

492 **Emma Vilanova Blanes**
M. Francisca Oltra Escoda
José María Rodríguez Ingelmo

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. España.

Correspondencia:

Dra. E. Vilanova Blanes.
Perú, 13 esc. 3, 5.º A. 03008 Alicante. España.
Correo electrónico: emma.vilanova@terra.es

Fecha de recepción: 7/2/2006.

Aceptado para su publicación: 11/3/2008.

Rotura uterina por placenta percreta. Un caso clínico en útero bicorne unicollis

Uterine rupture due to placenta percreta. A case in uterus bicornis unicollis

RESUMEN

Se expone el caso de una gestante de 27 semanas de amenorrea, diagnosticada de útero bicorne-unicollis y portadora de cerclaje cervical, que acude a urgencias por dolor abdominal. No se observa dinámica. Tras empeoramiento general y progresivo en 4 h, se retiró el cerclaje y se indicó cesárea urgente por shock hipovolémico y sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. En la laparotomía se observó hemoperitoneo 2 l, útero bicorne, acretismo placentario con perforación de 3 cm en fondo del hemiútero gestante. Nació un feto mujer vivo de 1.030 g, que evolucionó satisfactoriamente.

PALABRAS CLAVE

Placenta percreta. Placenta accreta. Útero bicorne. Rotura uterina.

ABSTRACT

A woman in the 27th week of gestation, with a prior diagnosis of uterus bicornis unicollis and a cervical cerclage in situ, presented to the

emergency department with severe abdominal pain. No uterine dynamics were observed. The patient rapidly deteriorated shortly after admission, warranting removal of the cervical cerclage and emergency cesarean section delivery with the working diagnoses of hypovolemic shock and abruptio placentae. Laparotomy showed free blood in the peritoneum (2 liters) as well as a placenta accreta with a 3-cm perforation in the uterine fundus. A female infant, weighing 1030 g, was delivered and progressed satisfactorily.

KEY WORDS

Placenta percreta. Placenta accreta. Uterus bicornis. Uterine rupture.

INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario es la adherencia anormalmente firme de la placenta a la pared uterina. Se debe a un desarrollo insuficiente de la decidua basal, que normalmente sirve de barrera a una mayor penetración del trofoblasto en la pared uterina¹. En la etiopatogenia del acretismo, además del insuficiente desarrollo decidual, también desempeña un papel la falta de interacción entre la decidua mater-

na y las 2 fases de invasión trofoblástica, que tienen lugar en etapas tempranas de la placentación². El acretismo placentario se puede presentar desde las primeras etapas de la implantación placentaria, en la segunda oleada de invasión trofoblástica, es decir, desde las 13-14 semanas de embarazo³. La placenta accreta, es por tanto, una inserción anómala que invade total o parcialmente el espesor de la pared uterina, e incluso otras vísceras pélvicas, y se puede clasificar según su penetración en accreta, íncrета y percreta¹.

La incidencia de acretismo placentario es difícil de establecer, si bien globalmente oscila alrededor de 1/7.000 embarazos¹. La placenta percreta es una entidad poco común, con una incidencia media de 1/30.000 partos⁴.

El útero bicornue es una malformación uterina derivada de un defecto de fusión de los conductos mullerianos, incluida en el grupo IV de la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (SAF). Aparece en el 1-2% de la población general. La gestación conseguida en pacientes con este tipo de malformación debe considerarse de riesgo alto, tanto para la madre como para el feto¹.

Se presenta un caso de rotura uterina por placenta percreta en una mujer gestante de 27 semanas, diagnosticada previamente de útero bicornue-unicollis.

CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años, hipotiroides en tratamiento con Levotiroid[®], diagnosticada de útero bicornue unicollis durante la primera gestación. Como antecedentes obstétricos tenía 2 abortos retenidos precoces (semanas 9 y 10 de amenorrea), ambas gestaciones localizadas en el hemiútero derecho. En ambos casos se realizó una evacuación uterina y se legaron las 2 cavidades. El primero de los legados precisó un segundo raspado días después por persistencia de restos decíduocoriales. La gestación actual, situada en el hemiútero izquierdo, es la tercera de la paciente. Se realizó cerclaje profiláctico en la semana 13. El cribado (triple prueba) del segundo trimestre informó de riesgo elevado de defecto de tubo neural (determinación de alfafetoproteína en sangre elevada), por lo que se practicó una ecografía de alta resolución y amniocentesis genética;

ambas resultaron normales. Diagnosticada de amenaza de parto prematuro en la semana 26 de amenorrea, se inició tratamiento con ritodrina por vía oral.

Una semana más tarde, acude a urgencias de maternidad por percibir contracciones uterinas. A la exploración, el cérvix está cerrado y el cerclaje no a tensión, sin observarse dinámica en el registro cardiotocográfico. En las 4 h siguientes la paciente empeora su estado general de forma progresiva. Persistió el dolor abdominal, que refirió continuo y de mayor intensidad. Un nuevo hemograma reflejó un descenso de 2 g de hemoglobina en ese período. Se retira cerclaje y se indica cesárea urgente por sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y shock hipovolémico.

Durante la laparotomía se aprecia hemoperitoneo de 2 l y útero izquierdo gestante. Se procede a histerotomía segmentaria transversa; se extrajo un feto mujer vivo, con una puntuación en la prueba de Apgar de 2/4/4 y un peso de 1.030 g. El alumbramiento resultó imposible por acretismo placentario complicado con perforación de 3 cm en el fondo del hemiútero izquierdo. El hemiútero derecho se observó normal. Estabilizada hemodinámicamente la paciente, se procedió a realizar una histerectomía total de ambos úteros conjuntamente. Durante la intervención y el postoperatorio inmediato se transfundió un total de 6 concentrados de hemáties.

El postoperatorio cursó sin incidencias y se dio de alta a la paciente al séptimo día de la intervención. El neonato evolucionó se forma satisfactoria.

El diagnóstico anatomopatológico de la pieza de histerectomía fue (figs. 1 y 2): útero bicornue con cérvix único; útero gestante con perforación en fondo y cara posterior por placenta percreta e incisión de histerotomía, y útero pequeño con decidualización del endometrio.

DISCUSIÓN

La placenta accreta y el útero bicornue son 2 trastornos muy raros, pero pueden asociarse, dado que la anomalía mulleriana se considera un factor de riesgo de acretismo placentario. El útero desempeña un importante papel en el proceso de anidación. Tanto el útero bicornue como el septo se asocian a un mayor índice de pérdidas gestacionales precoces

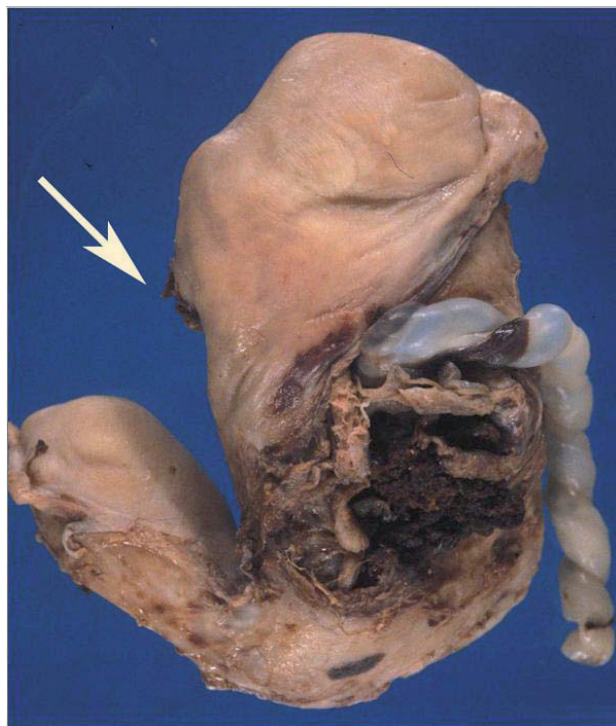


Figura 1. Pieza de histerectomía. Se observan ambos hemiúteros; en el mayor de ellos (izquierdo) la placenta se encuentra percreta en su interior. La flecha señala el orificio de la perforación uterina.

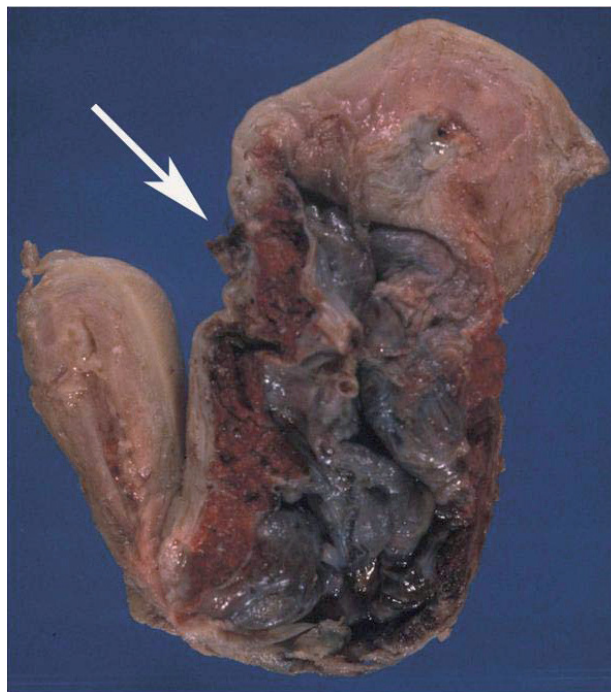


Figura 2. Sección de la pieza de histerectomía. Se observa una decidualización en el hemiútero derecho y placenta percreta en el izquierdo. La flecha señala el orificio de la perforación uterina.

y acretismo placentario, dado que el endometrio escasamente transformado hace que predominen los defectos de anidación e implantación³.

Además de las malformaciones uterinas, otros factores de riesgo están implicados en la etiopatogenia del acretismo placentario^{1,2,5-8} (tabla 1), todos ellos en mayor o menor medida deben mantenernos alerta ante la posible presentación de esta afección, que habitualmente se manifiesta como una retención placentaria o hemorragia uterina importante.

Las manifestaciones clínicas de la placenta accreta son realmente escasas; en la mayoría de las ocasiones, la hemorragia masiva es la presentación más frecuente. Es por ello que el diagnóstico anteparto es, en la clínica diaria, poco frecuente. Hudon et al⁹ describieron una serie de criterios ecográficos para el diagnóstico de acretismo placentario (tabla 2).

La resonancia magnética nuclear es de gran utilidad para el diagnóstico de acretismo placentario, fundamentalmente en la placenta percreta. Se debe

solicitar siempre que se sospeche placenta increta o percreta por la clínica o ecografía Doppler. Actualmente se considera el método de referencia en el diagnóstico prenatal del percretismo placentario¹. Presenta desventajas importantes en las gestantes, sobre todo por la escasa experiencia de la que disponemos que, sumada a la presentación aguda de la mayoría de los cuadros clínicos, junto con la inmovilidad de los aparatos necesarios, determinan el poco uso de esta técnica.

En cuanto al diagnóstico en el laboratorio, sólo existen datos orientativos, como la elevación de la alfa-fetoproteína en el segundo trimestre en los casos de placenta percreta. El mecanismo podría deberse a una invasión miometrial por las vellosidades placentarias, que provocaría el contacto con la sangre materna y la fetal. La existencia de factores de riesgo de acretismo placentario asociados a una alfa-fetoproteína elevada en sangre materna debería alertar al ecografista y al clínico sobre la aparición de esta afección^{1,2,3,6}.

Tabla 1. Factores de riesgo para acretismo placentario

Factores placentarios
Placenta previa
Implantación cornual
Implantación sobre mioma submucoso
Antecedente de extracción manual de placenta
Placenta previa anterior
Legrados uterinos previos
Cesáreas previas
Malformaciones uterinas
Antecedente de endometritis
Síndrome de Asherman
Multiparidad
Edad materna avanzada
Primípara añosa (< 35 años)
Cicatrices uterinas

Histológicamente, en el acretismo placentario no se reconoce decidua, que está reemplazada por tejido conectivo laxo, en el que pueden estar incluidos pequeños grupos de células deciduales. Las vellosidades están separadas del miometrio exclusivamente por un material de aspecto fibrinoide¹.

El tratamiento del acretismo placentario está muy limitado por el diagnóstico habitualmente tardío de esta afección, que sospechamos normalmente tras la imposibilidad de un alumbramiento manual o una hemorragia puerperal grave. Es por ello que la histerectomía obstétrica suele ser el tratamiento cuya indicación es urgente e indiscutible. Así, las histerectomías posparto en el acretismo placentario han reducido la mortalidad materna a menos del 2%⁶. Las complicaciones de este tipo de cirugía abarcan

Tabla 2. Criterios ecográficos de Hudon para el diagnóstico de acretismo placentario

Adelgazamiento (< 1 mm) de la zona miometrial hipoeoica normal en el segmento inferior anterior
Presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario («imagen de queso suizo»)
Adelgazamiento, irregularidad o disrupción focal de la interfase hiperecoica entre las paredes uterinas y la vesical
Extensión del tejido placentario más allá de la serosa uterina
Identificación con eco-Doppler de vasos placentarios que se extiendan al miometrio o a la vejiga

desde la infección postoperatoria (50%) hasta las politransfusiones sanguíneas, sin olvidar las posibles lesiones ureterales en el acto quirúrgico. En la literatura científica se han descrito recientemente casos de acretismo en los que se realiza un tratamiento conservador^{7,10} mediante la sutura del defecto uterino y el posterior tratamiento con metotrexato. Queda por determinar cuál será la evolución de estas pacientes y, sobre todo, en estos casos no hay que olvidar la posibilidad de complicaciones graves, como la sepsis materna o la persistencia del acretismo placentario si, tras el tratamiento, quedaron restos de tejido corial irreseccable.

Hoy día, en la práctica clínica diaria hemos de seguir considerando los factores de riesgo como puntos clave de alerta para el obstetra. El acretismo placentario, aunque infrecuente, sigue siendo una causa de hemorragias puerperales importantes, que obligan a la resolución quirúrgica inmediata y que, en no pocas ocasiones, constituirán una urgencia vital, tanto para la madre como para el feto¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

- Agüer Ortiz J, Barber Marrero MA, Eguiluz Gutierrez-Barquín I, Alcocer Borrachina I, Gómez Montes X, Amengual I, et al. Rotura uterina espontánea a las 15 semanas de gestación por percreta placentario. *Prog Obstet Ginecol*. 2003;46:221-6.
- Grases PJ, Mallafré J, Grases P, Bernard A, Tresserra. Acretismo placentario. *Prog Obstet Ginecol*. 1998;41:173-7.
- Heredia AJ, Lois MM, Medrano P, Estévez M, Sánchez P, Domínguez JR, et al. Rotura espontánea de útero asociada a acretismo placentario y útero bicorne. *Prog Obst Ginecol*. 2001;44:497-500.
- Gila Raga F, Barrero H, Pastor F, Gil García F. Placenta percreta sobre cicatriz de cesárea con invasión vesical. *Prog Obstet Ginecol*. 1001;44:180-6.
- David A, Millar MD, Janet A, Chollet MD, Murphy Goodxin MD. Clinical risk factors for placenta previa-placenta ácreta. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:210-4.

6. Moreno A, Martínez P, Furió V, Montalvo J, Rabanal R, Barrón E, et al. Papel de la ecografía en el acretismo placentario grave. *Prog Obstet Ginecol*. 1999;42:515-8.
7. Aboulafia Y, Lavie O, Gronavsky-Grisaru S, Shen O, Yoram Z. Conservative surgical management of acute abdomen caused by placenta percreta in the second trimestre. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170:1388-9.
8. Puertas A, Molina R, Salcedo J, Rojas R. Rotura uterina por placenta percreta en la semana 28. *Clin Invest Gin Obst*. 1993;20:267-8.
9. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Dosis and management of placenta percreta: A review. *Obstet Gynecol Survey*. 1998; 53:509-17.
10. O'Brein JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:1632-8.
11. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, Chiu TH, Usu JJ, Hysieh TT. Risk factors for placenta accreta. *Obst Gynecol*. 1999;93: 545-50.