

# Expectancia en ruptura de membranas posterior a biopsia de vellosidades coriales

## Expectance in membrane rupture after biopsy of corial vellosities

Recibido: 16/06/2020

Aceptado: 19/09/2020

Linda Ferrer Durán<sup>1</sup>, Juan Carlos Martínez Durán<sup>2</sup>

### Correspondencia:

<sup>1</sup> Residente tercer año de Ginecología y obstetricia, Clínica General del Norte Universidad Libre, Barranquilla, Correo: lindaferreduran@hotmail.com

<sup>2</sup> Residente tercer año de Ginecología y obstetricia Clínica General del Norte, Universidad Libre, Barranquilla, Correo: juanmarty-12@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.7355>

**Cómo citar:** Ferrer Duran, L., & Martínez Duran, J. C. (2020). Expectancia en ruptura de membranas posterior a biopsia de vellosidades coriales. *Biociencias*, 15(2). <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.7355>

### Resumen

La ruptura iatrogénica de membranas, durante la realización de la biopsia de vellosidades coriales es una complicación obstétrica muy infrecuente, la cual se presenta en menos del 1% de los casos, pero de manejo complejo, debido a que en la gran mayoría de los casos se producirá un aborto espontáneo en las primeras 72 horas de la amniorrhexis. Sin embargo, si no sucede la pérdida y el cuadro clínico logra estabilizarse, existe riesgo de complicaciones maternas y de una muy elevada morbimortalidad perinatal. La ruptura de membranas en fetos no viables, posterior a un procedimiento como es la biopsia de vellosidades coriales, representa un desafío raro pero significativo para los obstetras en términos de manejo, debido a la poca literatura disponible y al reducido número de casos reportados. La mayoría de estos terminan en una pérdida inevitable ya sea por el oligohidramnios o por procesos infecciosos, a pesar de los avances en la atención obstétrica y neonatal, el pronóstico perinatal sigue siendo muy pobre. Sin embargo, el riesgo de morbilidad y mortalidad materna severa sigue siendo alto.

**Palabras clave:** Biopsia; ruptura iatrogénica; vellosidades coriales; manejo expectante.

### Abstract

The iatrogenic rupture of membranes, during the performance of the chorionic villus biopsy is a very rare obstetric complication, which occurs in less than 1% of cases, but is complex to manage, because in the vast majority of cases a miscarriage will occur in the first 72 hours of amniorrhexis. However, if the loss does not happen and the clinical picture stabilizes, there is a risk of maternal complications and a very high perinatal morbidity and mortality. The rupture of membranes in nonviable fetuses after a procedure such as the chorionic villus biopsy represents a rare but significant challenge for obstetricians in terms of management, due to the limited literature available and the small number of reported cases. these terms in an inevitable loss either by oligohydramnios or by infectious processes, a weight of advances in obstetric and neonatal care, the perinatal prognosis remains very poor. However, the risk of severe maternal morbidity and mortality remains high.

**Keywords:** Biopsy; Iatrogenic rupture; Chorionic villi; Expectant Management.

### Open Access



## Introducción

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. La RPM de pretérmino corresponde a aquella que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. La RPM NO viable se refiere a la que acontece antes de las 24 semanas de gestación.

Si bien la incidencia de RPM antes de las 24 semanas es baja (0,37%) (1), su asociación a complicaciones maternas y fetales significativas, la hacen una patología de relevancia clínica y ética (1, 2). Gracias a los avances en medicina neonatal, el pronóstico de los recién nacidos post RPM pre viabilidad ha mejorado, y el manejo expectante de esta patología ha cobrado mayor interés. De hecho, distintos grupos de medicina perinatal han publicado en los últimos años sus resultados maternos y fetales en este escenario clínico.

El manejo de las pacientes con RPM antes de la viabilidad no se ha establecido con base en sólida evidencia científica, generando gran heterogeneidad de las intervenciones utilizadas como parte del manejo expectante; incluso, en muchas partes del mundo se plantea la interrupción del embarazo ante el diagnóstico de RPM NO viable, debido al pronóstico reservado para el feto/recién nacido. De este modo, definir un consenso acerca del enfrentamiento de los embarazos con RPM antes de la viabilidad, se hace difícil.

El objetivo de esta publicación es revisar la literatura de la última década, para evaluar los distintos manejos definidos como expectantes en la RPM antes de la viabilidad, y asociar dichos manejos con los resultados maternos y fetales. Con base en los hallazgos propondremos un algoritmo de manejo para esta situación clínica.

## Caso clínico

Paciente de 38 de edad secundigestante con antecedente de infertilidad secundaria de 10 años de evolución con la misma pareja, sin tratamiento de fertilidad, miomatosis uterina de grandes elementos e hipertensión arterial crónica tratada y controlada, consigue embarazo espontáneamente e inicia control prenatal a las 7 semanas, se realiza paraclínicos normales, ecografía que evidencia gestación evolutiva y miomatosis, paciente en su control prenatal particular le proponen biopsia de vellosidades coriales a la semana 11 (no está clara la justificación), le realizan procedimiento a la semana 11.3 y posterior a 12 horas del mismo, presenta salida de líquido claro abundante por genitales, consulta a urgencia de III nivel donde realizan ecografía obstétrica la cual evidencia feto único vivo de 11 semanas en anhidramnios, por lo que se hace diagnóstico de ruptura de membranas pre viable, se hospitaliza, realizan paraclínicos y se informa a paciente pronóstico pobre de la gestación, se inicia tratamiento médico con esquema triconjugado con azitromicina 1 gr dosis única, ampicilina 1 gr iv cada 8 horas, metronidazol 500 mg cada 8 horas, profilaxis antitrombotica con enoxaparina 40 mg sc /día, paraclínicos hemograma y PCR y ecografía obstétrica transabdominal

cada 72 horas, se inicia expectancia por petición de la gestante y su pareja, se realiza ecografía obstétrica control a las 72 horas donde reportan nuevamente feto único vivo de 11.2 semanas + anhidramnios y paraclínicos leucocitos 11.340 neutrófilos 65% PCR negativa, paciente durante este tiempo refiere salida de líquido en escasa cantidad por genitales y niega síntomas agregados, al tercer día de haber realizado la ecografía obstétrica se realiza nuevo control ecográfico y paraclínicos los cuales siguen evidenciando anhidramnios y laboratorios normales, paciente quien se encuentra en la semana 12.2 de gestación, se explica pobre pronóstico y riesgo de morbimortalidad materno fetal, pese a paraclínicos normales la paciente continua asintomática, la paciente desea continuar con expectancia, se realiza ecografía control la cual evidencia feto único vivo de 12 semanas 4cm de ILA más bienestar fetal y paraclínicos normales, se suspende antibioticoterapia a los 10 días de iniciado y continúa hospitalización, se realiza control ecográfico a las 72 horas el cual reporta embarazo de 12.1 semanas ILA de 8cm bienestar fetal y paraclínicos normales, paciente continúa asintomática por lo que se define egreso con controles semanales durante 4 semanas, durante controles semanales no evidenció alteraciones clínicas ni paraclínicas y bienestar en controles ecográficos, se continuó control por perinatología mensual con evolución satisfactoria y en semana 34.2 paciente presenta preeclampsia severa por lo que se finaliza embarazo por cesárea debido a bishop desfavorable con producto femenino de 2400 gr en buenas condiciones generales.

## Discusión

El manejo expectante de la ruptura de membranas en la previabilidad posterior a cualquier procedimiento invasivo, incluyendo biopsia de vellosidades coriales, está cobrando fuerza en el mundo gracias a los avances en la medicina neonatal, nuestra revisión hace patente la ausencia de guías que estandaricen las intervenciones a realizar, haciendo difícil comparar y extrapolar los resultados maternos y perinatales descritos. Cabe destacar que el rango de sobrevida perinatal encontrado en los pocos estudios va desde 2-54% (promedio 30,1%), con una sobrevida al alta del RN de 2-64% (promedio 26,8%), lo que refuerza la idea que si bien la RPM previabilidad se asocia a un pronóstico reservado, la posibilidad de un resultado favorable no es despreciable al implementar un manejo expectante.

En relación a uso de antibióticos profilácticos su uso está claramente avalado por la literatura una vez alcanzada la viabilidad (21), sin embargo, no hay consenso acerca de su uso en RPM antes de la viabilidad. En nuestra revisión se observa que la indicación de antimicrobianos en este escenario clínico podría asociarse a mayor latencia al parto (5,6,14) y que incluso podrían mejorar la sobrevida perinatal (6,10,12). Por este motivo, creemos apropiada la indicación de antibióticos profilácticos al momento de hacer el diagnóstico de RPM previabile en caso de decidir continuar el embarazo.

No se recomienda usar tocólisis, debido que durante esta edad gestacional se encuentran muy poco receptores específicos para los mismos y la evidencia es proclive a contraindicar esta terapia en RPM pues su indicación se asocia a mayor incidencia de corioamnionitis sin mejorar los resultados perinatales (22).

Una vez alcanzada la viabilidad la administración de corticoides es indispensable (16,17,21), cuestión que hoy no se discute en todas las normas internacionales.

Dentro de la evolución clínica y el manejo que se le dio a esta paciente en particular, se plantean una serie de preguntas, como, por ejemplo, por qué no se le dio la posibilidad de realizar pruebas no invasivas para detectar euploidias en vez de realizar una BVC como primera elección, ¿se debió tomar solo la edad de esta paciente como único parámetro para realizar dicha prueba?

## Conclusión

Teniendo en cuenta los hallazgos descritos, la paciente debe ser informada acerca de la posibilidad de un pronóstico desfavorable de la RPM antes de la viabilidad (69,9% de mortalidad perinatal) y debe recibir apoyo emocional de la familia y del equipo médico. Sin embargo, debe ser alentada a un manejo expectante considerando que es posible lograr la sobrevida (26,8% de sobrevida al alta) pese al costo emocional y económico del manejo expectante.

La paciente con ruptura previsible sin ninguna indicación para finalizar el embarazo inmediatamente, debe ser ampliamente aconsejada con respecto a los riesgos y beneficios del manejo conservador. Esto debería incluir una estimación realista de los posibles resultados neonatales y los riesgos maternos. Para aquellas pacientes que determinan que los riesgos del tratamiento conservador superan los beneficios potenciales, se puede lograr la finalización del embarazo con inducción o por dilatación y evacuación.

## Referencias

1. Mohan S, Fatema N, Osit VC, Al Abri FM, Al Shafouri NST. Maternal and Perinatal Outcomes Following Expectant Management of Preterm Premature Rupture of Membranes Before 25 Weeks of Gestation: A Retrospective Observational Study. *J Clin Gynecol Obstet*. 2018; 7(1): 13-19. <https://www.jcgo.org/index.php/jcgo/article/view/466/312>
2. Doren V, Carvajal J. Alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012; 77(3): 225 - 234. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000300010](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000300010)
3. Wong LF, Holmgren CM, Silver RM, Varner MW, Manuck TA. Outcomes of expectantly managed pregnancies with multiple gestations and preterm premature rupture of membranes prior to 26 weeks. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 212(2): 215 e211-219. [7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312545/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312545/)
4. Hunter TJ, Byrnes MJ, Nathan E, Gill A, Pennell CE. Factors influencing survival in pre-viable preterm premature rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25(9): 1755-1761. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22339558/>

5. Al Riyami N, Al-Ruheili I, Al-Shezaw F, Al-Khabori M. Extreme preterm premature rupture of membranes: risk factors and feto maternal outcomes. *Oman Med J.* 2013; 28(2): 108-111. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23599878/>
6. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 201: 230-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19733274/>
7. Dewan H, Morris JM. A systematic review of pregnancy outcome following preterm premature rupture of membranes at a previable gestational age. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2001; 41(4): 389-94. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11787910/>
8. Winn HN, Chen M, Amon E, Leet TL, Shumway JB, Mostello D. Neonatal pulmonary hypoplasia and perinatal mortality in patients with midtrimester rupture of amniotic membranes--a critical analysis. *Am J Obste Gynecol.* 2000; 182: 1638-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10871491/>