



## Placenta percreta con invasión a la vejiga, el uréter y la pared abdominal. Caso clínico

Roberto Carlos Ortiz-Villalobos,<sup>1</sup> Edith Esmeralda Luna-Covarrubias,<sup>2</sup> Raymundo Felipe Serrano-Enríquez,<sup>3</sup> Jorge Laureano-Eugenio,<sup>4</sup> Martha Leticia Mejía-Mendoza,<sup>5</sup> José Gilberto Rodríguez- Rodríguez<sup>6</sup>

### RESUMEN

Se reporta el caso clínico de una paciente de 28 años de edad, con dos cesáreas previas, que acudió al hospital con diagnóstico de placenta previa total y datos ultrasonográficos sugerentes de acretismo placentario. La resonancia magnética mostró una placenta percreta con infiltración severa del miometrio en su parte anterior y lateral derecha, con extensión al mesenterio del abdomen, techo de la vejiga y porción proximal de la uretra y partes blandas del periné. Se realizó cesárea a las 35 semanas de gestación, luego de terminar el protocolo de estudio de placenta previa. El tejido placentario tomaba la vejiga, el ligamento ancho en todo su espesor derecho y el hueso pélvico en el fondo de saco posterior. Se efectuó histerectomía clásica en la región fúndica; se obtuvo un producto vivo y sin complicaciones. El trabajo interdisciplinario entre el ginecólogo, anestesiólogo, urólogo, radiólogo, hematólogo e intensivista evitó la morbilidad y mortalidad de la madre y su hijo.

**Palabras clave:** placenta percreta, vejiga, uréter, pared abdominal.

### ABSTRACT

Placental accretion is the abnormal adherence beyond the underlying of the uterine muscle. The penetration of the serous is known as placenta percreta.

The following is a clinical study of a 28 year old woman, who had undergone 2 previous C-Sections, who had been admitted to the hospital previously with ultrasounds suggestive of placental accretion. The magnetic resonance show with severe infiltration of the myometrium in the anterior and lateral right, extending until the mesentery of the abdomen, top of the bladder and the proximal portion of the urethra as well as the soft tissue of the perineum.

Cesarean section was performed at 35 weeks of gestation, once the complete protocol of the placenta previa, had been completed. The placental tissue invaded the bladder, wide ligament along the entire right side and the posterior pelvis. A hysterectomy was performed in the fundic region, resulting

in a live birth, and no complications for the patients. Later an obstetric hysterectomy was performed.

It is important to note the exemplary work of the gynecologist, surgeon, urologist, anesthesiologist, neonatal specialist, hematologist and intensive care workers, working together for a common goal: avoiding the morbidity and mortality of the mother and child.

**Key words:** Placenta percreta, bladder, ureter, abdominal wall.

### RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'un 28 ans avec deux césariennes précédentes, qui sont venues à l'hôpital avec un diagnostic sur un total de placenta praevia et les données échographiques évocateurs de placenta accreta. L'IRM a montré un placenta percreta sévère avec une infiltration du myomètre en face avant et droit, avec l'extension de la mésentère de l'abdomen, le toit de la vessie et de la partie proximale de l'urètre et les tissus mous du périnée. La césarienne a été réalisée à 35 semaines de gestation, après avoir terminé le protocole d'étude de placenta praevia. Tissu placentaire a pris la vessie, le ligament large dans toute son épaisseur cavité pelvienne droite et dans le cul de sac postérieur. Hystérectomie classique a été réalisée région fundique, produit direct a été obtenue sans complications. Le travail interdisciplinaire entre l'obstétricien, anesthésiste, urologue, radiologue, hématologue et intensiviste éviter la morbidité et la mortalité de la mère et le fils.

**Mots-clés:** placenta percreta, de la vessie, les uretères, la paroi abdominale.

### RESUMO

Relatamos o caso de um de 28 anos com duas cesáreas anteriores, que vieram para o hospital com um diagnóstico de placenta prévia total e os dados ultrasonográficos sugestivos de placenta acreta. A ressonância magnética mostraram uma placenta percreta com infiltração severa do miométrio do lado da frente e para a direita, com a extensão do mesentério do abdômen, o telhado da bexiga e da porção proximal da uretra

e dos tecidos moles do períneo. A cesárea foi realizada com 35 semanas de gestação, após a conclusão do protocolo do estudo de placenta prévia. Tecido placentário levou a bexiga, o ligamento largo em toda a sua espessura cavidade pélvica direita e no fundo de saco posterior. Histerectomia clássica foi realizado região fúndica; produto ao vivo foi obtida sem

complicações. O trabalho interdisciplinar entre o obstetra, anestesista, médico urologista, radiologista, hematologista e intensivista evitado a morbidade ea mortalidade de mãe e filho.

**Palavras-chave:** placenta percreta, bexiga, ureter, parede abdominal.

**E**l acretismo placentario es la adhesión anómala de la placenta a la pared uterina, en el contexto de la invasión del miometrio por parte del trofoblasto.<sup>1</sup> De acuerdo con el grado de penetración se clasifican en: placenta acreta (78% de los casos), que llega al miometrio pero no lo invade, placenta increta (17% de los casos), que invade el miometrio y finalmente la placenta percreta (5% de los casos), en donde hay penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la capa serosa del útero, pudiendo alcanzar a los órganos vecinos; por esto este padecimiento es un reto para la obstetricia, que depende de la capacidad de respuesta y la necesidad de contar con la infraestructura institucional y el personal capacitado para atender oportunamente a pacientes con esta anomalía.<sup>2,3</sup>

Por lo que a su origen se refiere, el mecanismo primario es una deficiencia de la decidua basal, que es reemplazada por tejido conectivo, con la consecuente adherencia de las vellosidades placentarias al miometrio. Su prevalencia se estima en 1:2,500 embarazos.<sup>2</sup> Los casos de acretismo placentario están aumentando debido, principalmente, a la cesárea transversal baja (*kerr*) que es la que incrementa el riesgo de placenta previa posterior. En segundo lugar, a una asociación ampliamente documentada de la placenta acreta con la placenta previa y el parto por cesárea anterior.<sup>4</sup>

Se han descrito otros factores de riesgo asociados con menor proporción de casos de placenta acreta, entre ellos la endometritis, la remoción manual de la placenta, la miomectomía, los procedimientos de fertilización asistida, la embolización arterial uterina, la radioterapia, la quimioterapia y las distrofias miotónicas.<sup>1</sup>

Las maniobras de acción prenatales y durante el parto que se realizan en el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento requieren una intervención oportuna, con respuesta multidisciplinaria de especialistas y con fundamentación científica de toda acción; esto debido que al sobrepasar la capa serosa del útero hay invasión vesical, lo que se torna en un riesgo significativo para terminar en muerte materna. Washecka y Behlin, en un estudio realizado en 2002, encontraron que la morbilidad y mortalidad eran tan altas que en 39 de 54 casos reportados de invasión vesical, 26% tenían lesión de este órgano, 13% fistula urinaria, 9% hematuria macroscópica, 6% lesión ureteral, 4% disminución de la capacitancia vesical, 44% cistectomía y 3 muertes maternas (5.6%) y 14 muertes fetales (25.9%).<sup>5</sup>

El acretismo placentario puede llegar a hemorragia obstétrica masiva con posibles alteraciones de la coagulación, daño a otros órganos: uréteres, vejiga y otras estructuras pélvicas vecinas, e incluso originar la muerte. Por esto es importante el diagnóstico oportuno y, en el mejor de los casos, debe programarse la interrupción del embarazo antes de que sea de urgencia; para esto se requiere que la

<sup>1</sup> Médico ginecoobstetra, coordinador del servicio de Obstetricia, Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud de Jalisco.

<sup>2</sup> Médica ginecoobstetra adscrita al servicio de Obstetricia, Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud de Jalisco.

<sup>3</sup> Médico ginecoobstetra, coordinador del servicio de Ginecología, Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud de Jalisco.

<sup>4</sup> Maestro en Ciencias de la Salud Pública, adscrito al Departamento de Investigación Estatal de la Secretaría de Salud de Jalisco.

<sup>5</sup> Profesora en el Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara.

<sup>6</sup> Especialista en nutrición clínica, jefe del Departamento de Investigación Estatal, Secretaría de Salud de Jalisco.

Correspondencia: Dr. Roberto Carlos Ortiz-Villalobos  
Avenida Historiadores 3980-46  
Guadalajara 44860 Jalisco  
robertgine08@hotmail.com

Recibido: mayo 2013  
Aceptado: junio 2013.

Este artículo debe citarse como: Ortiz-Villalobos RC, Luna-Covarrubias EE, Serrano-Enríquez RF, Laureano-Eugenio J, Mejía-Mendoza ML, Rodríguez- Rodríguez JG. Placenta percreta con invasión a la vejiga, el uréter y la pared abdominal. Caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2013;81:487-493.

[www.femecog.org.mx](http://www.femecog.org.mx)

atención sea en un medio hospitalario con capacidad de respuesta a las complicaciones.<sup>6</sup>

La finalidad de este artículo es documentar un caso clínico, poco común, de placenta percreta con invasión a la vejiga, uréter y la pared abdominal que, no obstante las complicaciones, no terminó en muerte materna ni fetal.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, que fue llevada al Hospital General de Occidente, en Guadalajara, Jalisco, enviada de un hospital de primer contacto en el Estado, con diagnóstico de embarazo de 33 semanas de gestación y placenta previa total, a descartar probable acretismo placentario. Los antecedentes ginecoobstétricos de la paciente eran: menarquia a los 13 años, inicio de vida sexual a los 15 años, dos cesáreas previas, la primera por macrosomía fetal y preeclampsia, la segunda por preeclampsia.

El ultrasonido doppler reportó: embarazo de 33 semanas de gestación, con crecimiento armónico y placenta previa total, con datos ultrasonográficos sugerentes de inercismo placentario (Figuras 1 y 2). Se decidió hospitalizar a la paciente para realizarle el protocolo de estudio de placenta previa (ultrasonido doppler, resonancia magnética y cistoscopia) al mismo tiempo se inició el tratamiento con inductores de la madurez pulmonar.

En la resonancia magnética la placenta percreta se encuentra con infiltración severa del miometrio en su parte anterior y lateral derecha, con extensión al mesenterio del abdomen e infiltración del techo de la vejiga y de la porción



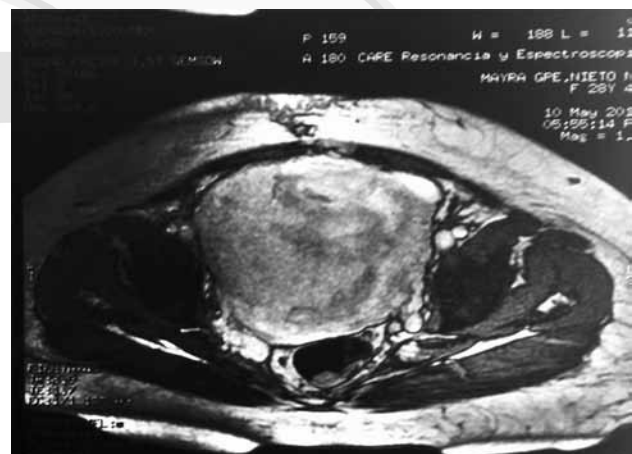
**Figura 2.** Alteración del miometrio de aproximadamente 7 mm de longitud en su base ístmico cervical y posterior vesical.

proximal de la uretra y las partes blandas del periné, sobre todo en el lado derecho (Figuras 3 y 4).

Al término del protocolo del estudio por placenta acreta se decidió terminar el embarazo ocho días posteriores a su ingreso (35 semanas de gestación), con técnica quirúrgica con anestesia general, cistoscopia y cateterismo ureteral izquierdo. Se realizaron asepsia y antisepsia con incisión suprainfraumbilical con disección de la pared hasta llegar a la cavidad abdominal. Durante la revisión se observó una imagen en cabeza de medusa (infiltración placentaria) que tomaba la vejiga, el ligamento ancho en todo su espesor derecho y el hueco pélvico en el fondo de saco posterior. Se procedió a la histerotomía clásica en la región fúndica. Nació una niña viva de 2,100 gramos.



**Figura 1.** Placenta previa total lateralizada a la derecha, evidencia de conglomerado vascular con aspecto en queso suizo.



**Figura 3.** Corte que evidencia la infiltración severa del miometrio en su parte anterior.





**Figura 4.** Infiltración de la placenta hacia la parte lateral derecha.



**Figura 5.** Penetración del lecho vascular placentario (cabeza de medusa) que rebasa el miometrio con penetración a la vejiga y el peritoneo parietal.

La toma de bordes de histerotomía se realiza mediante la disección del retroperitoneo, a la altura de la cuarta vértebra lumbar, en donde se aprecia la bifurcación de la arteria iliaca interna. Se hizo ligadura bilateral de ambas arterias hipogástricas, con histerectomía obstétrica total. Se pinzó y ligó el ligamento redondo y el ligamento útero-ovárico. Después de verificar la infiltración del lecho placentario que tomaba la pared de la vejiga se efectuó la disección del ligamento ancho y disecó la mucosa vesical. Se ligaron, cortaron los vasos uterinos e infiltraron con vasopresina en el sitio del lecho placentario. La disección del fragmento vesical demostró la infiltración placentaria; posteriormente se ligaron y cortaron los ligamentos cardinales (útero sacros), y disecó y cortó el cuello uterino para dar por terminada la histerectomía obstétrica total. El cierre de la cúpula vaginal y de la pared vesical se realizó en el sitio de la penetración placentaria. Se verificaron ambos meatos ureterales permeables y se colocó una sonda suprapúbica y vías de drenaje para cersiorarse del sangrado activo y cierre de la pared con la técnica habitual.

La cuantificación del sangrado fue, aproximadamente, de 9,500 mL con 11 paquetes globulares, reposición de 3000 mL de cristaloides y 1500 mL de coloides. Sobrevino hipotensión arterial de 90/40 mmHg que reaccionó favorablemente a los líquidos, sin necesidad de vasopresores.

El área de patología reportó una imagen constituida por dos elementos (Figuras 7 y 8):

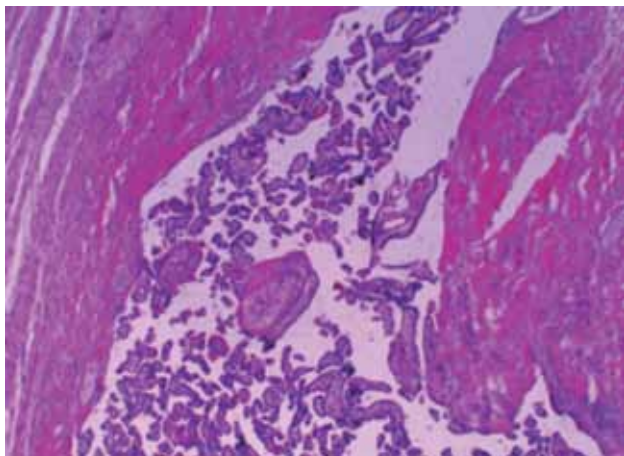
- 1) Vellosidades coriales pequeñas, vascularizadas, con hialinización y microcalcificaciones pertenecientes a un embarazo de tercer trimestre de la gestación.



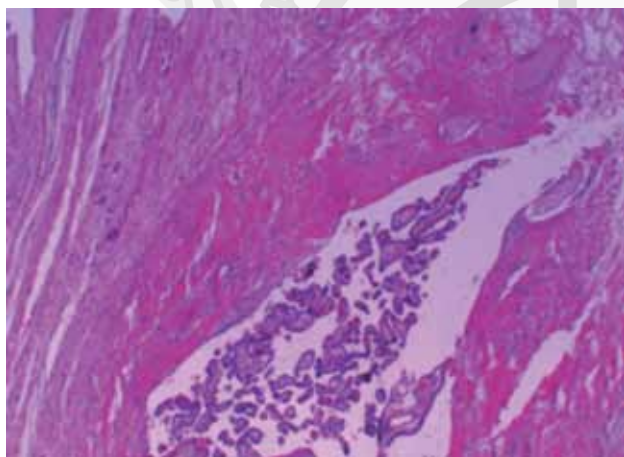
**Figura 6.** Penetración del lecho placentario al ligamento ancho izquierdo.

- 2) Fibras musculares lisas con vellosidades y células del sincitiotrofoblasto que infiltran e invaden el miometrio.

La paciente pasó a la unidad de cuidados intensivos con presión arterial de 149 y 97 mmHg, frecuencia cardíaca de 73 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 por minuto, saturación de oxígeno de 94%, valoración neurológica bajo sedación y analgesia con midazolam y buprenorfina. El reporte de laboratorio fue: hemoglobina 11.97 g/dL, hematócrito 36.47%, glucosa 165 mm/dL, urea 14 mm/dL, albúmina 6.54 mm/dL, creatinina 0.5 mm/dL, sodio 141 mmol/L, potasio 3.6 mmol/L, cloro 109 mmol/L, calcio 7.4 mg/dL, fósforo 4.4 mg/dL, tiempo de protrom-



**Figura 7.** Vellosidades coriales pequeñas, vascularizadas, con hialinización.



**Figura 8.** Fibras musculares lisas con vellosidades y células del sincitiotrofoblasto que infiltran e invaden el miometrio.

bina 16 segundos, tiempo parcial de tromboplastina 28.2 segundos, pH de 7.31, lactato 1.5 mmol/L, hematócrito 3: 24.7 mmol/L y saturación de oxígeno de 82%.

A las 48 horas salió de cuidados intensivos con tensión arterial de 131 y 96 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto y respiratoria de 15 por minuto, saturación de oxígeno 96%, tensión arterial media de 114 mmHg, glucosa 100 mm/dL, presión venosa central 7.8 mmHg. Se reportó consciente, orientada, funciones mentales superiores íntegras, reflejos osteotendinosos 2/4 en las cuatro extremidades, con leve edema en las extremidades inferiores, campos pulmonares bien ventilados, resultados de gasometría: lactato 0.7 mmol/L, llenado capilar menos de 3 segundos. Comenzó a tolerar la dieta, los dos drenes

tuvieron un gasto en 24 horas del derecho 48 mL, izquierdo 50 mL, la sonda de cistostomía se reportó funcional, la función renal sin afectación. El reporte de laboratorio fue: hemoglobina 12.64 g/dL, hematócrito 34.5%, plaquetas 117.9 kg/uL, tiempos de coagulación normales.

Se dio de alta del hospital a los 16 días posteriores a su ingreso, con tolerancia a los alimentos, deambulando, diuresis y evacuaciones normales, signos vitales en parámetros normales, abdomen con herida quirúrgica limpia, con peristalsis, miembros pélvicos sin edema y reflejos osteotendinosos normales. Ocho días posteriores a su egreso la herida quirúrgica estaba limpia. La sonda suprapúbica se retiró y se dejó la uretral, que se retiró a los siete días posteriores, sin complicaciones.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de placenta percreta representa un riesgo obstétrico; algunos autores reportan una alta morbilidad y mortalidad materna por esta causa. Los síntomas dependen, fundamentalmente, de las características de la placenta previa, en la cara anterior sobre la cicatriz uterina y la invasión a otros órganos y sus complicaciones. La principal manifestación es la hemorragia anteparto, durante el parto o postparto; en el caso aquí reportado sucedió durante la intervención quirúrgica, que se controló adecuadamente y sin complicaciones.<sup>7</sup>

La forma de diagnosticar de manera más precisa es con ultrasonido doppler color que permite identificar múltiples lagunas placentarias con flujo intenso o turbulento que, desde la placenta, se extiende a los tejidos vecinos; en este caso clínico fue el ultrasonido doppler el que dio el diagnóstico sugerente de inercismo placentario y la resonancia magnética el que lo confirmó.<sup>2</sup>

El diagnóstico previo con el que se refirió a la paciente al hospital fue decisivo porque la detección temprana, anterior al parto, fue relevante porque con ello pudo realizarse una cirugía electiva con menor riesgo de hemorragia catastrófica y, además, promover la maduración pulmonar del feto.<sup>8</sup>

Al retomar la forma de atender este caso clínico, ante una paciente con placenta percreta, las pacientes en esta circunstancia deben ser tratadas por un equipo con: gineco-obstetra, urólogo, cirujano, anestesiólogo y un intensivista, todos debidamente capacitados; esta es la razón por la que el embarazo debe terminarse en un hospital de tercer nivel de atención.<sup>9</sup>

Además de la biometría hemática completa, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo y Rh, descrito por algunos autores, es necesario tener disponibles hemoderivados compatibles y factores de coagulación y la colaboración de urólogos, ante la afectación de la pared vesical posterior y cirujanos por si hay infiltración intestinal. Esto se debe a que los abordajes quirúrgicos para esta situación son complejos.<sup>4</sup>

La experiencia de otros países en relación con el abordaje de este padecimiento permite tener mayor conocimiento acerca de la forma de cómo actuar frente a este problema de salud. Ejemplo de ello es el caso clínico documentado en Venezuela, donde el cuadro clínico hizo su aparición muy tempranamente en el embarazo (18-19 semanas), lo que fue determinante en el retardo del diagnóstico y tratamiento, que resultó en muerte fetal y materna. El conocimiento adelantado de esta afección pudo haber contribuido a cambiar la conducta conservadora inicial (curetaje uterino y terapia hidroelectrolítica) por una más agresiva (laparotomía exploradora, histerectomía y transfusiones sanguíneas), que hubieran evitado el deterioro y las complicaciones posteriores.

Además de las dificultades técnicas para localizar o diagnosticar la placenta percreta por ecografía, en el caso clínico del hospital de Venezuela, la calidad de la imagen fue otro factor importante y determinante del tratamiento, así como el desenlace de esta paciente. El grupo sanguíneo materno O Rh (-) impidió la trasfusión temprana de sangre completa, pues para ese momento no había su tipo en el hospital; fue trasfundida tardíamente, como una medida heroica, con sangre O Rh (+), cuando ya estaba en muy malas condiciones.<sup>10,11</sup>

En España, en los últimos 20 años, en el Hospital Universitario La Paz hubo tres casos de placenta percreta con confirmación histopatológica de entre 168,625 partos, lo que supone una incidencia de 1 por cada 56,000 partos para este hospital. En ninguno de los casos se estableció el diagnóstico prenatal, a pesar de la sospecha del cuadro y tener factores de riesgo de acretismo placentario: cirugía uterina (miomectomía, cesárea) y anomalías de la inserción placentaria (placenta previa oclusiva total).<sup>12</sup>

Los investigadores españoles concluyen que la baja incidencia de esta grave complicación convierte a la placenta percreta en un auténtico reto quirúrgico dentro del campo de la Obstetricia. Parece razonable efectuar una exhaustiva planificación de la cirugía, con el propósito

de poder solventar a tiempo las graves complicaciones derivadas de la placenta percreta, como la muerte materna y las repercusiones en el quinto objetivo de desarrollo del milenio, descrito por la Organización Mundial de la Salud: mejorar la salud materna, específicamente la reducción de 75% de la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.

## CONCLUSIONES

Ante la alta probabilidad de muerte por placenta percreta y el escaso conocimiento de su historia natural, el diagnóstico oportuno es decisivo para evitar el desenlace fatal. La unidad hospitalaria debe considerar su capacidad para resolver casos como éste, como: contar con material, infraestructura y recursos humanos necesarios, trabajo interdisciplinario al que debe incorporarse el ginecólogo, anestesiólogo, urólogo, radiólogo, hematólogo y los médicos de terapia intensiva, todos con el objetivo común: evitar la morbilidad y mortalidad de la madre y su hijo.

## REFERENCIAS

1. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: patogénesis de una afección uterina iatrogénica del siglo XX. Colección de Trabajos Distinguidos, Serie: Obstetricia y Ginecología 2012;33:244-251.
2. Cafici D, Mejides A, Sepúlveda W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. 1ª ed. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2003;120-122.
3. Dueñas O, Rico H, Rodríguez M. Actitud en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol 2007;72:266-271.
4. Gilstrap L, Cunningham FG, VanDorsten JP. Urgencias en sala de partos y obstetricia quirúrgica. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004; 403-404.
5. Washecka R, Behling A. Urologic complications of placenta percreta invading the urinary bladder: a case report and review of the literature. Hawaii Med J 2002;61:66-69.
6. Medina JM, Hernández AL. Placenta previa accreta: un problema singular. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2006;74:599-604.
7. Vera E, Lattus J, Bermúdez H, Espinoza L, Ibáñez C, Herrera A, Almuna R. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005;70:404-410.



8. Massotto H, Wong R. Abdomen agudo y embarazo: placenta percreta. *Acta Médica Costarricense* 2001;43:178-181.
9. Torres LG, Torres E, Rodríguez RM. Placenta percreta con invasión a la vejiga. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:549-552.
10. Briceño C, Briceño L. Placenta percreta con ruptura uterina espontánea temprana. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2005;65:193-198.
11. Briceño C, Alaña F, Briceño L, Briceño J, Briceño C. Placenta percreta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2002;62:273-277.
12. Abehsera D, González C, López S, Sancha M, Magdaleno F. Placenta percreta, experiencia en 20 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011;76:127-131.

