

CASO CLÍNICO

RESULTADOS PERINATALES TRAS UN PROLAPSO DE CORDÓN MANTENIDO

Juan Miguel Martínez Galiano^{1,2,3}, Alberto Gálvez Toro¹

¹ Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, Jaén, España

² Universidad de Jaén, España

³ Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

Agradecimientos: A la mujer participante en el caso

No hay conflicto de intereses

Artículo recibido el 24 de octubre de 2013 y aceptado para publicación el 8 de enero de 2014.

Correspondencia:
Juan Miguel Martínez Galiano, PhD
Universidad de Jaén, Edificio B3, Campus Las Lagunillas s/n 23071, Jaén, España
Teléfono: +34953213327

✉ juanmimartinezg@hotmail.com

RESUMEN

El prolapso de cordón es un fenómeno poco frecuente que compromete el bienestar fetal en caso de no intervenir con celeridad y competencia. El entrenamiento profesional y el asesoramiento prenatal afectan los resultados. Se presenta el caso clínico de un prolapso de cordón poco frecuente, ocurrido en el domicilio de la paciente, con salida de 15 cm por la vagina, ausencia de compresión, registro cardiotocográfico normal y recién nacido vivo con buenos parámetros de salud.

Palabras clave: Prolapso de cordón umbilical, urgencia obstétrica, resultados perinatales.

PERINATAL OUTCOMES AFTER A MAINTAINED UMBILICAL CORD PROLAPSE

ABSTRACT

Cord prolapse is an uncommon phenomenon that compromises fetal well-being when intervention is not prompt and competent. Professional training and prenatal counseling affect results. A rare case of umbilical cord prolapse occurring at a patient's home is presented, 15 cm of cord protruding out the vagina, with no compression, normal cardiotocography, and live and healthy newborn.

Keywords: Umbilical cord prolapse, obstetrical urgency, perinatal outcomes.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de cordón es la presencia del cordón umbilical por delante de la presentación fetal. Aunque lo normal es referirse a ello cuando las membranas están rotas y el cordón se palpa en una exploración vaginal, hay tres situaciones muy diferentes que se encuadran dentro de lo que entendemos como cordón delante de la presentación: a) el prolapso propiamente, donde el cordón se presenta por delante de la presentación con bolsa rota; b) el procúbito, cuando ocurriendo lo anterior la bolsa está íntegra; y, c) la laterocidencia, si el cordón se dispone lateralmente a lo largo de la presentación con la bolsa íntegra⁽¹⁾.

Este tipo de distocias se presentan con más frecuencia en situaciones transversas, presentaciones podálicas, partos pretérmino, placenta previa parcial y maniobras obstétricas, como la rotura de las membranas cuando la cabeza no apoya en el estrecho superior^(1,2).

El diagnóstico se realiza mediante exploración vaginal cuando se palpa el cordón por delante de la presentación. El tratamiento incluye en un primer término el alivio de la presión que pueda sufrir el cordón por la presentación: mediante exploración vaginal y/o colocando a la madre en posición Trendelenburg. La terminación inmediata mediante cesárea es el tratamiento de elección.



El pronóstico fetal depende de dos factores: el grado de compresión y el momento del diagnóstico. De esto se derivarán todas las situaciones que van desde la muerte fetal hasta la ausencia de afectación. En una reciente y actualizada revisión, Holbrook y Phelan⁽²⁾ comunican una mortalidad de 10%, aunque este porcentaje era mucho mayor antes de los años 50 (32% a 47%).

Gavia-Benziv y col., en un estudio de cohortes retrospectivo con más de 30 000 partos, encontraron una incidencia de 0,11%, y en 62% de los casos el prolapso fue diagnosticado tras la rotura de las membranas. Holbrook y Phelan⁽²⁾, en su revisión sitúan la incidencia entre 1,4 y 6,2 por 1 000.

CASO CLÍNICO

Paciente de 21 años de edad que acudió al servicio de urgencias de su hospital de referencia, situado a 22 km aproximadamente de su domicilio, tras producirse la rotura espontánea de membranas, con salida de líquido claro. Al preguntarle por el motivo de consulta, la paciente refiere salida de líquido y presencia de unas 'tripas colgando' en la vagina.

La paciente era primigesta, con gestación única de 37+4 semanas de gestación, con control prenatal adecuado, serologías negativas (VIH, AgHbs, lúes y toxoplasma), exudado vaginal negativo para estreptococo *agalactiae*, al menos 5 visitas de control y la primera visita antes de la semana 12 de gestación. No presentaba factores de riesgo obstétrico ni antecedentes personales de interés. Una semana antes del caso había sido valorada en la consulta de bienestar fetal con unos resultados normales para la edad gestacional y sin observar algún parámetro alterado (ecografía: placenta normoinsera, líquido amniótico normal, auscultación cardiaca positiva, movimientos fetales, biometría acorde a edad gestacional y un peso fetal estimado de 2 500 gramos, aproximadamente; prueba no estresante categoría I, sin dinámica uterina, constantes maternas normales, no refería sintomatología).

Al ingreso la paciente presentó constantes vitales adecuadas, no metrorragia, hidrorrea clara, percibía movimientos fetales. Se realizó prueba no estresante, catalogada como categoría I, con dinámica uterina irregular (figura 1). A la exploración vaginal se observó una longitud de

15 cm aproximadamente de cordón umbilical que aparecía por el orificio vaginal (figura 2). Se palpó frecuencia cardiaca mayor de 120 latidos por minuto en cordón umbilical, cérvix uterino borrado, centrado, con 4 cm de dilatación y presentación fetal en podálica sobre el estrecho superior. Se confirmó la salida evidente de líquido amniótico claro. Se realizó ecografía abdominal y se verificó la presentación fetal podálica. Se preparó a la paciente para la realización de una cesárea (canalización de vía venosa, sonda vesical, otros). La señora tuvo analítica de sangre con parámetros normales.

Se realizó la cesárea con incisión media y bajo anestesia general. El desarrollo de la intervención quirúrgica se realizó sin ningún inconveniente. Se observó útero unicornio derecho no identificado anteriormente. La extracción del feto no fue dificultosa. El recién nacido de sexo mujer nació a los 55 minutos de haberse producido la rotura espontánea de membranas e identificar el prolapso. Recién nacida con un peso de 2 510 gramos, perímetro cefálico 32 cm y talla 44 cm, Ápgar al minuto de 7, de 9 a los cinco y diez minutos de vida; fue ingresada en la unidad de neonatología para observación y control.

Durante la estancia hospitalaria, el recién nacido presentó buena coloración de piel y mucosas, no dificultad respiratoria, llanto agudo, auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen blando y depresible, sin palpación de tumoraciones. Se le realizó ecografía transfontanelar y no mostró alteraciones. Tenía pie metatarso varo y abducto bilateral, en seguimiento por el servicio de rehabilitación.

La evolución de la puerpera fue normal, produciéndose el alta hospitalaria a los 4 días con un buen estado general, peristaltismo presente, micción y defecación espontáneas, loquios normales, útero contraído, mamas en buen estado y con lactancia materna instaurada de forma eficaz; herida quirúrgica sin signos de infección. Evolución puerperal tardía normal.

DISCUSIÓN

Los distintos estudios revisados sitúan la incidencia del prolapso por debajo del 2 por 1 000⁽²⁻⁴⁾. Se presenta de forma inopinada, pero hay un conjunto de factores que predisponen o favorecen su presentación.



FIGURA 1. PRUEBA NO ESTRESANTE, CATALOGADA COMO CATEGORÍA I, CON DINÁMICA UTERINA IRREGULAR.

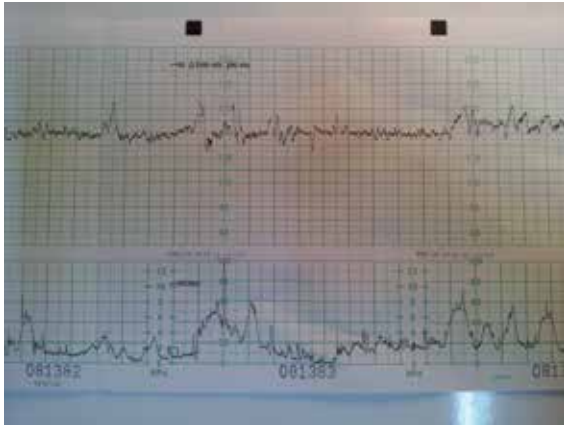


FIGURA 2. SE APRECIA APROXIMADAMENTE 15 CM DE CORDÓN UMBILICAL PROTRUYENDO POR EL ORIFICIO VAGINAL.



Obsérvense varios hechos que se dan en nuestro caso. La rotura de las membranas ocurrió en el domicilio de la paciente, donde también se prolapsó el cordón. La señora decidió trasladarse al hospital por la rotura de las membranas, no dándole importancia a la salida de lo que ella denominó 'tripas colgando'. El traslado requirió 30 minutos. Al llegar al hospital se realizó una valoración con diagnóstico de prolapso, feto vivo y reactivo (figura 1), que no se vio afectado por la dinámica uterina. El feto estaba en presentación podálica. Tras 25 minutos se produjo el nacimiento por cesárea.

¿Qué condiciones se dan para que el feto no se vea afectado por esta distocia funicular? Cuatro condiciones: la rotura espontánea, la presentación podálica sobre estrecho superior, el traslado de la paciente al hospital, y el diagnóstico y tratamiento.

Gabbay-Benziv y col. observaron que, en la rotura espontánea de las membranas, el Ápgar era mayor frente al hallado en la rotura artificial⁽³⁾. Aunque no hubo diferencias significativas porque el número de casos fue pequeño (37/33 519) es interesante reflexionar sobre el efecto que las intervenciones obstétricas tienen sobre la incidencia de prolapsos. Así, Gabbay-Benziv y col. encontraron que 16% de los prolapsos eran causados por el obstetra: 8% durante la inserción de catéter uterino y 8% en maniobras de versión externa. Holbrook y Phelan⁽²⁾ atribuyen a causas iatrogénicas el 47% de los prolapsos: rotura de membranas, amniotomía, versión cefálica externa, catéter de presión uterina, electrodos fetales o colocación de catéter con balón uterino⁽⁵⁾.

La presentación podálica fetal situada por encima del estrecho superior fue otro factor determinante para el bienestar fetal⁽²⁾. El prolapso no supuso compromiso fetal, como lo demostró el registro cardiotocográfico. No fue necesario colocar a la mujer en Trendelenburg. De haberse producido la entrada de la presentación en el estrecho y considerando el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas y el diagnóstico, el resultado fetal podría haber sido fatal.

La paciente acudió al hospital de forma temprana. Enakpene y col. encontraron relación entre los cuidados prenatales y la asistencia precoz a los servicios de salud en casos de prolapso de cordón⁽⁶⁾. La gestante que ha recibido unos deficientes cuidados prenatales tiende a minusvalorar ciertos signos o síntomas como, por ejemplo, la rotura de las membranas, y debido a ello, demoran la solicitud de asistencia sanitaria. De ahí que Enakpene y col. observaran mayor mortalidad fetal (OR= 3,02, IC 95% 0,879 a 10,356) y mayor morbilidad neonatal (OR=4,09, IC 95% 1,03 a 16,30) cuando la mujer recibe deficientes cuidados prenatales⁽⁶⁾. Nuestra paciente sabía que debía acudir al hospital en caso de rotura de membranas, porque así se le había indicado en la asistencia prenatal, aunque no dio ninguna importancia a la salida del cordón umbilical por la vagina; simplemente no sabía lo que era.

La formación y el entrenamiento del personal son dos factores que pueden condicionar el



resultado. Holbrook y Phelan⁽²⁾ describen un algoritmo para la toma de decisiones tras el diagnóstico de un prolapso de cordón que puede incorporarse a cualquier servicio de partos sin necesidad de adaptación. Siassakos y col.⁽⁷⁾ estudiaron el efecto de una sesión de entrenamiento a matronas, obstetras y anestesistas, llegando a concluir que se observa una mejora en las intervenciones registradas, una reducción en los tiempos de intervención, y aunque sin significación estadística, una reducción de ingresos de neonatos en cuidados intensivos y una mayor puntuación del Ápgar. En nuestro caso transcurrieron 55 minutos desde la rotura de las membranas y el prolapso, y 25 desde el diagnóstico y el nacimiento por cesárea. No hubo urgencia vital y tal como indican Holbrook y Phelan⁽²⁾ se realizó la cesárea antes de los 30 minutos tras el diagnóstico.

Desde un punto de vista clínico, este caso nos sugiere varias conclusiones prácticas: 1) los cuidados prenatales y la formación de la gestante mejoran los resultados perinatales en caso de prolapso de cordón; 2) las intervenciones obstétricas son la causa principal del prolapso de cordón, por lo que debe de plantearse seriamente la rutina en determinadas intervenciones; 3) los prolapsos espontáneos parece que ofrecen mejores resultados perinatales que los iatrogénicos; y, 4) el entrenamiento de los profesionales y contar con un algoritmo de toma de decisiones mejoran los resultados en términos clínicos y de intervenciones realizadas⁽⁸⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ación P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Obstetricia. Alicante-España: Ediciones MOLLOY. 1998.
2. Holbrook BD, Phelan ST. Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2013;40:1-14.
3. Gabbay-Benziv R, Maman M, Wiznitzer A, Linder N, Yogev Y. Umbilical cord prolapse during delivery - risk factors and pregnancy outcome: a single center experience. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27(1):14-7.
4. Gannard-Pechin E, Ramanah R, Cossa S, Mulin B, Maillet R, Riethmuller D. La prociidence du cordon: a propos d'une serie sur 23annees d'activite. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2012;41(6):574-83.
5. Yamada T, Cho K, Yamada T, Morikawa M, Minakami H. Labor induction by transcervical balloon catheter and cerebral palsy associated with umbilical cord prolapse. *J Obstet Gynecol Res*. 2013;39(6):1159-64.
6. Enakpene CA, Odukogbe AO, Morhason-Bello IO, Omigbodun AO, Arowojolu AO. The influence of health-seeking behavior on the incidence and perinatal outcome of umbilical cord prolapse in Nigeria. *Internat J Women's Health*. 2010;2:177-82.
7. Siassakos D, Hasafa Z, Sibanda T, Fox R, Donald F, Winter C, Draycott T. Retrospective cohort study of diagnosis-delivery interval with umbilical cord prolapse: the effect of team training. *BJOG*. 2009;116:1089-96.
8. Presa Lorite JC, Hijona Elosegui JJ, Gómez Fernández J. Urgencias y emergencias durante el parto. En: Martínez Galiano JM. Manual de asistencia al parto 1º ed. Barcelona: Elsevier. 2013:225-58.