

## CASOS CLÍNICOS

# Placenta percreta, rotura uterina e histerectomía obstétrica

E. Martínez<sup>a</sup>, M. Romeu<sup>a</sup>, S. Mateos<sup>a</sup>, P. Lobo<sup>a</sup>, M. del Valle<sup>a</sup>, A. Pascual<sup>b</sup>,  
A. Bolos<sup>a</sup> y G. González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

## ABSTRACT

Placenta percreta is that whose implantation reaches the serosa and sometimes penetrates the abdominal cavity. It is an unusual entity, although its incidence increases in those cases with previous placenta previa and cesarean section.

In our clinical case we present a patient diagnosed as placenta previa, with a history of caesarean section and bicornuate uterus which indicated emergency caesarean section because of the risk of fetal distress, and during which haemoperitoneum, placenta percreta and uterine perforation were observed. Simple total abdominal hysterectomy was carried out, and both mother and fetus evolved satisfactorily.

## INTRODUCCIÓN

La placenta percreta se define como aquella cuya inserción alcanza la serosa o incluso penetra en la cavidad abdominal.

Su incidencia es baja, 1/7.000 partos; esto aumenta en los casos de multiparidad y cesárea anterior.

El diagnóstico antes del parto es raro, debe sospecharse ante la asociación de factores como antecedente de cesárea, hallazgos ecográficos indicativos de anomalías en la inserción de la placenta y, según algunos autores, asociada a elevaciones de alfa-fetoproteína (AFP) y creatininas<sup>1</sup>.

La placenta percreta se asocia a un aumento de la morbilidad materno-fetal.

## CASO CLÍNICO

Presentamos a una paciente de 31 años, que se remitió a nuestro centro por rotura permanente de mem-

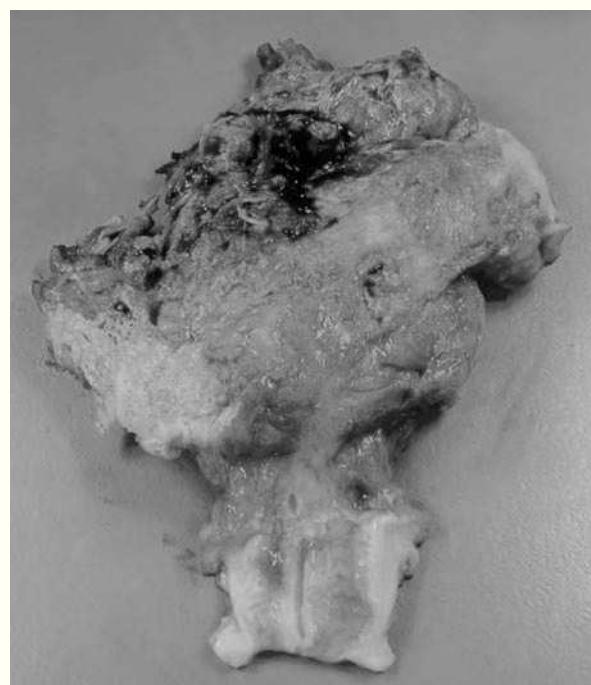


Fig. 1. Útero y placenta percreta.

branas (RPM) y prematuridad (edad gestacional al ingreso 31 + 2 semanas).

Entre los antecedentes personales de interés constaban una cesárea, un aborto y el diagnóstico de útero bicornue.

La gestación actual había presentado un ingreso por metrorragia en el segundo trimestre, y se diagnosticó en la ecografía de placenta previa parcial.

La paciente se remitió desde el hospital de origen a nuestro centro, tras iniciar tratamiento con tocolíticos (Adalat®), pautar la primera dosis de corticoides para maduración pulmonar y comenzar tratamiento antibiótico profiláctico.

Aceptado para su publicación el 4 de marzo de 2004.

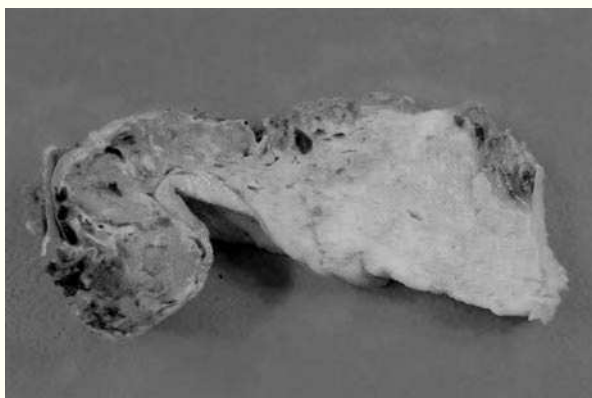


Fig. 2. Perforación de serosa uterina.

Al ingreso se mantiene el tratamiento, la paciente permanece asintomática y con monitor no estresante (MNE) reactivos y sin dinámica.

A las 48 h se le realizó una ecografía reglada en la cual se objetiva: feto en podálica, con biometría 10 días menor que amenorrea, oligoamnios leve, placenta en cara anterior que llega a fondo, grado II previa parcial y Doppler normal en arteria umbilical.

A las 2 h de la exploración ecográfica, la paciente comienza a notar sensación de dinámica, seguida de metrorragia y dolor brusco en el hipogastrio y ambas fosas renales, se realizó MNE, que fue patológico, por lo que se indica cesárea urgente.

Se realizó una laparotomía sobre la incisión de Pfannenstiel previa, en la cual se objetivó hemoperitoneo, no se visualizó dehiscencia de histerotomía previa, se realizó extracción fetal en podálica muy dificultosa (fue preciso ampliar la histerotomía con incisión longitudinal vertical y realización de maniobras de Rojas y Mauriceau), a continuación se procedió a revisar la cavidad, y se visualizó placenta percreta que penetraba y perforaba la serosa uterina en el fondo hacia cara posterior. Tras aspiración de hemoperitoneo, se procedió a realizar histerectomía abdominal total simple. La paciente precisó la transfusión de 5 concentrados de hematíes en quirófano. No se visualizaron implantes en vejiga ni en cavidad peritoneal. La pieza quirúrgica (figs. 1 y 2) se remitió para estudio anatomopatológico, y el diagnóstico definitivo fue concluyente con el clínico.

La paciente evolucionó favorablemente, el postoperatorio transcurrió sin complicaciones, salvo anemia en tratamiento con hierro. La recién nacida pesó 1.230 g. Apgar, 1-6; pH, 7,0 y 7,08, precisó respiración asistida las primeras 12 h, evolucionó favorablemente, y fue trasladada al centro de referencia a las 72 h por oftalmología, tras sospecha de glaucoma congénito.

## DISCUSIÓN

La asociación de placenta previa a diferentes grados de acretismo ha sido estudiada por diversos autores<sup>1,2</sup>.

El antecedente de útero bicornue y de cesárea, como era nuestro caso, junto con el de placenta previa, parece también asociarse a un aumento en la incidencia del riesgo de acretismo, así como el antecedente de aborto y legrado previo<sup>3,4</sup>.

Los intervalos cortos (menos de 12-15 meses) entre gestaciones parecen asociarse también a un mayor riesgo de inserciones anómalas de la placenta<sup>5</sup>.

El diagnóstico ecográfico es esencial, los criterios son: adelgazamiento o ausencia de hipogenicidad miometrial, existencia de lagunas sonoluscentes en el espesor placentario, irregularidad o discontinuidad de la línea hiperecogénica de la serosa y presencia de masa o elevación local por encima de la serosa uterina<sup>6</sup>.

La resonancia nuclear magnética (RNM) y la Doppler-color, también se han estudiado para el diagnóstico de los diversos grados de acretismo<sup>7</sup>.

El diagnóstico de sospecha previo al parto es esencial para minimizar las complicaciones, aunque el diagnóstico definitivo es el anatomopatológico.

El manejo conservador de la paciente con diagnóstico de placenta percreta es razonable en los casos seleccionados y hemodinámicamente estables.

El manejo anteparto de las pacientes es complicado, por el riesgo de sangrado así como por los problemas digestivos y urinarios asociados a la extensión del grado de acretismo<sup>8</sup>.

En los escasos casos en los que no se ha precisado realizar una histerectomía, se ha tratado posteriormente a las pacientes con metotrexato, con resultados favorables<sup>9</sup>.

El sangrado activo se ha descrito asociado al comienzo del trabajo de parto, y puede llegar a ser causa de hemoperitoneo masivo. En los casos de perforación uterina es necesario el tratamiento quirúrgico inmediato. El tratamiento de placenta percreta en casos tan complejos como el nuestro ha sido siempre la histerectomía obstétrica, así como el soporte hemodinámico<sup>9-11</sup>.

La embolización para el control del sangrado ha sido descrita por diferentes autores<sup>8</sup>.

El diagnóstico precoz, para finalizar la gestación en las condiciones óptimas, tanto médicas como quirúrgicas, disminuye la posibilidad de hemorragias intra-parto, evita situaciones caóticas y mejora la tasa de morbilidad, tanto materna como fetal<sup>11</sup>.

En los casos en que no existe un diagnóstico previo o se trata de una verdadera urgencia quirúrgica (como

fue nuestro caso), la reposición hidroelectrolítica, la transfusión y la rápida actuación parecen factores decisivos en la evolución favorable, tanto materna como neonatal.

## CONCLUSIÓN

La asociación de placenta percreta y rotura uterina es una patología poco frecuente y con alta morbimortalidad. En este caso, la rápida actuación es la clave de los resultados satisfactorios tanto maternos como neonatales.

## RESUMEN

La placenta percreta es aquella cuya inserción alcanza la serosa o incluso penetra en la cavidad abdominal. Es una entidad poco frecuente, aunque su incidencia aumenta en los casos que se asocian a placenta previa y con el antecedente de cesárea.

En nuestro caso clínico, presentamos a una paciente diagnosticada de placenta previa, con antecedentes de cesárea y útero bicornue a la que indicamos una cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal y en la cual se objetivó hemoperitoneo, placenta percreta y rotura uterina, por lo que se realizó una histerectomía abdominal total simple. La evolución materna y fetal fue satisfactoria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ophir E, Tendler R, Odeh M, Khouri S, Oettinger M. Creatine kinase as a biochemical marker in diagnosis of placenta increta and percreta. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1039-40.
2. Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia (Cochrane Methodology Review). En: *The Cochrane Library*. Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2003.
3. Kazandi M. Placenta percreta: report of two cases and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynaecol* 2003;30:70-2.
4. Coates VA, Fishmann MS, McCall WG. Placenta percreta: report of a case. *CRNA* 1999;10:165-9.
5. Wax JR, Seiler A, Horowitz S, Ingardie CJ. Interpregnancy interval as a risk factor for placenta accreta. *Conn Med* 2000;64:659-61.
6. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *J Ultrasound Med* 1992;11:333-43.
7. Thorp JM, Wells SR, Wiest HH, Jeffries L, Lyles E. First-trimester diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:616-8.
8. Dubois J, Garel L, Grignon A, Lemay M, Leduc L. Placenta percreta. Balloon occlusion and embolization of the internal iliac arteries for reduce intraoperative blood losses. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:723-6.
9. O'Brien J, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta, conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1632-8.
10. Moriya M, Kusaka H, Schimizu K, Toyoda N. Spontaneous rupture of the uterus caused by placenta percreta in a 28 weeks gestation: a case report. *J Obstet Gynaecol Res* 1998;24:211-4.
11. Hudon L, Belfort HA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:509-17.