

Secuencia quirúrgica en percrecimiento placentario, manejo exitoso en el Hospital Angeles Villahermosa

Surgical sequence in placental percretement, successful management at the Angeles Villahermosa Hospital

Eduardo Peñafloros Rodríguez,*,‡ Arnulfo Martínez Chapa,§ Israel Hernández Sánchez,*, César Alonso Verdeja Robles,¶ Orquídea Todd Cervantes,*, Isis Sacnicte Aguilar Jiménez||

Citar como: Peñafloros RE, Martínez CA, Hernández SI, Verdeja RCA, Todd CO, Aguilar JIS. Secuencia quirúrgica en percrecimiento placentario, manejo exitoso en el Hospital Angeles Villahermosa. Acta Med GA. 2025; 23 (1): 84-86. <https://dx.doi.org/10.35366/119434>

Resumen

El artículo describe el manejo exitoso de un caso de percrecimiento placentario en una paciente de 32 años. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz mediante ecografía y resonancia magnética, especialmente en casos de placenta previa. La planificación quirúrgica meticulosa y la colaboración multidisciplinaria fueron fundamentales. La paciente se sometió a una cesárea histerectomía sin complicaciones, con transfusiones de sangre intra y postoperatorias. Tanto la madre como el bebé tuvieron una evolución favorable, destacando la necesidad de intervención temprana en casos de placenta accreta para prevenir complicaciones graves.

Palabras clave: placenta previa, accretismo, hemorragia.

Abstract

The article describes the successful management of a case of placenta percreta in a 32-year-old patient. It highlights the importance of early diagnosis through ultrasound and magnetic resonance imaging, especially in cases of placenta previa. Meticulous surgical planning and multidisciplinary collaboration were crucial. The patient underwent a cesarean hysterectomy without complications, with intra- and postoperative blood transfusions. Both the mother and the baby had a favorable outcome, emphasizing the need for early intervention in cases of placenta accreta to prevent serious complications.

Keywords: previous placenta, accreta, hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

En la placenta accreta, increta y percreta, el trofoblasto invade el miometrio hasta profundidades diversas. La probabilidad aumenta en placenta previa o implantada sobre una incisión o perforación uterina previas. Una complicación frecuente es la hemorragia torrencial.¹ Los distintos grados causan morbilidad considerable, mortalidad por hemorragia grave, perforación uterina e infección.²

En las últimas revisiones las cifras son de 1/2,500 partos versus 1/7,000 en el decenio de 1970. La placenta percreta supone el 5% de accretismo placentario y concentra la mayor morbilidad materna y perinatal.³ De 1996 a 2002, 1 caso en 533 nacimientos, actualmente 1 en cada 240.⁴ Factores de riesgo: edad materna, cirugías previas, cesáreas, miomectomías, legrados uterinos y multiparidad.

Lams y colaboradores mencionan que la ecografía tuvo una sensibilidad del 33% para detectar placenta accreta. La

* Adscrito al Hospital Angeles Villahermosa. México.

‡ ORCID: 0009-0000-3342-3411

§ Adscrito al Hospital Regional Monterrey Alta Especialidad, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Monterrey, Nuevo León.

¶ Director General del Hospital Angeles Villahermosa. México.

|| Adscrita al Centro de Radiodiagnóstico Computarizado de Tabasco (CERACOM). México.

Correspondencia:

Eduardo Peñafloros Rodríguez

Correo electrónico: eprsal@hotmail.com

Aceptado: 19-08-2024.

www.medicgraphic.com/actamedica



resonancia magnética (MRI) auxilia a la ecografía cuando hay sospecha importante de placenta accreta. Warshak y colegas describen dos pasos (Ecografía y MRI), si la ecografía no era concluyente se utiliza MRI, predijeron con exactitud 23 de 26 casos de placenta ácreta y 14 de 14 descartaron de forma correcta. Lax y su equipo identificaron tres hallazgos de la MRI: abultamiento uterino, intensidad heterogénea de la señal dentro de la placenta y presencia de bandas intraplacentarias hipointensas en la imagen ponderada T2.⁵

La MRI permite una mejor planificación prequirúrgica, el radiólogo debe conocer los principales hallazgos para realizar un diagnóstico adecuado. Es indispensable contar con instalaciones quirúrgicas y banco de sangre, cirujanos experimentados en oncológica quirúrgica y urológica.⁵

CASO CLÍNICO

Femenino de 32 años, cuarta gesta, una cesárea, dos abortos, O Rh negativo. Cursó con amenaza de aborto y colestasis intrahepática del embarazo. En la semana 29, el ultrasonido confirmó "placenta previa central total"; la MRI del 25 de agosto del 2022 mostró embarazo de 32 semanas, placenta previa total, datos de acretismo (percreta), extensión al cérvix (Figura 1). Se realizó cesárea histerectomía el 9 de septiembre de 2022, a las 35.3 semanas.



Figura 1: Corte sagital en T12 con presencia de placenta de implantación anterior y previa central total con discontinuidad de la línea hipointensa en el Cérvix.



Figura 2: Penetración de la placenta.



Figura 3:

Pieza quirúrgica completa con placenta *in situ*.

Secuencia quirúrgica

1. Posición en semilitotomía.
2. Anestesia regional, al nacer el feto, iniciar anestesia general.
3. Incisión supra e infraumbilical.

4. Exteriorización del útero, observando penetración de la placenta, histerotomía fúndica (*Figura 2*).
5. Extracción del feto, doble ligadura del cordón umbilical Vicryl #1, introduciéndolo en el útero.
6. Histerorrafia un plano, Ethibond #2, sutura continua anclada.
7. Ligadura bilateral de arterias hipogástricas (seda del 1).
8. Se continúa con histerectomía total.
9. Colocar Foley #20, globo 20 cm³.
10. Extracción de la pieza (*Figura 3*).
11. Verificar hemostasia y conteo de material.
12. Cierre de pared.

Duración de 2 horas, sangrado 1,100 cm³, se transfundieron en total tres unidades de sangre. Egresaron a las 48 horas madre y recién nacido (masculino de 2,875 g, Apgar 9-9). Reporte de patología, placenta percreta-cérvix metaplasia escamosa.

DISCUSIÓN

Es importante dar a conocer a la comunidad médica el método empleado para obtener un diagnóstico certero y oportuno, así como el procedimiento médico/quirúrgico, el resultado exitoso que se obtuvo y contribuir de alguna forma, para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

CONCLUSIONES

Es fundamental hacer el diagnóstico de placenta previa en mujeres con factores de riesgo. El ultrasonido ayuda para solicitar MRI, si reportan placenta previa central total, antes de la semana 32. En sospecha de placenta accreta, recomendamos que el embarazo no rebase la semana 35. La experiencia de un equipo médico multidisciplinario y adecuada programación debe ser una regla.

REFERENCIAS

1. Gary CF, Kenneth JL, Steven LB, John CH, Dwight JR, Catherine YS. *Anomalías de la placenta*. *Williams obstetricia*. 23a ed. New York, EUA: McGraw-Hill, Inc.; 2011. p. 578.
2. Gary CF, Kenneth JL, Steven LB, John CH, Dwight JR, Catherine YS. *Hemorragia obstétrica*. *Williams obstetricia*. 23a ed. New York, EUA: McGraw-Hill, Inc.; 2011. pp. 776-779.
3. Hernández-Ojeda H, Torres-Hernández RM, Rivera-Hernández JO. Acretismo placentario con placenta previa. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex*. 2014; 82 (8): 552-557.
4. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192 (5): 1458-1461.
5. Bueno Palomino DA, Martínez Huertas DC, Sánchez Talavera DS, Garcelán Trigo DJA, Alcázar Parra DA. Valoración mediante RM del acretismo placentario. *seram* [Internet]. 2022; 1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9007>