

clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Placenta percreta asociada a hemoperitoneo posparto. Reporte de caso

I. Sabatini-Sáez, E. Reyna-Villasmil*, J. Santos-Bolivar, D. Torres-Cepeda y
E. Peña-Paredes

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 11 de febrero de 2008; aceptado el 7 de marzo de 2008

Disponible en Internet el 23 de febrero de 2009

PALABRAS CLAVES

Acretismo
placentario;
Placenta percreta;
Hemoperitoneo

Resumen

El acretismo placentario se describe como la adherencia anormal de la placenta mas allá de la musculatura uterina subyacente. La penetración de la serosa se conoce como placenta percreta. A continuación se presenta el caso de una mujer de 28 años, con 2 gestaciones y un parto, que consultó a urgencias por presentar contracciones uterinas dolorosas y embarazo a término. Luego del parto, la mujer pasó a observación y se evidenció inestabilidad hemodinámica progresiva. Se decidió realizar laparotomía ginecológica de urgencia en la que se observó una colección de sangre de aproximadamente 1.500 ml y una tumoración con hemorragia activa de aproximadamente 5 cm de diámetro en el cuerno derecho del útero. Se realizó histerectomía subtotal debido a que la tumoración se extendía mas allá de la pared uterina.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Placenta accrete;
Placenta percreta;
Hemoperitoneum

Placenta percreta associated with postpartum hemoperitoneum. A case report

Abstract

Placenta accreta is described as abnormal adhesion of the placenta to the myometrium. Serous penetration is known as placenta percreta. We report the case of a 28-year-old gravida 2, para 1, who presented to the emergency room with uterine contractions and term pregnancy. After delivery, the patient showed progressive hemodynamic instability. A gynecological laparotomy was performed, revealing a 1500-ml blood collection and a 5-cm diameter tumor in the right horn with active bleeding. A subtotal hysterectomy was performed due to tumoral extension past the uterine wall.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com (E. Reyna-Villasmil).

Introducción

El acretismo placentario se describe como la adherencia anormal de la placenta mas allá de la musculatura uterina subyacente¹. Ésta es una complicación poco común en el embarazo y tiene alta morbilidad materna². Se ha reportado que la incidencia era de un parto cada 7.000, pero se está volviendo más común y se ha descrito que su incidencia ha disminuido a un parto cada 2.500. El aumento de la edad materna y las intervenciones uterinas previas son factores de riesgo independientes^{3,4}. A continuación se presenta el caso de una mujer con diagnóstico de placenta percreta asociada a hemoperitoneo posparto.

Reporte de caso

Mujer de 28 años, con 2 gestaciones y un parto, que consultó a urgencias por presentar contracciones uterinas dolorosas y embarazo a término. El parto anterior había sido por vía vaginal y sin complicaciones. No se encontraron antecedentes quirúrgicos o médicos de importancia, sólo refería el uso de un dispositivo intrauterino durante 5 años que se le había retirado 2 años antes del embarazo. Un ecograma previo reportaba un embarazo de 30 semanas, con un feto único vivo y con un posible mioma en el fondo uterino de aproximadamente 5 cm.

El trabajo de parto evolucionó satisfactoriamente y se obtuvo un recién nacido vivo de sexo masculino, de 3.500 g. Al momento del alumbramiento, no se observó ninguno de los signos de desprendimiento y de descenso de la placenta, por lo que se procedió a la extracción manual de ésta, que se extrajo de forma parcial. Se realizó legrado uterino y se obtuvo escasa cantidad de restos ovulares con escasa hemorragia genital. La mujer pasó a observación y se evidenció inestabilidad hemodinámica progresiva. El examen físico reveló escasa hemorragia genital así como el fondo uterino por encima del ombligo (a pesar del uso de oxitócicos).

Se decidió realizar laparotomía ginecológica de urgencia, en la que se observó una colección de sangre de aproximadamente 1.500 ml y una tumoración con hemorragia activa de aproximadamente 5 cm de diámetro en el cuerno derecho del útero. Se realizó histerectomía subtotal debido a que la tumoración se extendía mas allá de la pared uterina.

El procedimiento quirúrgico y el postoperatorio no presentaron complicaciones. El estudio histológico posterior confirmó que la tumoración que penetraba completamente la pared uterina, incluida la capa serosa del útero, era tejido placentario (fig. 1).

Discusión

La mayoría de los casos de acretismo placentario se observan sólo cuando hay alteraciones en el alumbramiento^{1,5}. La penetración en el músculo se conoce como placenta acreta, mientras que la penetración que alcanza la serosa se conoce como placenta percreta¹. La incidencia oscila entre un caso cada 500 partos y un caso cada 93.000 partos, respectivamente. El orden descende según la penetración: la más frecuente es la placenta acreta (entre el 78 y el 80% de los casos), le sigue la placenta increta (el 15% de los

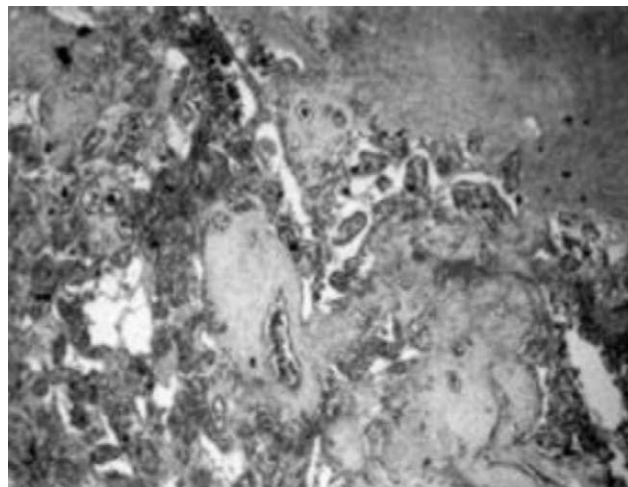


Figura 1 Imagen microscópica del tejido trofoblástico que invade el miometrio.

casos) y la de menor frecuencia es la placenta percreta (entre el 5 y el 7% de los casos)^{4,6}.

Se considera que el acretismo placentario se produce debido a la ausencia parcial o total de la caduca basal y del desarrollo imperfecto de la capa fibrinoide o de la membrana de Nitabuch^{4,6}. Los mayores factores de riesgo para el acretismo placentario son los relacionados con la placenta previa, legrados uterinos o abortos anteriores, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, incrementos de la alfafetoproteína y betagonadotropina coriónica, antecedentes de infecciones uterinas, ablación endometrial e intervenciones uterinas previas (en especial la cesárea)^{4,7}. Sin embargo, en este caso se debe sospechar que la historia clínica de la mujer en cuanto al uso del dispositivo intrauterino podría ser el factor predisponente más probable. Esto también debe tomarse en cuenta por la presentación poco usual de la placenta percreta en el fondo uterino; asimismo, es uno de los pocos casos descritos donde un dispositivo intrauterino es el posible factor predisponente en la etiología del acretismo placentario.

Se han hecho grandes esfuerzos para diagnosticar el acretismo placentario a través de la ecografía. Sin embargo, el método que suministra más información es el ultrasonido transvaginal asociado a Doppler; también es útil la resonancia magnética, en forma ocasional y en casos dudosos⁸.

Entre las complicaciones del acretismo placentario se encuentra el hecho de que puede producirse la rotura uterina, generalmente en el segundo o en el tercer trimestre, aunque también se ha descrito en el primer trimestre⁷. En estos casos, la perforación anterior con invasión a la vejiga es más común que la perforación posterior³⁻⁵. El hemoperitoneo se produce sobre todo en los casos de placenta percreta; sin embargo, es muy raro: entre 1899 y 1999 se reportaron menos de 50 casos en la literatura médica inglesa⁴. La mortalidad materna promedio se ha descrito entre el 7 y el 11,4%^{4,6}.

La decisión del tratamiento conservador (con metrotexato) o de la histerectomía depende principalmente de la gravedad de los síntomas. La histerectomía subtotal se debe realizar en aquellas mujeres cuya vida esté en riesgo, ya que ésta es una técnica sencilla que permite el control de la

hemorragia. Si esto no se logra, se deben ligar las arterias ilíacas o cualquiera de sus ramas anteriores; sólo en pocos casos será necesario retirar el cérvix^{3,9,10}. Este caso se presenta debido a los problemas diagnósticos que surgen de su presentación en forma de tumor y de la presencia de hemoperitoneo, lo que lo hace diferente a otros casos reportados en los que el diagnóstico se realiza durante el alumbramiento, el legrado o poco después de éstos; en la mayoría de los casos se necesita histerectomía inmediata.

Bibliografía

1. Honig A, Rieger L, Thanner F, Eck M, Sutterlin M, Dietl J. Placenta percreta with subsequent uterine rupture at 15 weeks of gestation after two previous cesarean sections. *J Obstet Gynaecol Res.* 2005;31:439–43.
2. Ashton P. A reassessment of options for the management of placenta praevia percreta. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002;42:317.
3. Massiah N, Bhatti N, Bakour S, Downey G, Bambang K, Olufowobi O. Placenta praevia percreta with bladder invasion: an increasing obstetric catastrophe in modern practice. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26:563–5.
4. Briceño C, Alaña F, Briceño L, Briceño J, Briceño C. Placenta percreta. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62:273–7.
5. Aguirre D, Caiseda D, Correa-Rivas M, Maldonado M, Rodríguez W, Miranda G, et al. A multidisciplinary approach to surgical management of placenta previa percreta with bladder invasion: a case report. *P R Health Sci J.* 2006;25:163–5.
6. Veenstra M, Spinder T, Dekker G, van Geijn H. Post partum intra-abdominal hemorrhage due to placenta percreta. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;62:253–6.
7. Roeters A, Oudijk M, Heydanus R, Bruinse H. Pregnancy outcome after intra-abdominal bleeding due to placenta percreta at 14 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* 2007;109:574–6.
8. Taipale P, Orden M, Berg M, Manninen H, Alafuzoff I. Prenatal diagnosis of placenta accreta and percreta with ultrasonography, color Doppler, and magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol.* 2004;104:537–40.
9. Gherman R, McBrayer S, Tichenor J, Wing D. Placenta increta complicating first-trimester D&C. *Obstet Gynecol.* 1999;93:845.
10. Ben Nagi J, Ofili-Yebovi D, Marsh M, Jurkovic D. First-trimester cesarean scar pregnancy evolving into placenta previa/accreta at term. *J Ultrasound Med.* 2005;24:1569–73.