



Placenta percreta con invasión a la vejiga. Reporte de un caso

Luis Guillermo Torres Gómez,* Emigdio Torres Farías,** Rosa María Rodríguez Sandoval***

RESUMEN

Se reporta el caso de una mujer de 30 años de edad, con dos cesáreas previas, atendida por primera vez a las 18 semanas de embarazo. El ultrasonido pélvico con Doppler en color mostró la placenta percreta que invadía la vejiga urinaria. Se realizó cesárea a las 27 semanas de embarazo, por rotura prematura de membranas. El tejido placentario estaba firmemente adherido a la superficie anterior de la vejiga. Se efectuó histerectomía con ligadura bilateral de las arterias hipogástricas. Se reparó la vejiga y se instaló una sonda suprapúbica.

Palabras clave: placenta percreta, vejiga.

ABSTRACT

We report a case of a 30-year-old woman, who had two previous caesarean sections, attended for the first time at 18 weeks of gestation. Pelvic ultrasonography and color Doppler imaging showed a placenta percreta invading the urinary bladder. A caesarean section was carried out at 27th week of gestation for preterm premature rupture of membranes. Placental tissue was firmly attached to the anterior surface of the bladder. A caesarean hysterectomy was performed with bilateral anterior internal iliac artery ligation before hysterectomy was finished. The bladder was repaired, leaving a suprapubic catheter.

Key words: Placenta percreta, bladder.

RÉSUMÉ

On rapporte le cas d'une femme âgée de 30 ans, avec deux césariennes préalables, accueillie pour la première fois avec 18 semaines de grossesse. L'ultrason pelvien avec Doppler à couleur a montré placenta percreta qui envahissait la vessie urinaire. On a réalisé césarienne lors des 27 semaines de grossesse, pour rupture prématurée des membranes. Le tissu placentaire était fermement adhérent à la surface antérieure de la vessie. On a effectué hystérectomie avec ligature bilatérale d'artères hypogastriques. On a restauré la vessie et installé une sonde suprapubienne.

Mots-clés: placenta percreta, vessie.

RESUMO

Reporta-se o caso duma mulher de 30 anos de idade, com duas cesáreas prévias, atendida pela primeira vez às 18 semanas de gravidez. O ultra-som pélvico com Doppler colorido mostrou placenta percreta que invadia a bexiga urinária. Realizou-se cesárea às 27 semanas da gravidez, por ruptura prematura de membranas. O tecido placentário estava firmemente aderido à superfície anterior da bexiga. Efetuou-se histerectomia com ligadura bilateral de artérias hipogástricas. Consertou-se a bexiga e se instalou uma sonda supra-pública.

Palavras chave: placenta percreta, bexiga.

La placenta acreta es una de las complicaciones más graves del embarazo. En su forma extrema, placenta percreta, puede ocasionar una hemorragia profunda intrabdominal por rotura del útero.¹ Este tipo de implantación puede poner en riesgo la vida de la madre y del feto.²

Placenta acreta es la que está anormalmente adherida al útero. Cuando invade el miometrio se denomina placenta increta. La placenta percreta es la que ha invadido totalmente el miometrio, la serosa y en ocasiones los órganos adyacentes, como la vejiga.³ La placenta anormalmente adherida se atribuye a la ausencia parcial o completa de la placa decidua, lo que

* Departamento de embarazo de alto riesgo.

** Jefe de la División de Ginecología.

*** Residente de segundo año de la especialidad de ginecología y obstetricia. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia, CMNO, IMSS.

Correspondencia: Dr. Luis Guillermo Torres Gómez. Avenida Conchita 2858-1, Residencial Loma Bonita, Zapopan, Jalisco, México. Tel.: 01 (33) 3133-2887. E-mail: memotg1@cybercable.net.mx
Recibido: julio, 2007. Aceptado: julio, 2007.

Este artículo debe citarse como: Torres GLG, Torres FE, Rodríguez SRM. Placenta percreta con invasión a la vejiga. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2007;75(9):549-52.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

permite la penetración anormal del tejido trofoblástico en el miometrio.⁴

Entre los factores predisponentes están las cicatrices uterinas, generalmente causadas por cesáreas previas, legrados uterinos, extracción manual de la placenta o endometriosis.⁴

En estos casos existe deficiencia de la placa decidual en el segmento uterino inferior, lo cual explica la frecuente coexistencia de placenta adherente y placenta previa.⁴ Dada la conocida relación entre placenta previa y placenta percreta, se puede decir que el incremento en el número de cesáreas contribuye a la incidencia de casos de esta última.⁵

El riesgo de placenta previa se relaciona con el número de cesáreas anteriores, con un riesgo de 0.65% después de una, 1.8% después de dos, 3% después de tres y 10% después de cuatro cesáreas.⁵ El 75% de las placentas percretas se asocia con placenta previa. Aproximadamente 25% de las pacientes con placenta previa y un antecedente de cesárea tiene este trastorno, así como casi 50% de las con placenta previa y dos cesáreas anteriores.⁵ Clarke y colaboradores encontraron que, en caso de placenta previa, el riesgo de placenta acreta se incrementa 24% en mujeres con una cesárea anterior y 67% con tres o más cesáreas.³

Esta complicación se diagnostica cada vez más en las etapas prenatales. La morbilidad y mortalidad maternas se incrementan significativamente en los casos de placenta percreta, y la mortalidad debida a hemorragia y sus complicaciones puede llegar a 10%.⁵

La mayor parte de los reportes de placenta previa y acreta son estudios de cohorte, de caso-control, series y reportes de caso. Casi nunca se dispone de controles y la mayor parte son estudios descriptivos. Así, la mayor parte de los niveles de evidencia son II-2, II-3 y III.³

CASO CLÍNICO

Una paciente de 30 años de edad acudió a la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia, del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, en Guadalajara, Jalisco. Era su tercer embarazo, con dos cesáreas anteriores. La primera cesárea ocurrió ocho años antes del embarazo actual, por rotura prematura de membranas en la semana 32 de embarazo (el recién nacido pesó 1,600 g). La última cesárea fue hace

cinco años por placenta previa (recién nacido de 2,300 g). Su único método de planificación familiar fue el preservativo. Su tipo de sangre: A, Rh positivo; fumadora durante 10 años antes de su embarazo (consumía hasta ocho cigarrillos por día). Hace ocho años le diagnosticaron hipotiroidismo, actualmente bajo control.

A las 18.5 semanas de padecer amenorrea se le diagnosticó placenta previa total no sangrante e infección de vías urinarias. El ultrasonido mostró datos de acretismo placentario y el Doppler, invasión a la vejiga. Tras 27 semanas de amenorrea se le realizó un ultrasonido de seguimiento y control, con el cual se descubrió anhidramnios, feto con riñones y llenado vesical con peso estimado de 1,000 g y placenta probablemente percreta (figura 1). La paciente no tuvo sangrado ni pérdida de líquido transvaginal, ni se documentó hematuria macro o microscópica.



Figura 1. Doppler en color de placenta percreta. Se observa la vascularidad de la pared vesical.

La mujer fue hospitalizada y se inició su tratamiento con inductores de madurez pulmonar fetal y antibióticos; éstos, por los síntomas y los datos del uroanálisis que sugirieron infección de las vías urinarias. Se decidió la interrupción del embarazo cinco días después de su ingreso, ante la elevación de los leucocitos (16 mil a 20 mil) y la rotura pretérmino inadvertida de membranas, 48 horas después de la última administración de inductores de madurez pulmonar.

Bajo anestesia regional y bloqueo peridural, se realizó una incisión media, peri e infraumbilical. Se visualizó un segmento uterino con numerosos vasos dilatados y tortuosos que cruzaban de la vejiga al

útero. Se realizó histerotomía, con la que se encontró escaso líquido amniótico, totalmente hemático. Se extrajo un producto masculino de 1,050 g y Apgar de 7-9. Se ligó el cordón umbilical sin intentar el alumbramiento. Se colocaron pinzas hemostáticas en el sitio de la histerotomía y se realizó la operación. Se disecó el peritoneo posterior y, al intentar disecar el peritoneo anterior, se encontró protrusión de la placenta a la altura del segmento, sin separación de la vejiga (figura 2), por lo que se decidió ligar las arterias hipogástricas. Después, se disecó el peritoneo anterior y la vejiga a la altura de la cúpula, en el sitio de invasión placentaria. Se retiró la pieza quirúrgica, se reparó la vejiga remanente, se corroboró la hemostasia y se colocó una sonda suprapúbica a la altura de la incisión vesical (figura 3).



Figura 2. Vista del abdomen durante la laparotomía. Se notan vasos tortuosos y no hay separación entre la placenta y la vejiga.

Hubo un sangrado de aproximadamente 10,700 cc. Durante la intervención quirúrgica se transfundieron 10 paquetes globulares, cuatro unidades de plasma fresco congelado, seis concentrados plaquetarios y seis crioprecipitados. No se registró hipotensión arterial importante durante la operación; la paciente permaneció consciente y con buen gasto urinario. El área de patología reportó placenta monorcorial percreta, de inserción central baja, con datos de infarto hemorrágico y sin datos de alteración del trofoblasto (figura 4).

La paciente pasó a la unidad de cuidados intensivos de adultos con tensión arterial media de 74 mmHg, saturación de oxígeno de 96% y 15 puntos en la escala de coma de Glasgow. Se inició un tratamiento profiláctico



Figura 3. Pieza quirúrgica. Había protrusión de placenta a través del segmento uterino. Se observa parte de la pared vesical.

de la tromboembolia pulmonar con heparina de bajo peso molecular. Después de 24 horas tuvo dificultad respiratoria e hipoxemia leves. Tras 72 horas se realizó un gammagrama pulmonar ventilatorio-perfusorio que no mostró datos de tromboembolia pulmonar. Egresó al cuarto día con sonda vesical suprapúbica.

La paciente fue revisada dos semanas después de su salida y refirió pérdida de orina a través de la vagina, a pesar de que la sonda suprapúbica funcionaba correctamente. Un mes después se le realizó cistoscopia que reveló la existencia de una fístula vesicovaginal. Actualmente se encuentra en protocolo para tratamiento y corrección de la fístula.

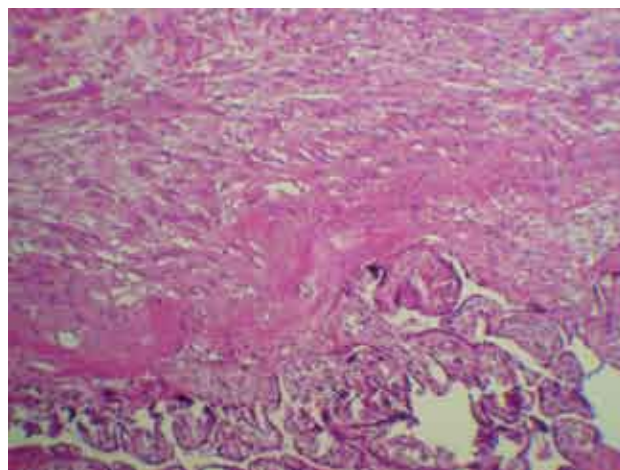


Figura 4. Corte histológico que muestra el miometrio con invasión de células trofoblásticas.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de placenta acreta es posible con la ultrasonografía de escala de grises y la imagenología Doppler en color.⁶ El ultrasonido puede ser útil para el diagnóstico de placenta percreta, con un valor predictivo positivo mayor a 80%. La cistoscopia descubre frecuentemente las anormalidades de la pared vesical.⁴ Algunos estudios sugieren que las mujeres con elevación de la α -fetoproteína sérica sin otra causa obvia deben ser consideradas con riesgo elevado de placenta acreta.³ La resonancia magnética es útil para confirmar el diagnóstico de este trastorno.⁷

La incidencia de placenta percreta se incrementa debido al mayor número de cesáreas. Debe haber una fuerte sospecha de este trastorno en pacientes con antecedentes de cesárea y placenta previa en su embarazo actual. La hemorragia que pone en riesgo la vida es rara como resultado de una placenta que invade la vejiga. Hasta el año 2000 había menos de 100 de estos casos reportados en la bibliografía.⁴

Los retrasos en la corrección de la hipovolemia, en el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la coagulación o en el control del sangrado son evitables en la mayor parte de los casos de mortalidad materna causados por hemorragia.^{1,8} El principal propósito es mantener un volumen circulante intravascular efectivo mediante la rápida y adecuada reposición de sangre, mediante la administración de cristaloideos o plasma fresco congelado a través de más de una línea intravenosa, con la supervisión adecuada.⁸ La pérdida hemática significativa intraoperatoria puede hacer necesaria una transfusión masiva de sangre, con las complicaciones concurrentes, como la coagulación intravascular diseminada y la sobrecarga de líquidos. La morbilidad quirúrgica se relaciona con la realización de histerectomía o la existencia de lesión intestinal, traumatismo ureteral o laceraciones vesicales que pueden requerir la resección parcial de la vejiga. Las pacientes tienen también mayor riesgo de trombosis.⁵ Los ginecoobstetras deben realizar, sin retraso, las maniobras necesarias para el control del sangrado, incluidas la histerectomía de urgencia y aun la ligadura de las arterias hipogástricas.⁸

En el caso aquí tratado se realizó la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas antes de la histerectomía, como medida profiláctica para reducir el flujo sanguíneo pélvico y prevenir una hemorragia. Pero esto puede también aplicarse en caso de hemorragia posterior a la histerectomía, cuando ésta no puede controlarse por otros métodos. La cantidad de sangre

transfundida a la paciente de este caso fue inferior al promedio reportado para situaciones similares;⁴ al respecto, una buena técnica de ligadura de hipogástricas es de suma importancia.⁹

Los factores de riesgo deben identificarse oportunamente. En el caso reportado, la paciente, además de dos cesáreas anteriores, refirió ser fumadora, algo que también se relaciona con la placenta percreta.⁷

CONCLUSIONES

Aunque este trastorno es raro puede ser mortal, y sus complicaciones, difíciles de manejar. Los factores de riesgo de placenta anormalmente adherida y la hemorragia subsecuente deben identificarse oportunamente. Se debe sospechar placentación anormal en caso de placenta previa con antecedentes de traumatismo endometrial por cesárea, legrados uterinos o remoción manual de placenta. Estos casos deben tratarse por un equipo que incluya un ginecoobstetra, un uroginecólogo, un anestesiólogo y un intensivista capacitados. Asimismo, debe haber hemoderivados disponibles. Ante la sospecha de una placenta anormalmente adherida, se sugiere la resolución del embarazo en el tercer nivel de atención.

REFERENCIAS

1. Zeeman GG. Obstetric critical care: a blueprint for improved outcomes. *Crit Care Med* 2006;34(Suppl.9):S208-14.
2. Hopker M, Fleckenstein G, Heyl W, Sattler B, Emons G. Placenta percreta in week 10 of pregnancy with consecutive hysterectomy. *Hum Reprod* 2002;17(3):817-20.
3. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:927-41.
4. Abbas F, Talati J, Wasti S, Akram S, et al. Placenta percreta with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. *J Urol* 2000;164:1270-4.
5. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53(8):509-17.
6. Taipale P, Orden MR, Berg M, Manninen H, Alafuzoff I. Prenatal diagnosis of placenta accreta and percreta with ultrasonography, color Doppler, and magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 2004;104(3):537-40.
7. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, et al. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006;108(3):573-81.
8. Papp Z. Massive obstetric hemorrhage. *J Perinat Med* 2003;31:408-14.
9. García López A, Martínez Aguirre R, Hernández Romero F, Naranjo Gutiérrez A, Montes Reyes J. Hypogastric artery ligation. Safety and efficacy of a training program. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69:443-8.