

PRESENTACIÓN DE CASO

Placenta increta en cuerno uterino

**MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González, MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado,
MSc. Dra. María Elena Benavides Casal, MSc. Dra. Hilda Elena Rodríguez
Mantilla, Dra. Dinorah Pérez Socorro, Dra. Kenia González Valcárcel**

Hospital Provincial Docente Ginecobiétrico "Mariana Grajales". Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

La placenta es un órgano materno fetal que tiene funciones importantes durante todo el embarazo y el desarrollo fetal. En ocasiones puede tener anormalidades anatómicas, estructurales, funcionales o asociadas con el sitio de implantación. Se presenta un caso de placenta increta en cuerno uterino, localización poco frecuente, como hallazgo transoperatorio en el curso de una operación cesárea que continua con una histerectomía obstétrica. Se muestran imágenes de la pieza quirúrgica, así como imágenes macro y microscópicas de anatomía patológica ilustrativas de tan infrecuente localización de este trastorno adherencial placentario. Con el objetivo de presentar un caso de placenta increta, en una localización poco frecuente como el cuerno uterino y revisar el tema se presentó un caso.

Palabras clave: placenta, operación cesárea, histerectomía obstétrica.

INTRODUCCIÓN

La placenta es un órgano materno fetal que tiene funciones importantes durante todo el embarazo y el desarrollo fetal.¹ En ocasiones pueden tener ciertas anormalidades que pueden variar desde anatómicas, asociadas con el grado o sitio de implantación, en su estructura, en la función placentaria, efectos dependientes del componente materno (pre-eclampsia, eritroblastosis fetal entre otras) y anomalías mecánicas asociadas con la placenta.²

La placenta acreta se define como una implantación placentaria anormal. Las vellosidades coriales se insertan directo en el miometrio, en ausencia de la decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch.³

Esta anomalía en la implantación incluye:

- *Placenta acreta:* fallo en la decidua. Las vellosidades se insertan directo en el miometrio.

- *Placenta increta*: las vellosidades penetran en el interior del miometrio.
- *Placenta percreta*: las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal e incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos.

El acretismo placentario ha ido en aumento como consecuencia del incremento en la tasa de cesáreas. En Estados Unidos oscila entre 1/533 partos en 1980 a 1/2500 partos en 1990. En España la incidencia se cifra en 1/2500 partos, con igual comportamiento en otros países.^{4, 5}

Es una adherencia anormal, con ausencia de decidua basal. La incidencia de la placenta adherida también, aumenta significativamente, en las mujeres con cesárea anterior en comparación con los que no tienen un parto quirúrgico previo.^{6, 7}

Entre los factores de riesgo del acretismo placentario están:

- Cirugía uterina previa: es el más importante.
- Placenta previa: es el más frecuente. Sobre todo la placenta previa que aparece tras una cesárea anterior. Esta implantación anómala puede deberse a una pobre formación o a la ausencia de decidua en el segmento uterino inferior, que no resista la amplia penetración del trofoblasto, aunque pueden estar implicados otros mecanismos fisiopatológicos.⁹⁻¹³

El riesgo de placenta acreta en mujeres con placenta previa según su historia obstétrica es:

- 1-5 % sin cirugía uterina previa.
- Una cesárea previa 11-25 %.
- Dos cesáreas previas 35-47 %.
- Tres cesáreas previas 40 %.
- Cuatro o más cesáreas 50-67 %.
- Edad materna superior a 35 años.
- Multiparidad.
- Defectos endometriales (síndrome de Asherman).
- Miomas submucosos.

Durante el embarazo suele ser asintomática, salvo que esté asociada a placenta previa.¹⁴ La primera aparición clínica suele ser en el periodo del alumbramiento, en el que aparecerán falta de cotiledones durante la revisión placentaria, o si la placenta es percreta, ocasionará una ausencia de desprendimiento, queda muy fuerte, adherida a la cavidad uterina sin encontrar plano de separación de la misma.^{8, 12}

Anatómico, en la cavidad uterina, el borde anterosuperior o fondo es convexo en los dos sentidos, y su reunión con los bordes laterales constituye los cuernos uterinos, en donde se implantan los ligamentos redondos, las trompas y los ligamentos uteroováricos. Aun cuando la implantación de la placenta fuese en el fondo, raro, incluye los cuernos, dada sus características anatómicas y fisiológicas.

Con el objetivo de presentar un caso de placenta increta en una localización poco frecuente como el cuerno uterino y revisar el tema se presenta un caso.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Paciente de 43 años de edad, con antecedentes obstétricos de cinco gestaciones, dos partos anteriores y dos abortos provocados. Acude a la maternidad con embarazo a término 39,5 semanas con un feto en presentación pélvica y bolsas rotas con salida de líquido amniótico claro, por lo que se decide interrumpir el embarazo por vía alta, mediante cesárea segmentaria arciforme. Se realiza sin dificultad, pero en el curso de la misma durante el alumbramiento, solo se logra extraer fragmentos de membranas ([Fig. 1](#)), sin lograr encontrar la placenta dentro de la cavidad uterina, decidiéndose exteriorizar el útero y se visualiza a nivel del cuerno derecho un aumento de volumen donde se encuentra adherida la placenta, sin lograr su extracción manual, interpretándose como una placenta acreta por lo que se discute en colectivo y se decide continuar la operación cesárea con una histerectomía obstétrica.



Fig. 1. Membranas procedentes de la extracción manual de la cavidad uterina, no se constataba placenta.

Se realiza histerectomía subtotal abdominal donde se visualiza en la pieza un aumento de volumen a nivel del cuerno derecho donde se encuentra adherida la placenta ([Fig. 2](#)).



Fig. 2. Útero con placenta increta en cuerno derecho.

La paciente evoluciona de forma satisfactoria. En el informe de Anatomía patológica, se describe una placenta increta donde las vellosidades coriónicas se introducen en el espesor del miometrio ocupando más de 2/3 de su espesor ([Fig.3](#) y [4](#)).



Fig. 3. Aspecto macroscópico de la placenta increta.

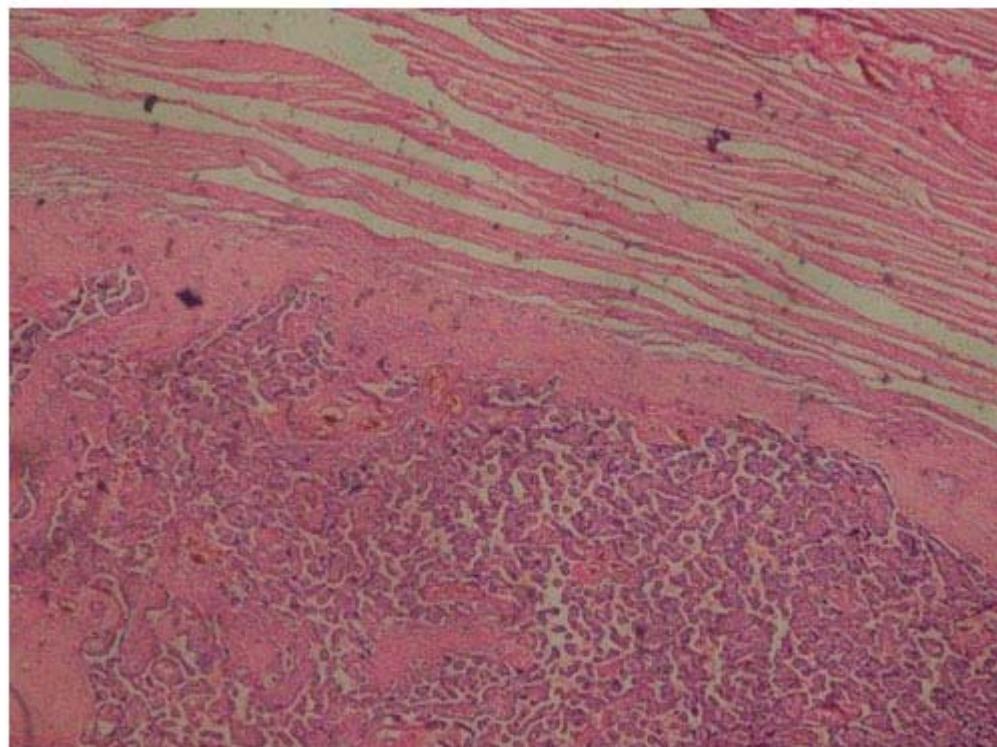


Fig. 4. Placenta increta. Vellosidades coriónicas que se introducen en el espesor del miometrio ocupando más de 2/3 de su espesor Aumento 5x.

En el análisis microscópico de observan las vellosidades coriales y el trofoblasto de una placenta increta (Fig. 5).

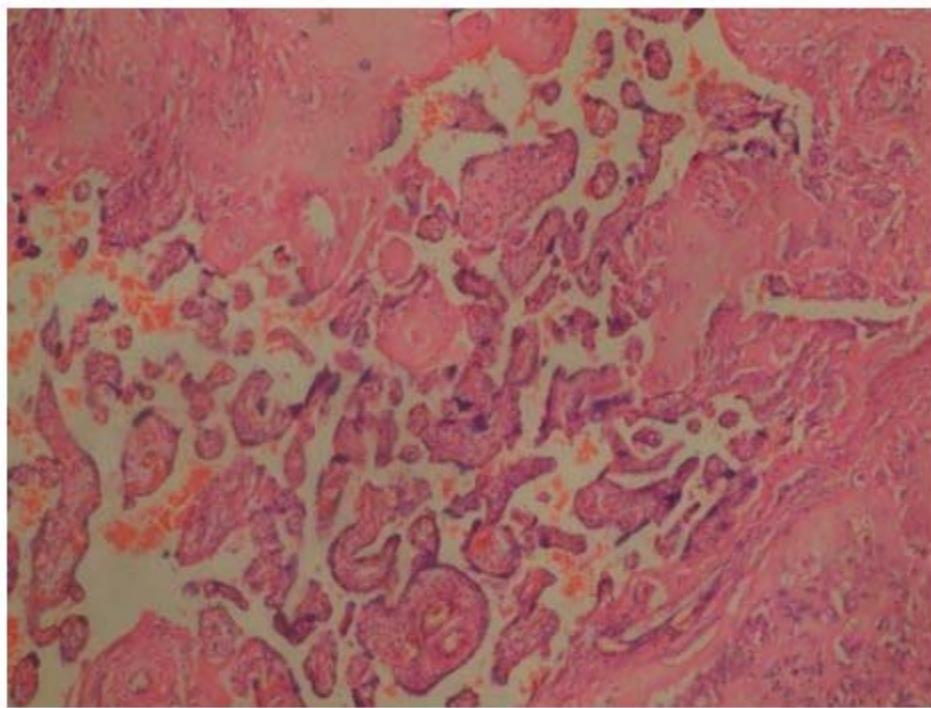


Fig. 5. Vellosidades coriales y trofoblasto de una placenta increta.
Aumento 20x.

DISCUSIÓN

Histórico, *Pablo Portal* (1630-1703), un médico francés,¹³ fue el primero en describir en 1685 un caso de placenta previa en su "The Practice Compleat de Hombres y Mujeres Parteras".

En esta anomalía placentaria, la placenta cubre el orificio cervical interno del útero, cubre de sí, el canal del parto. Esta condición se presenta en alrededor de 1 en 200 - 250 embarazos, y los factores de riesgo incluyen parto por cesárea previa, la interrupción del embarazo, la cirugía intrauterina, el tabaquismo, la gestación múltiple, el aumento de la paridad y la edad materna.^{14, 15}

El manejo intraoperatorio puede consistir en una histerectomía (considerada el método estándar de tratamiento), en la extracción forzada de la placenta para intentar dejar el útero vacío o bien el manejo conservador, dejando la placenta "*in situ*". Puede ser particularmente útil y seguro en casos de placenta percreta, en el que se ve involucrada la vejiga, ya que reduciría la morbilidad materna, las lesiones ureterales, cistostomías y las fistulas urinarias comparadas con la histerectomía.¹⁶

Las desventajas de este procedimiento son un mayor riesgo de infección abdominal y la posibilidad de sangrado. La extirpación forzada de la placenta debería evitarse

porque se asocia a una mayor proporción de hemorragia masiva, postparto que la histerectomía o que el manejo conservador. Tiene mayor tasa de histerectomías periparto que el tratamiento conservador.

La ligadura de arterias hipogástricas no siempre se realiza debido a que es un procedimiento lento e ineficaz en el control de la hemorragia hasta en el 50 % de los casos,¹⁷ y excluye el uso de la angiografía y la embolización selectiva pélvica si fuera necesario. El manejo depende del momento del diagnóstico. Si el acrotismo se descubre intraparto, no debe迫使er el alumbramiento.¹⁸⁻²⁰

Se presenta un caso de placenta increta en cuerno uterino como hallazgo transoperatorio en el curso de una cesárea que requiere continuar con histerectomía obstétrica. La paciente evoluciona de forma satisfactoria. Por lo poco usual de esta localización se presenta el mismo y se revisa la literatura sobre el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resnik R, Lockwood C, Levine D. Diagnosis and management of placenta accreta. 2010 [citado 31 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
2. Wook K, Min-Jeong M, Seo T, So K, Paek Y, Kim H, et al. Prophylactic hypogastric artery ballooning in a patient with complete placenta previa and increta. J Korean Med Sci. 2010;25:651-5.
3. Arduini M, Epicoco G, Clerici G, Bottaccioli E, Arena S, Affronti G, et al. B-Lynch suture, intrauterine balloon, and endouterine hemostatic suture for the management of postpartum hemorrhage due to placenta previa accrete. Int J of Gynecology and Obstetrics. 2010;108:191-3.
4. Chabrot P, Diop A, Boyer L, Gallot D. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. Obstetric and Gynecology. 2010;116(5):1219-20.
5. Provansal M, Courbiere B, Agostini A, D'Ercole C, Boubli L, Bretelle F, et al. Fertility and obstetric outcome after conservative management of placenta accrete. Int J of Gynecology and Obstetric. 2010;109:147-50.
6. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernández H. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. Obstetrics and Gynecology. 2010;115(3):526-34.
7. Angstmann T, Gard G, Harrington T, Ward E, Thomson A, Giles W, et al. Surgical management of placenta accrete: a cohort series and suggested approach. Am J Obstet Gynecol. 2010;202:38.
8. M Jirkovská, T Kučera, J Kaláb, M Jadrníček, V Niedobová, J Janáček, et al. El patrón de ramificación de capilares vellosos y los cambios estructurales de las vellosidades de la placenta en terminal de diabetes mellitus tipo 1 Placenta. 2012;33(5):343-51. PMID: 22317894.

9. Junichi Hasegawa, Shinji Iwasaki, Ryu Matsuoka, Kiyotake Ichizuka, Akihiko Sekizawa, Takashi Okai, et al. Velamentosa inserción espinal causada por la implantación oblicua después de la fecundación *in vitro* y transferencia de embriones. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37(11):1698-701. PMID: 21651650.
10. Helen McNamara, Jennifer A Hutcheon, Robert W Platt, Alice Benjamin. Factores de riesgo *S Michael Kramer* de alto y bajo peso de la placenta. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2014;28(2):97-105.
11. Anne-Sophie Riteau, Mikael Tassin, Guillemette Chambon, Claudine Le Vaillant, Jocelyne de Laveaucoupet, Marie-Pierre Quéré, et al. Accuracy of Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Placenta Accreta. *PLoS ONE.* 2014;9(4). DOI: 10.1371/journal.pone.0094866
12. Charleen Sze-Yan Cheung, Ben Chong-Pun Chan. El aspecto ecográfico y manejo obstétrico de placenta adherida. *Int J Womens Health.* 2012;4:587-94.
13. Binoj Varghese, Navdeep Singh, Regi AN George, Sareena Gilvaz. Magnetic resonance imaging of placenta accreta. *Indian J Radiol Imaging.* 2013;23(4):379-85
14. Lopa L. Placental vascular dysfunction in diabetic pregnancies: intimations of fetal cardiovascular disease? *Microcirculation.* 2011;18(4):263-9.
15. Inas Babic, Maha Tulbah, Wesam Kurdi. Antenatal embolization of a large placental chorioangioma: a case report. *J Med Case Rep.* 2012;6:183.
16. Liu Tao, Chen Suhua, Chen Juanjuan, Yin Zongzhi, Xiao Juan, Zhang Dandan. In vitro study on human cytomegalovirus affecting early pregnancy villous EVT's invasion function. *Virol J.* 2011;8:114.
17. M Gantert, JV Been, AWD Gavilanes, Y Garnier, LJI Zimmermann, BW Kramer, et al. Chorioamnionitis: a multiorgan disease of the fetus? *J Perinatol.* 2010;30Suppl:S21-30.
18. Chong Jai Kim, Roberto Romero, Juan Pedro Kusanovic, Wonsuk Yoo, Zhong Dong, Vanessa Topping, et al. The frequency, clinical significance, and pathological features of chronic chorioamnionitis: a lesion associated with spontaneous preterm birth. *Mod Pathol.* 2010;23(7):1000-11.
19. Kayem G, Davy C, Goffinet M, Thomas C, Clément D, Cabrol D, et al. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric and Gynecol.* 2004;104(3):531-6.
20. Diop A, Bros S, Chabrot P, Gallot D, Boyer L. Placenta percreta: urologic complication after successful conservative management by uterine arterial embolization: a case report. *Am J Obstetric and Gynecology.* 2009;201(5):e7-8.

Recibido: 20 de noviembre de 2014.

Aprobado: 2 de diciembre de 2014.

Juan Antonio Suárez González. Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara. Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu