

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.<sup>o</sup> A. 03008 Alicante. España.  
Correo electrónico: emma.vilanova@terra.es

Fecha de recepción: 7/2/2006.  
Aceptado para su publicación: 11/3/2008.

---

### RESUMEN

Se expone el caso de una gestante de 27 semanas de amenorrea, diagnosticada de útero bicornis 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 bicornis, 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 bicornis. 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

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

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

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 uterina<sup>1</sup>. 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 placentación<sup>2</sup>. 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 embarazo<sup>3</sup>. 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, íncreta y percreta<sup>1</sup>.

La incidencia de acretismo placentario es difícil de establecer, si bien globalmente oscila alrededor de 1/7.000 embarazos<sup>1</sup>. La placenta percreta es una entidad poco común, con una incidencia media de 1/30.000 partos<sup>4</sup>.

El útero bicine 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 feto<sup>1</sup>.

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

## CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años, hipotiroida en tratamiento con Levothroid®, diagnosticada de útero bicine 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 legraron las 2 cavidades. El primero de los legrados precisó un segundo raspado días después por persistencia de restos deciduocoriales. 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.

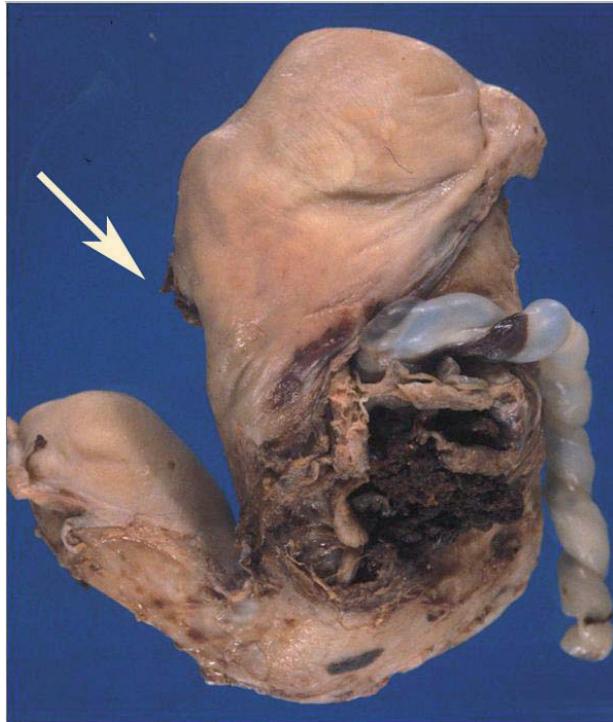
Durante la laparotomía se aprecia hemoperitoneo de 2 l y útero izquierdo gestante. Se procede a hysterotomía segmentaria transversa; se extrajo un feto mujer vivo, con una puntuación en la prueba de Apgar de 2/4/4 y un peso de 1.030 g. El alumbramiento resultó imposible por acretismo placentario complicado 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 hysterectomía total de ambos úteros conjuntamente. Durante la intervención y el postoperatorio inmediato se transfundió un total de 6 concentrados de hematíes.

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

El diagnóstico anatopatológico de la pieza de hysterectomía fue (figs. 1 y 2): útero bicine con cérvix único; útero gestante con perforación en fondo y cara posterior por placenta percreta e incisión de hysterotomía, y útero pequeño con deciduación del endometrio.

## DISCUSIÓN

La placenta accreta y el útero bicine 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 bicine como el septo se asocian a un mayor índice de pérdidas gestacionales precoces



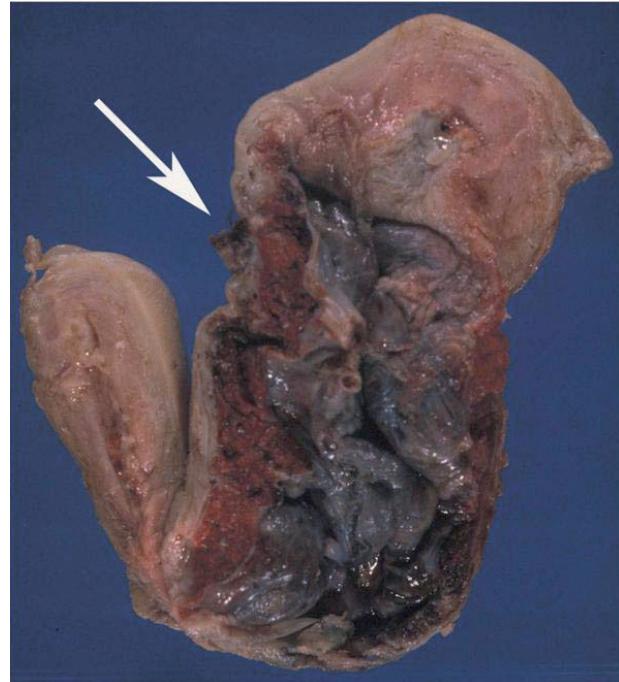
**Figura 1.** Pieza de hysterectomía. Se observan ambos hemiúteros; en el mayor de ellos (izquierdo) la placenta se encuentra percreta en su interior. La flecha señala el orificio de la perforación uterina.

y acrétismo placentario, dado que el endometrio es casamente transformado hace que predominen los defectos de anidación e implantación<sup>3</sup>.

Además de las malformaciones uterinas, otros factores de riesgo están implicados en la etiopatogenia del acrétismo placentario<sup>1,2,5-8</sup> (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 al<sup>9</sup> describieron una serie de criterios ecográficos para el diagnóstico de acrétismo placentario (tabla 2).

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



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

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 placentario<sup>1</sup>. 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 alfafetoproteína 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 acrétismo placentario asociados a una alfafetoproteína elevada en sangre materna debería alertar el ecografista y al clínico sobre la aparición de esta afección<sup>1,2,3,6</sup>.

<b>Tabla 1.</b>	<b>Factores de riesgo para acretismo placentario</b>
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 añaosa (< 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 fibrinoide<sup>1</sup>.

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%<sup>6</sup>. Las complicaciones de este tipo de cirugía abarcan

<b>Tabla 2.</b>	<b>Criterios ecográficos de Hudon para el diagnóstico de acretismo placentario</b>
Adelgazamiento (< 1 mm) de la zona miometrial hipoeocoica normal en el segmento inferior anterior	
Presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario («imagen de queso suizo»)	
Adelgazamiento, irregularidad o disruptión focal de la interfase hipereocoica 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<sup>7,10</sup> 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 irresecable.

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 feto<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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 percreción placentaria. *Prog Obst Ginecol.* 2003;46:221-6.
2. Grases PJ, Mallafré J, Grases P, Bernard A, Tresserra. Acretismo placentario. *Prog Obstet Ginecol.* 1998;41:173-7.
3. Heredia AJ, Lois MM, Medrano P, Estévez M, Sánchez P, Domínguez JR, et al. Rotura espontánea de útero asociada a acretismo placentario y útero bicomisunicollis. *Prog Obst Ginecol.* 2001;44:497-500.
4. Gila Raga F, Barrero H, Pastor F, Gil García F. Placenta percreta sobre cicatriz de cesárea con invasión vesical. *Prog Obstet Ginecol.* 2001;44:180-6.
5. 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.

496

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 trimester. *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'Brien 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, Hsieh TT. Risk factors for placenta accreta. *Obst Gynecol.* 1999;93: 545-50.