 37 s (opción parto vaginal)	-Si no complicaciones asociadas, finalización ≥ 37 s (opción parto vaginal)	- Asintomático : Individualizar en función del tamaño y la edad gestacional pero si no complicaciones asociadas, finalización ≥ 37 s por cesárea electiva. - NST patológico o madre HDN inestable : cesárea urgente - Éxitus fetal : - <u>Madre HDN estable</u> : parto vaginal. Si analítica CID, valorar urgencia y vía parto en función condiciones cervicales. - <u>Madre HDN inestable</u> : cesárea urgente

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiters L, Ravelli ACJ, de Graaf IM, et al. Incidence and recurrence rate of placental abruption: a longitudinal linked national cohort study in the Netherlands. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:573.e1-8.
2. Youwen Mei & Yonghong Lin (2018) Clinical significance of primary symptoms in women with placental abruption, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31:18,2446-2449, DOI: 10.1080/14767058.2017.1344830.
3. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214:272.e1-9.
4. Ananth CV, Kinzler WL. Placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2019. <https://www.uptodate.com>.
5. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption: Management. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2019. <https://www.uptodate.com>.
6. Xiang L, Wei Z, Cao Y (2014) Symptoms of an Intrauterine Hematoma Associated with Pregnancy Complications: A Systematic Review. *PLoS ONE* 9(11):e111676. doi:10.1371/journal.pone.0111676
7. Deans A., Jauniaux E. Prenatal diagnosis and outcome of subamniotic hematomas. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:319-323.
8. RCOG. Antepartum haemorrhage. (Green-top Guideline No. 63) .
9. Wanqing Ji, Weidong Li, Shanshan Mei & Ping He (2017) Intrauterine hematomas in the second and third trimesters associated with adverse pregnancy outcomes: a retrospective study, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30:18, 2151-2155, DOI: 10.1080/14767058.2016.1241762.
10. El-Agwany, AS. Large subchorionic Hematoma: Breu's Mole. *Journal of Medical Ultrasound* (2017) 25, 248e250

Responsables del protocolo:	Yasmina Barral, Teresa Cobo, Marta López, Edurne Mazarico
Fecha creación del protocolo:	2011
Última actualización:	Mayo 2019
Próxima actualización:	Mayo 2022
Código Hospital Clínic:	
Código Sant Joan de Deu:	