



Acretismo placentario con placenta previa. Reporte de un caso

RESUMEN

La placenta previa y el acretismo placentario se manifestaron de manera concomitante y son condiciones de la placenta anormal, en la que las vellosidades coriales invaden el miometrio en el sitio de implantación y se asocia con ausencia parcial o completa de la decidua.

Caso clínico: paciente de 32 años de edad, con embarazo de 34 semanas. Con antecedentes obstétricos de cesárea previa, sangrado transvaginal en varias ocasiones; el diagnóstico por ultrasonido mostró placenta previa oclusiva. El tratamiento quirúrgico fue histerectomía total abdominal.

Palabras clave: placenta previa, placenta acreta, placenta *in situ*, histerectomía total abdominal.

Humberto Hernández -Ojeda¹
Rosa María Torres-Hernández²
Jorge Onasis Rivera-Hernández³

¹ Médico adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia.

² Unidad de Investigación Clínica.

³ Médico pasante.

Hospital de Especialidades Veracruz, Secretaría de Salud, Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana Campus Veracruz.

Placenta accreta with placenta previa. Case report

ABSTRACT

The placenta praevia and acretism placental were concurrently and are conditions of abnormal placenta, in which the villus sampling invade the myometrium at the site of implantation and is associated with the partial or complete absence of the decidua.

Clinical case: Patient's 32 years of age, with 34 weeks pregnancy. Obstetric history of previous cesarean section, transvaginal bleeding several times; the diagnosis by ultrasound showed placenta praevia occlusive. Surgical treatment was abdominal total hysterectomy.

Key words: Placenta previa, placenta accreta, placenta on-site, total abdominal hysterectomy.

Recibido: febrero 2014

Aceptado: mayo 2014

Correspondencia: Dr. Humberto Hernández Ojeda
Alacio Pérez 928- 207.
91910, Veracruz, México
hojeda9@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Hernández-Ojeda H, Torres-Hernández RM, Rivera-Hernández JO. Acretismo placentario con placenta previa. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2014;82:552-557.



ANTECEDENTES

Se denomina placenta previa a la que se implanta en el segmento uterino inferior y en ocasiones cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno.¹⁻³

La incidencia de placenta previa es de 1 por cada 200 a 1 por cada 390 embarazos de más de 20 semanas. En nulíparas es de 0.2%, mientras que en multíparas puede ser mayor a 5%, y la tasa de recidiva es de 4 a 8%.

El factor de riesgo más importante es de 1% después de una cesárea. La incidencia después de cuatro o más cesáreas se incrementa a 10%; también influye el tabaquismo y el consumo de cocaína.¹⁻³

Respecto al acretismo placentario como consecuencia del incremento de la tasa de cesáreas, la incidencia de placenta acreta ha aumentado en los últimos años. En las últimas revisiones, las cifras son de 1/2,500 partos *versus* 1/7,000 partos en el decenio de 1970.⁴

La placenta percreta supone 5% de los casos de acretismo placentario y concentra la mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se relaciona con mortalidad materna de 10% y con significativa morbilidad, principalmente por la hemorragia y sus consecuencias. La placenta percreta con invasión vesical reporta una tasa de mortalidad maternal de 20% y una tasa de mortalidad perinatal de 30%. El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria. El endometrio de menor grosor determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre los cotiledones; por lo anterior, el trofoblasto puede invadir la decidua, la pared uterina (más delgada) e incluso los órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria

en el segmento inferior actúa como tumor previo. La musculatura tiene menos fibras musculares, en relación con al segmento superior, y mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, lo que dificulta la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y, por supuesto, durante el alumbramiento.

El acretismo placentario se debe a falta o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa de fibrina ubicada entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio-decidua basal, especialmente después de la reparación de una operación cesárea.⁵

El diagnóstico se limita al empleo de métodos como ultrasonido y resonancia magnética. El ultrasonido es una herramienta útil para el diagnóstico de acretismo placentario y de sus distintas variantes en el segundo y tercer trimestres del embarazo.³ La sensibilidad reportada en los estudios es variable: desde 2.5% en una revisión de 310 casos durante 10 años, hasta 82.4% en un estudio clínico de pacientes con alto riesgo de acretismo.⁶⁻⁸

Sin embargo, el diagnóstico definitivo de acretismo placentario es histopatológico, al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el endometrio.³

Tratamiento expectante sin medicamentos. Dejar la placenta *in situ* y ligadura del cordón, con vigilancia periódica de la placenta mediante ultrasonido, esperando que alumbré por su propia cuenta, o extraerla por histerectomía.⁹⁻¹¹

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años de edad, originaria de Úrsulo Galván, Veracruz, con antecedentes

hereditarios y personales sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes obstétricos: menarquia a los 10 años, ciclos regulares de 5 por 30 días; inició su vida sexual activa a los 21 años de edad, con pareja sexual en aparente buen estado de salud. Dos embarazos, con cesárea cinco años antes, con recién nacidos de 3,200 g, sin complicaciones. La fecha de la última menstruación fue el 10 de marzo de 2011. El control prenatal lo llevó en su Centro de Salud desde el segundo mes de embarazo.

El 6 de septiembre acudió a un hospital de segundo nivel, al referir dolor abdominal tipo cólico y sangrado transvaginal; fue tratada con orciprenalina, dactil OB y nifedipino; fue referida a un hospital de tercer nivel para continuar con su tratamiento. A su ingreso la paciente refirió trabajo de parto de 7 horas de evolución, negó síntomas de vasoespasmo, percibió adecuados movimientos fetales y negó pérdidas transvaginales. A la exploración se encontró consciente, hidratada, con buena coloración de los tegumentos, abdomen globoso con fondo uterino de 20 cm, con feto único vivo intrauterino, en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la izquierda, frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto. A la especuloscopia, el cuello uterino estaba cerrado, con sangrado abundante en la vagina, el amnios íntegro; Valsalva y Tarnier negativos.

El ultrasonido reportó producto único vivo intrauterino en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la izquierda, frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto, placenta previa total grado II, líquido amniótico 7cc y diámetro biparietal correspondiente a 26 semanas de gestación. Desde su ingreso y durante su estancia en el servicio de Ginecología se dio tratamiento para uteroinhibición.

El 17 de octubre acudió nuevamente al hospital y refirió sangrado transvaginal abundante y dolor obstétrico. Los estudios de laboratorio reportaron hemoglobina de 10.1 g/dL, hematócrito 30.3, plaquetas 368,000 mm³, los tiempos de coagulación tp: 13.5 seg, tpt: 27.5 seg, INR 0.9%. Química sanguínea con glucosa sérica 98 mg/dL, urea 12.84 mg/dL, creatinina 0.55 mg/dL, ácido úrico 2.3 mg/dL, y colesterol 180 mg/dL, por lo que se decidió la interrupción del embarazo de manera urgente. Se realizó cesárea tipo Beck con histerotomía media; nació una niña de 1,700 g, Apgar 8/9, a los 60 minutos. Se inhibió el alumbramiento, se dejó la placenta *in situ* por alta sospecha de acretismo. Se realizó histerorrafia, se cerró por planos en la cavidad uterina para evitar sangrado profuso ante la sospecha de encontrarse infiltrado el cuello uterino y la vejiga. Posterior a la histerorrafia en dos planos y hemostasia hubo sangrado transvaginal profuso, por lo que se decidió reintervenir quirúrgicamente con laparotomía exploradora e hysterectomía total abdominal sin complicaciones puesto que no había invasión a la vejiga. La paciente tuvo sangrado aproximado de 2,000 mL, por lo que se le transfundieron 7 paquetes globulares y 4 unidades de plasma fresco congelado (Figuras 1 a 3).

En el posoperatorio inmediato ingresó a Terapia Intensiva, intubada, bajo sedación y con apoyo mecánico ventilatorio, termodinámicamente estable, con presión arterial de 152/98 mmHg, frecuencia cardíaca de 49 latidos por minuto, la gasometría de inicio refirió pH 7.4, CO₂ 38 mmHg, O₂ de 537 mmHg, HCO₃ de 24.1, lactato de 5.1 saturando a 100%, Hb de 8.7 y Hto de 28.1, potasio de 4.3 y sodio de 140. La herida quirúrgica estaba limpia, con bordes bien afrontados, drenaje tipo Saratoga con gasto serohemático escaso, sin datos de irritación peritoneal. Se dejó bajo sedación mientras se reanimaba la volemia; por la tarde del mismo día se procedió a suspender la sedación y posterior a la progresión en el ventilador se retiró

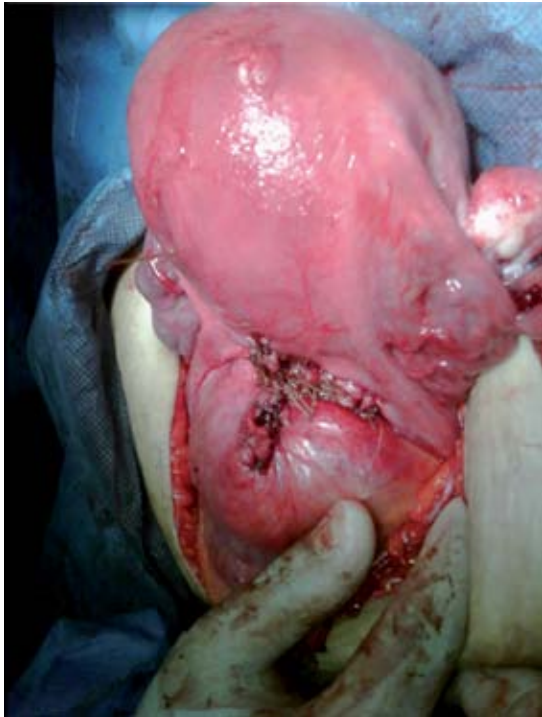


Figura 1. Aspecto macroscópico de la cara anterior del útero.



Figura 2. Aspecto macroscópico de la cara anterior del útero.

la cánula orotraqueal, previa administración de hidrocortisona 100 mg IV. Egresó de la unidad de cuidados intensivos con hemoglobina en 9.9

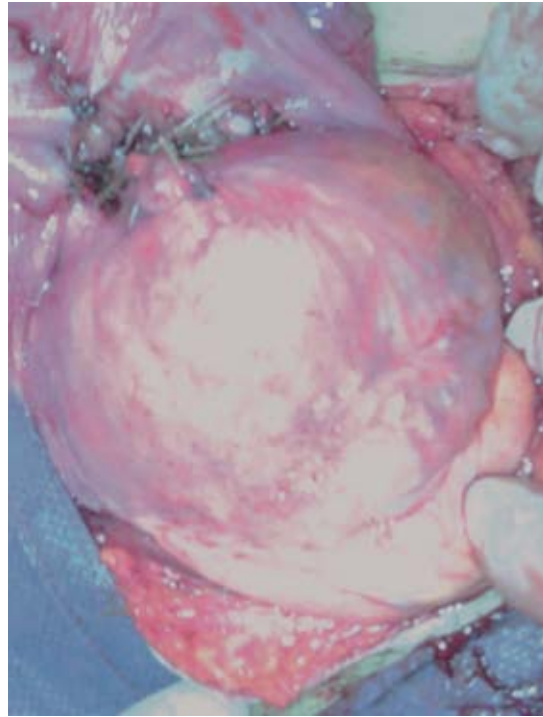


Figura 3. Aspecto macroscópico de la cara anterior del útero.

g/dL y continuó su recuperación hasta su alta hospitalaria sin complicaciones al séptimo día.

El resultado de la histopatología señaló que de manera macroscópica se recibió útero sin anexos con medidas de 14.8 x 8 x 6.6 cm; la superficie serosa era lisa, con áreas nodulares de color gris violáceo. El cuello uterino era de aspecto congestivo, medía 0.5 cm de eje mayor y el orificio cervical medía 2.0 cm de diámetro; el segmento se encontraba perforado, mostraba áreas irregulares cruentas de 6 x 3 cm, por la que se observó porción de tejido; una el cordón umbilical era de color grisáceo, de 8 x 1.2 cm. Al corte, el cuello uterino era heterogéneo, con canal endocervical permeable; se encontraba ocupado por tejido de aspecto placentario que abarcaba la totalidad del cérvix membranoso, de color gris verdoso.

Diagnóstico: producto de histerectomía.

1. Cuello uterino: cervicitis crónica, hiperplasia de la cápsula basal.
2. Cavidad uterina: vellosidades coriales del tercer trimestre de gestación con necrosis y hemorragia; placenta acreta.
3. Miometrio: infiltración por vellosidades coriales del tercer trimestre de gestación.

DISCUSIÓN

Miller refiere que la placenta acreta ocurre en 9.3% de las mujeres con placenta previa y en 0.004% de las pacientes con placenta normoinsera. Se encontró también que en las mujeres con placenta previa y con edad de 35 años o más y con antecedente de dos o más cesáreas, el riesgo fue de 39% y alcanzó 50% en mujeres con cuatro cesáreas.^{10,11} En un estudio realizado en México por Lira y colaboradores se encontró que en 210 casos de placenta previa, en 37 (17.6%) hubo acretismo placentario; de los casos de acretismo, en 26 (70.2%) se tuvo el antecedente de cesárea: con una cesárea fue de 21.1% y con 2 o más cesáreas fue de 50%. La edad media de las pacientes fue de 31 años y el grupo de mayor riesgo fue el de 35 a 39 años, con 26% de acretismo placentario.^{7,13} En el caso que comunicamos se trató de una paciente que compartió los antecedentes de 32 años de edad, sangrados en varias ocasiones y cesárea previa, de acuerdo con lo reportado.

El diagnóstico se efectuó durante el control prenatal; por ultrasonografía se confirmó placenta previa total que obstruía el orificio cervical en su totalidad (grado II), por lo que se remitió a una unidad de tercer nivel para su tratamiento.

La intervención quirúrgica planeada, de acuerdo con los hallazgos ultrasonográficos de localización placentaria en caso de acretismo en la cara anterior, fue una incisión corporal clásica,

inclusive fúndica, para facilitar la extracción del feto.³ Se procedió a detener el alumbramiento espontáneo y mantener la placenta *in situ* con el fin de evitar el sangrado profuso, secundario a la infiltración al cuello uterino o la vejiga; sin embargo, minutos de después de haber suturado el útero hubo sangrado transvaginal y se decidió realizar la histerectomía total abdominal.¹²

La evolución del caso fue adecuada y el tratamiento quirúrgico de la paciente fue oportuno, de acuerdo con el protocolo quirúrgico, por lo que se evitó mayor morbilidad y la muerte.

REFERENCIAS

1. Ching HCh, Peng HW, Jui YL, Yen HCh, et al. Uterine rupture secondary to placenta percreta in a near-term pregnant woman with a history of hysterotomy. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:71-74.
2. Urbina SE, Aguilar P. Placenta percreta. reporte de caso en relación con un protocolo quirúrgico obstétrico. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2006;57:58-61.
3. Bautista EG, Morales VG, Hernández HC, Calvo OA, et al. Una alternativa quirúrgica para acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:298-302.
4. Abehsera DD, Gonzalez CB, López SM, Sancha NM, Magdaleno FD. Placenta percreta. Experiencia de 20 años en el Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011;76:127-131.
5. Aguilar OH, Rivero CR, Conrado JF, Sánchez MG, Bolio AB. Rotura uterina por acretismo placentario. *Ginecol y Obstet Mex* 2010;78:250-253.
6. Guzmán EG, Gaviño FG, Valero AO, Deschamps HD, et al. Embarazo gemelar con mola completa y feto coexistente posterior a fertilización *in vitro* y transferencia de embriones complicado con placenta previa acreta. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77:151-155.
7. Dueñas OG, Rico HO, Rodríguez BM. Actualidades en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72:266-271.
8. Vera EM, Lattus JO, Bermúdez HL, Espinoza LU. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70:404-410.
9. Sabatini SE, Reyna V, Santos JB, Torres C, Peña EP. Placenta percreta asociada a hemoperitoneo posparto. Reporte de caso. *Clin Invest Gin Obst* 2009;36:153-155.
10. Medina JL, Hernández AE. Placenta previa acreta: un problema singular. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:599-604.



11. Varas JC, Corvalan JA, Faundez EP, Espinoza AP, et al. Placenta percreta y hemoperitoneo: urgencia obstétrica extrema. Hospital Santiago de Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. Rev Obstet Ginecol 2006;1:183-187.
12. González RG. Placenta previa: clasificación ultrasonográfica. Revista Chilena de Ultrasonografía 2003;10:30.
13. Torres GG, Torres EF, Rodríguez RS. Placenta percreta con invasión a la vejiga. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2007;75:549-552.