

---

## Casos clínicos

---

180 F. Gil Raga  
H. Barrero  
F. Pastor  
F. Gil Gracia

Hospital 9 de Octubre. Valencia.

### Correspondencia:

Dr. F. Gil Raga.  
Gran Vía Marqués del Turia, 40, 1.º.  
46005 Valencia.  
Correo electrónico: fergilra@wanadoo.es

Fecha de recepción: 13/12/00  
Aceptado para su publicación: 30/1/01

## Placenta percreta sobre cicatriz de cesárea con invasión vesical

### *Placenta percreta in cesarian section scars with bladder invasion*

F. Gil Raga, H. Barrero, F. Pastor, F. Gil Gracia. *Placenta percreta sobre cicatriz de cesárea con invasión vesical. Prog Obstet Ginecol* 2001;44:180-186.

### RESUMEN

Se describe un caso de rotura uterina a las 29 semanas de amenorrea, producida por una placenta percreta con invasión vesical, que obligó a una histerectomía de hemostasia urgente y reparación de las lesiones vesicales. Esta afección fue favorecida por la existencia de la cicatriz de una cesárea anterior y la inserción anterior baja de la placenta. Este caso excepcional, por su rareza, gravedad y aparición inesperada, ha sido motivo de revisión bibliográfica en los últimos años. A partir de este estudio, se ponen al día los métodos diagnósticos de esta enfermedad (ecografía, Doppler color, RMN, determinaciones de alfafetoproteína, cistoscopia), y para conocer la enfermedad antes de que se presenten las complicaciones hemorrágicas. La histerectomía hemostática es siempre la solución y cuanto más rápida se realice, menos morbilidad existe. La mortalidad materna sigue siendo elevada y la morbilidad concierne principalmente a las complicaciones urinarias.

### PALABRAS CLAVE

Placenta previa percreta. Rotura uterina. Rotura vesical. Hemorragia. Hematuria. Histerectomía.

### INTRODUCCIÓN

La placenta percreta es una entidad poco común, con una incidencia media aproximadamente de una cada 30.000 partos<sup>5</sup>, pero si además existe una rotura de vejiga, se puede catalogar de enfermedad obstétrica excepcional, aunque potencialmente catastrófica, pues está en peligro la vida de la madre si no se decide por una actitud quirúrgica rápida.

Con ocasión de este caso personal, hemos revisado la bibliografía de los últimos años y hemos encontrado 32 casos. La bibliografía confirma la gravedad de esta enfermedad y pone en evidencia que siempre hay que sospechar la posibilidad de esta afección cuando, mediante la ecografía, se diagnostica una placenta previa sobre una cicatriz de cesárea anterior.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años de edad, con antecedentes personales sin interés. Antecedentes obstétricos: primera gestación hacía 2 años, que finalizó en cesárea por desproporción pelvifetal a las 40 semanas, obteniendo un feto varón de 3.900 g, Apgar 9/10.

Gestación actual sin incidencias hasta la semana 29, con una ganancia ponderal de 7 kg. Presión arterial normal. Analítica normal, con ausencia de microhematuria en el sedimento urinario. Ecografía en la semana 25 que informa de crecimiento fetal armónico, compatible con la amenorrea, placenta en cara anterior, con borde inferior cerca del orificio cervical interno.

Alas 29 semanas, acude de urgencia al hospital porque 2 h antes y sin relacionarlo con ningún acontecimiento previo presenta un cuadro de metrorragia en cantidad superior a una regla y algias intensas en hipogastrio, con irradiación a todo el abdomen.

Exploración: palidez de mucosas. Presión arterial de 90/50 mmHg. Pulso 110 lat/min. En el reconocimiento con espéculo se observa hemorragia procedente de cavidad uterina, de moderada intensidad. Todo el abdomen muy doloroso a la presión. La ecografía informa una biometría que corresponde a la amenorrea y una placenta anterior de inserción baja, con un hematoma de unos 60 mm de diámetro en el borde inferior.

En la monitorización se aprecian contracciones con deceleraciones en cada una de ellas, catalogada de DIPS tipo I.

La paciente es hospitalizada, y en la primera analítica se observa una hemoglobina de 8 g/dl, con hemostasia normal. Ante la persistencia de la metrorragia, el cuadro de dolor y el deterioro del estado general, se programa una laparotomía.

Al introducir la sonda, la orina es intensamente hematúrica.

Los hallazgos operatorios fueron: hemoperitoneo de 500 ml; rotura de la cicatriz de la cesárea anterior de 3 cm, asomando un cotiledón placentario; feto varón de 1.450 g, Apgar 5/9/10.

Tras la extracción del feto, se observa una rotura uterina en el segmento, con prolongación hacia la vejiga. El alumbramiento es muy dificultoso, ya que no se consigue despegar completamente la placenta, produciéndose una gran hemorragia.

La situación hemodinámica se deteriora de tal forma que obliga a practicar una histerectomía subto-

tal, en una primera fase, al no poder identificar lo que es cuello uterino y lo que es vejiga urinaria. A continuación, se procedió a la apertura de la vejiga por la cúpula, observando en el meato ureteral izquierdo una rotura vesical de 1 cm, por donde asoman vellosidades coriales.

Tras la canalización mediante sonda del uréter, se procede a disecar la cara posterior de la vejiga y extirpar el cuello restante. El desgarro vesical se sutura con puntos de vycryl y se refuerza con la cúpula de vagina.

Las pérdidas sanguíneas son estimadas en unos 2.000 ml. Durante la intervención se le administraron 3 unidades de sangre y en la reanimación postoperatoria se requirieron 4 unidades más de sangre y tres de plasma.

Trasladada a la unidad de cuidados intensivos, la paciente no presentó nuevas hemorragias. Su estado dinámico se repuso, y a las 24 h pasó a planta, y fue dada de alta de la clínica a los 7 días, con la sonda vesical que se mantuvo durante 14 días.

Al retirar la sonda, la función vesical se repuso completamente y la cistoscopia practicada al mes de la intervención fue normal. El examen anatomopatológico informa de placenta percreta con rotura uterina.

En la actualidad la paciente se encuentra asintomática.

## DISCUSIÓN

La placenta percreta es la forma más grave de la placenta ácreta<sup>21</sup>, y se define como la penetración en su totalidad del espesor del miometrio por las vellosidades que perforan el útero y el peritoneo visceral. El riesgo hemorrágico está ligado a una rotura de los vasos uterinos por las vellosidades y sus enzimas proteolíticas y a la imposibilidad de despegamiento de la placenta en el momento del alumbramiento<sup>5</sup>.

Cuando la placenta percreta se inserta sobre el segmento inferior (70% de los casos)<sup>5,10,12,15</sup>, las complicaciones propias de una inserción baja aumentan (decidualización imperfecta, miometrio delgado poco contráctil). Pero si estas dos eventualidades ocurren sobre la cicatriz de una o varias cesáreas, se reúnen las condiciones para que las vellosidades se rompan y pasen a través de una cicatriz, eventualmente dehiscente, produciéndose una rotura uterina silenciosa, en cualquier fase de la gestación o parto.

Tabla 1. Antecedentes y perfil clínico

Autor, año	Edad maternidad	Gestación	Pard.	Cesárea anterior	Metrorragia	Dolor	Hematuria	Síntomas urinarios	Cistoscopia
Kamuna, 1973	30	7	4	2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Silver, 1973	29	5	4	0	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Bren, 1977	—	3	1	1	Sí	No	Sí	No	No
	—	4	2	1	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Collins, 1978	31	4	0	4	Sí	No	No	No	No
Read, 1980	32	4	0	3	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	27	3	1	1	No	Sí	Sí	Sí	No
	30	5	2	2	Sí	No	Sí	Sí	No
Mathews, 1983	26	4	2	1	No	Sí	No	No	No
Trenton, 1984	37	4	2	1	No	Sí	No	No	No
Aho, 1985	34	4	2	1	No	Sí	No	No	No
Melchor, 1987	33	1	0	0	No	No	No	Sí	No
Klotz, 1989	32	3	1	1	Sí	No	Sí	Sí	Sí
	32	2	1	1	Sí	Sí	No	No	No
Litwin, 1989	33	3	0	2	Sí	No	No	No	No
	41	6	2	3	No	Sí	No	No	No
	31	6	0	3	No	Sí	Sí	Sí	Sí
	37	6	2	3	Sí	No	Sí	No	No
Meehan, 1989	35	6	3	2	No	No	No	No	No
Price, 1991	38	6	3	2	Sí	Sí	No	No	No
	37	4	1	2	Sí	Sí	No	No	No
Roux, 1992	28	5	2	2	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Abboud, 1993	32	3	1	1	Sí	Sí	No	No	No
Lymper, 1993	29	3	0	2	Sí	No	No	No	No
	25	2	0	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bakri, 1993	36	6	0	5	Sí	No	Sí	No	No
	42	6	0	5	Sí	Sí	No	No	No
Megier, 1994	25	4	2	1	No	Sí	No	Sí	No
Mathiew, 1995	30	8	2	4	Sí	Sí	No	Sí	No
O'Brien, 1997	37	3	1	1	No	Sí	No	No	No
Lynn, 1997	37	7	3	3	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Gil, 1998	30	2	0	1	Sí	Sí	No	No	No

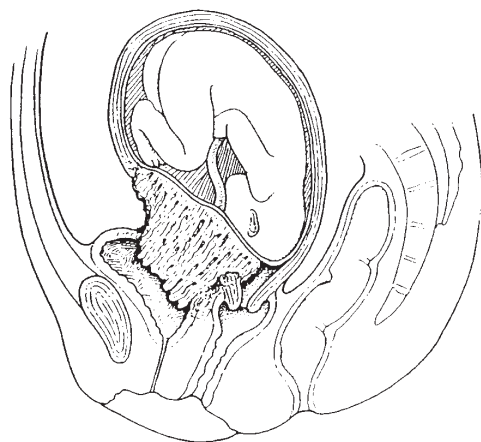


Figura 1.

Una vez se ha producido la rotura uterina, las vellosidades placentarias pueden seguir su progresión e invadir las estructuras pélvicas vecinas (fig. 1), como puede ser la vejiga urinaria, pudiendo afectar al trigono vesical y a los dos orificios ureterales, al espacio de Retzius, al epiplón, al mesenterio y a los vasos ilíacos.

El estudio de los 32 casos confirma la gravedad de esta asociación, y al analizar los síntomas principales se observa lo siguiente:

#### Hemorragia

Es el síntoma más frecuente, como se indica en la tabla 1, y existe en 22 de los casos estudiados (68%).

Tabla 2. Elementos de gravedad

Autor, año	LGT*	Histerectomía	Parada cardíaca	Coagulación	Complicaciones secundarias	Muerte materna	Alta (días)
Kamuna, 1973	Sí	Sí	No	Sí	No	No	—
Silver, 1973	No	Sí	No	Sí	Distrés respiratorio	No	—
Bren, 1977	No	Sí	No	No	No	No	—
	No	Sí	No	No	No	No	—
Collins, 1978	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	—
Read, 1980	Sí	Sí	No	No	No	No	14
	Sí	Sí	Sí	Sí	Fístula	No	27
	No	Sí	No	No	No	No	10
Mathews, 1983	No	Sí	No	No	No	No	10
Trenton, 1984	No	Sí	No	No	No	No	12
Aho, 1985	No	Sí	No	No	No	No	14
Melchor, 1987	No	Sí	No	No	No	No	12
Klotz, 1998	Sí	Sí	No	Sí	Ligadura ureteral	No	50
	Sí	Sí	No	No	No	No	10
Litwin, 1989	Sí	Sí	Sí	Sí	Fístula	No	84
	No	Sí	No	No	No	No	8
	No	Sí	No	Sí	Distr.	No	18
Meehan, 1989	Sí	Sí	Sí	Sí	CD	Sí	—
	Sí	Sí	Sí	Sí	CD	Sí	—
Price, 1981	Sí	Sí	No	No	No	No	—
	Sí	Sí	No	Sí	Distr.	No	40
Roux, 1991	No	Sí	No	No	Fístula	No	14
Abboud, 1993	Sí	Sí	No	No	No	No	7
Lymper, 1993	No	Sí	No	No	No	No	—
	No	Sí	No	Sí	Hematuria	No	17
Bakri, 1993	No	Sí	No	No	Fístula	No	23
	Sí	Sí	No	Sí	Atelectasia pulmonar	No	32
Megier, 1994	No	Sí	Sí	Sí	Embolia	Sí	—
Mathiew, 1995	No	Sí	Sí	Sí	Fístula	No	40
O'Brien, 1997	No	Sí	No	No	No	No	10
Lynn, 1997	Sí	Sí	No	Sí	Ligadura ureteral	No	12
Gil, 1998	No	Sí	No	No	No	No	7

Pueden aparecer desde la semana 8<sup>11</sup>, aunque lo más frecuente es que ocurra entre la 20 y la 26<sup>12,15</sup>. Cuando aparecen por primera vez, en todos los casos se diagnosticaron de amenaza de aborto o placenta de inserción baja y el tratamiento siempre fue reposo.

Puede ser muy intensa y difícil de matizar. Proviene del segmento inferior, sobre el que existen grandes senos venosos<sup>5</sup> y que pueden ser remplazados por tejido placentario<sup>11,16</sup>. Proviene igualmente de la pared posterior de la vejiga, donde se observan venas y arterias abiertas y de los largos senos venosos de la submucosa. Las paredes vesicales posterior y superior son invadidas y la placenta sale a través de ella<sup>13</sup>. Esta hemorragia puede originar una

coagulopatía de consumo, que aparece en el 46,8% de los casos publicados<sup>10,12</sup> (tabla 2), y necesita multitud de unidades de sangre o derivados. La gravedad de la hemorragia se traduce en siete paradas cardíacas y en tres muertes maternas (tabla 2), lo que supone el 10% de los casos.

#### Signos urológicos

Los signos específicos urinarios pueden ser disuria o polaquiuria sin infección urinaria<sup>1,6,10,12,15</sup>, pero los más significativos son las hematurias. Son relativamente frecuentes, ya que aparecen en el 43,7% de los casos estudiados (tabla 1). Pueden aparecer desde la

184 semana 19<sup>1</sup>. La mayoría, al principio, son microscópicas y sólo se detectan en un estudio del sedimento<sup>8</sup>. Algunas, como nuestro caso, fueron abundantes, y en ocasiones han obligado a un taponamiento vesical<sup>14</sup>. Son siempre recidivantes y pueden ser preoperatorias, intraoperatorias o aparecer más tarde.

En todos los casos estudiados, aunque fuera mínima, siempre existió una rotura vesical, que en unos casos era preexistente a la cesárea<sup>20,24</sup>, pero en otros se ha producido al intentar separar la vejiga del segmento. Las dos circunstancias pueden ocurrir añadidas. En efecto, cuando la placenta atraviesa el miometrio y la fascia preistmica puede penetrar en la vejiga, pero la misma placenta actúa de tapón y las tentativas del alumbramiento no hacen más que des-  
enmascarar una rotura antigua.

En cuatro casos se ha necesitado un urólogo, para reparar las lesiones urológicas<sup>26</sup>, una resección vesical y tres reimplantaciones de uréter<sup>10,13,25</sup>.

### *Morbilidad*

Es importante. Hay que anotar las tentativas de reanimación por parada cardíaca en la mesa del quirófano<sup>6,25</sup>, lesiones graves del bazo y del hígado<sup>16</sup>. Las complicaciones secundarias ligadas a la importancia del shock no son raras: atelectasia pulmonar<sup>28</sup>, hemorragia digestiva que requiere una piloroplastia y una vagotomía<sup>28</sup>, úlcera de estrés y diabetes insípida<sup>6</sup>. Las complicaciones urinarias secundarias van desde una hematuria retardada masiva con taponamiento, ligado a la placenta residual intravesical<sup>26</sup>, fístulas vesicovaginales<sup>24</sup> y litiasis vesical 5 meses más tarde<sup>28</sup>.

### **Diagnóstico**

Existan o no signos clínicos, el diagnóstico de una inserción baja de placenta en una gestante con cesárea anterior debe hacernos sospechar esta complicación y nos obliga a practicar análisis complementarios.

### *Ecografía*

El diagnóstico temprano de la placenta percreta permitirá mejorar el pronóstico, y la ecografía es un

método muy válido, mediante el que podemos encontrar<sup>7</sup>:

- La localización placentaria, diagnosticando una placenta previa.
- Los signos directos: desaparición de un área sonolúcida, que se observa normalmente debajo del sitio de la implantación (compuesto de la caduca basal y de una parte del miometrio adyacente).
- Signos indirectos: aparición de un hemoperitoneo. Existencia de coágulos intravesicales, irregularidad del detrusor.

Los signos vesicales se aprecian mejor con una sonda vaginal.

### *Doppler color*

Según Rosemond<sup>27</sup>, las características del Doppler color en las placentas percretas son: ausencia de imagen anecoica entre la placenta y el miometrio y presencia de lagunas intraplacentarias dentro del miometrio, que se distinguen con el Doppler entre los vasos. El estudio con Doppler pulsado muestra un flujo venoso pulsado intramiometrial.

El Doppler<sup>18</sup> permite distinguir las lagunas intraplacentarias vasculares de las no vasculares y, sobre todo, permite la visualización de los vasos placentarios, que se dirigen hacia el miometrio y en el caso de invasión vesical, se observa el flujo pulsado dentro de la vejiga urinaria.

### *Resonancia magnética nuclear*<sup>29</sup>

Con esta exploración se puede determinar la extensión de la placenta a través de la pared uterina, gracias a la capacidad que tiene de diferenciar las estructuras tisulares y determinar los contornos del miometrio en el segmento inferior y la invasión placentaria.

### *Cistoscopia*

Sólo se han practicado en nueve de los casos revisados (tabla 1), siendo la hematuria intensa el motivo principal de realizarla. Las lesiones encontra-

das<sup>24</sup> han sido: existencia de coágulos, erosión simple de la mucosa, lesiones granulomatosas en la cúpula vaginal, y excrecencias en pared posterior y en el trigono. Ignorando la naturaleza de estas lesiones<sup>14</sup> se han practicado biopsias y cauterizaciones.

La indicación de una cistoscopia en los casos de hematuria y placenta previa es evidente, e incluso se ha propuesto practicar de forma sistemática a todas aquellas pacientes, con cesárea anterior y placenta de inserción baja, aunque no tengan sintomatología.

#### *Alfafetoproteína*

Se ha podido comprobar<sup>23,30</sup> la existencia de un aumento significativo de la tasa de alfafetoproteína en el segundo trimestre del embarazo, en caso de placenta percreta.

#### **Tratamiento**

1. Control de la hemorragia. Es necesaria la extirpación de todos los tejidos afectados por la invasión placentaria, y como su extensión es muy difícil de precisar, para poderlo realizar el mejor método es la histerectomía de hemostasia, que se ha practicado en el 100% de los casos revisados. La espera puede ser desastrosa y sólo la rapidez de la decisión ofrecerá las mejores oportunidades a la paciente. Puede ser subtotal si con eso se extirpa toda la inserción placentaria, o total si la placenta está más baja, y puede ser completada con la ligadura de las arterias hipogástricas.

La exploración vesical obliga a practicar una cistoscopia diagnóstica para conocer el grado de lesión, controlar los senos venosos y las arteriolas, o facilitar la disección de la misma en la histerectomía. A veces es necesaria la resección de los tejidos vesicales hemorrágicos producidos por la placenta.

Las maniobras conservadoras como las ligaduras de las arterias aferentes al útero, de las arterias hi-

pogástricas, el torniquete en la base del útero, han sido ineficaces en todos los casos estudiados<sup>10,16,24</sup>.

El tratamiento médico con metotrexato<sup>3</sup> (100 mg por vía intravenosa directa en el preoperatorio) puede ser utilizado como coadyuvante de un tratamiento quirúrgico conservador o de una histerectomía hemostática.

Se ha realizado embolización arterial<sup>9</sup> de la hipogástrica.

2. Restablecimiento de la integridad del aparato urinario. La sutura vesical simple, en uno o dos planos, expone a una hematuria secundaria o a una fístula; es preferible la resección de todo el tejido desvitalizado, seguido de una sutura en dos planos con interposición de una banda epiploica. La lesión del trigono puede conducir a una reimplantación ureteral<sup>12</sup>.

3. Mantenimiento del equilibrio hemodinámico y corrección de las alteraciones de la coagulación.

#### **CONCLUSIONES**

La placenta percreta sobre la cicatriz de una cesárea con rotura vesical supone grandes dificultades operatorias durante la cesárea. Estas dificultades están en relación con la importancia de la hemorragia y las lesiones urinarias que se hayan podido producir y aumentan por su aparición inesperada, que pueden sorprender a un especialista poco experimentado.

Nos parece esencial el considerar que una placenta de inserción baja de cara anterior no debe considerarse nunca como una placenta baja banal. Ante esta situación, siempre hay que considerar la posibilidad de que esa placenta puede romper la vejiga urinaria.

Hay que procurar, mediante la ecografía vaginal y la cistoscopia, llegar al diagnóstico de la lesión que está produciendo la placenta percreta, para realizar la cesárea en las mejores condiciones posibles y advertir a la paciente de la posibilidad de una histerectomía.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Abboud J, Chalhoub S, Riachi M. Placenta percreta et rupture utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993; 22: 649-652.
2. Aboulafia Y, Lavie O, Shen O, Diamant Z. Conservative surgical management of acute abdomen caused by placenta percreta in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol* 170; 1388-1389.
3. Arulkumaran C, Tatnan S. Medical treatment of placenta accreta with methotrexate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 285-286.
4. Bakri N, Sundin T, Jaroudi K. Placenta percreta with bladder invasion: report of three cases. *Am J Perinatal* 1993; 10: 468-470.
5. Breen J, Neubecker R, Gregori C, Franklin J. Placenta accreta, increta and percreta. A survey of 40 cases. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 43-47.
6. Collins M, O'Brien P, Tabrah N. Placenta previa percreta with bladder invasion. *JAMA* 1978; 240: 1979.
7. Chou M, Shih C. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta with power amplitude ultrasonic angiography. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1523-1525.
8. Kamuna M, Veldekens V, Viteux V, Ruiz, Lesczynski. Hematurie macroscopique. *J Gyn Obst Biol Repr* 1973; 2: 907-909.
9. Kiviskoski A, Martin C, Weyman P, Picus D, Giudice L. Angiographic arterial embolization to control hemorrhage in abdominal pregnancy: A case report. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 456-458.
10. Klotz P, Khalaff H. Placenta percreta invading the bladder: report of 2 cases. *J Urol* 1988; 141: 938-939.
11. Litwin M, Loughlin R, Carol B, Benson B, Droege G, Richie P. Placenta percreta invading the urinary bladder. *Br J Urol* 1988; 64: 283-286.
12. Lymperopoulou A, Hainaut F, Crimail. Placenta percreta sur cicatrice de césarienne avec envahissement vesical. *Revue générale a propos de deux cas. Rev Fr Gynecol Obstet* 1993; 88: 379-384.
13. Leaphart W, Schapiro H, Broome J, Welander Ch, Berstein M. Placenta previa percreta with bladder invasion. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 834-835.
14. Martin J, Sessums K, Pryor M, Morrison C. Abdominal pregnancy: current concepts of management. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 549-557.
15. Mathieu E, Dufour P, Monnier J. Ruptura utérine á ving-deux semaines d'aménorrhée par placenta praevia percreta. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995; 90: 228-232.
16. Meehan F, Casey C, Costello J, Connolly Ch. Placenta previa percreta with bladder involvement. *Obstet Gynecol Surv* 1989; 44: 835-840.
17. Mégier P, Rouchet E, Desroches A, Espérandieu O, Maître F. Diagnostic anténatal d'un placenta praevia percreta grâce au Doppler couleur. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23: 315-317.
18. Mégier A, Desroches A, Mekari B. Diagnostic anténatal de vaisseaux praevia, avec insertion vélamenteuse du codon, race a l'échographie-Doppler couleur. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995; 24: 415-417.
19. Mégier P, Gorin V, Desroches A. Placentas bas insérés échographiquement au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse: recherche de signes de placenta accreta/percreta et de vaisseaux praevia. Étude prospective en échographie Doppler couleur et pulsé de 45 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999; 28: 239-244.
20. Melchor J, Alegre A, Rodriguez-Escudero. Placenta Percreta with bladder involment: case report and review of literature. *Int J Gynaecol Obstet* 1987; 25: 417-418.
21. Martin L, Pernoll M. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos. Editorial El Manual Moderno, 1989.
22. Miller D, Chollet J, Goodwin M. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210-213.
23. O'Brien J, Barton J, Donaldson S. The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies. *Obstet Gynecol* 1996; 175: 1632-1637.
24. Price F, Resnik E, Kimberly A, Wayne A. Placenta Previa percreta involving the urinary bladder: a report of two cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 508-511.
25. Read J, David M, Cotton M, Miller M. Placenta accreta: changing clinical aspects and outcome. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 31-34.
26. Roux J, Horovitz J, Pariente J, Ljus C, Dubecq J. Placenta praevia percreta avec envahissement vésical: un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992; 21: 579-580.
27. Rosemond R, Keple M. Transvgnal color Doppler sonography in the preanatal diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 1992; 2: 508-510.
28. Sherman J, Darrell, Campbell, Fellman S. Placenta percreta invading bladder. *J Urol* 1973; 109: 615-618.
29. Thorp J, Coucell B, Sandridge A, Wiest H. Antepartum diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 507-508.
30. Zelop C, Nadel A, Frigoletto S, Pauker S, Benacerraf R. Placenta accreta/percreta/increta: a cause of elevated maternal serum alpha-fetoprotein. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 693-694.
31. Legro S, Fredic V, Hill L, Caritis N. Nonsurgical management of placenta percreta: a case report. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 847-849.