

Casos Clínicos

Placenta percreta, experiencia en 20 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Daniel Abehsera D.*¹, *Cristina González B.*¹, *Sara López M.*¹, *Marta Sancha N.*¹, *Fernando Magdaleno D.*¹

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

RESUMEN

La placenta percreta es una rara enfermedad placentaria, con una incidencia muy baja y un muy difícil diagnóstico prenatal. Se presentan tres casos clínicos de placenta percreta recogidos en nuestro centro en los últimos 20 años. Se realiza una exposición detallada de cada uno de ellos, atendiendo fundamentalmente a la secuencia de acontecimientos quirúrgicos que tienen lugar tras el diagnóstico de esta grave entidad. La dificultad en el diagnóstico prenatal, así como la imperiosidad de las medidas terapéuticas, convierten a la placenta percreta en una enfermedad con una elevada morbilidad y mortalidad materna. El tratamiento quirúrgico así como la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto son las armas fundamentales para controlar esta gravísima complicación obstétrica.

PALABRAS CLAVE: *Placenta, placenta previa, placenta percreta, hemorragia posparto*

SUMMARY

The placenta percreta is a rare placental disease with a very low incidence and prenatal diagnosis difficult. We present three cases of placenta percreta observed in our hospital over the past 20 years. We present a detailed discussion of each of them, fundamentally to the sequence of surgical events that occur after the diagnosis of this serious entity. The difficulty of prenatal diagnosis, as well as the urgent therapeutic measures, make the placenta percreta in a disease with high morbidity and mortality. The surgical treatment and the prevention of postpartum hemorrhage are essential weapons to control this serious obstetric complication.

KEY WORDS: *Placenta, placenta previa, placenta percreta, postpartum hemorrhage*

INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario se define como la inserción anormal de las vellosidades coriales directamente en el miometrio, en ausencia de decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch. Como consecuencia del incremento de la tasa de cesáreas,

la incidencia de la placenta acreta ha aumentado en los últimos años. En las últimas revisiones se cifra en 1/2500 partos, frente a 1/7000 partos en los años 70. Se describen tres grados de acretismo: placenta acreta: las vellosidades se insertan directamente en el miometrio por un defecto en el desarrollo de la decidua; placenta increta: las vellosidades penetran

hasta el interior del miometrio; placenta percreta: las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal o incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos (1).

La placenta percreta supone el 5% de los casos de acretismo placentario y concentra la mayor morbimortalidad materna y perinatal (2). Se relaciona con una mortalidad materna del 10%, así como con una significativa morbilidad, principalmente por la hemorragia y las consecuencias de esta. Por otra parte, la placenta percreta con invasión vesical reporta una tasa de mortalidad materna del orden del 20% y una tasa de mortalidad perinatal del 30% (3). Se presentan tres casos de placenta percreta diagnosticados en el Hospital Universitario La Paz en los últimos 20 años, de entre un total de 168.625 partos atendidos. En ninguno de los tres casos fue posible un diagnóstico anteparto, produciéndose el fallecimiento de una de las pacientes a consecuencia de esta grave complicación obstétrica.

Casos Clínicos

Caso 1 (1991): Primigesta de 34 años con control ambulatorio del embarazo, ingresó por primera vez en nuestro hospital en semana 24 de gestación, por dolor y distensión abdominal con sintomatología urinaria. Tenía el antecedente de dos miomecтомías, con apertura de cavidad, aproximadamente 2 años atrás. La exploración al ingreso mostraba un buen estado general, presión arterial de 100/70 mmHg, hipertermia de 38°C y abdomen distendido con dolor intenso en hipogastrio y flanco derecho, irradiado a región anal y que se acentuaba a la palpación, con timpanismo difuso, Blumberg negativo y peristaltismo positivo. Igualmente presentaba dolor en fosa renal derecha con poliaquiuria y tenesmo vesical. La exploración obstétrica era normal.

Aunque no refería contracciones, el registro cardiotocográfico externo no estresante demostraba una dinámica de 4-5 contracciones cada 10 minutos, por lo que se realizó tocolisis con ritodrine. La analítica de urgencia era normal, excepto una discreta anemia normocítica, normocrómica y una moderada leucocitosis con neutrofilia. El estudio ecográfico fue considerado como normal. Tanto la dinámica como su cuadro doloroso cedieron, siendo dada de alta a los cuatro días. En las semanas siguientes la gestación continuó sin incidencias y fue ingresada en la semana 36 para programar cesárea.

La ecografía realizada en la semana 37 revelaba un feto en situación transversa con diámetro biparietal de 95 mm, diámetro abdominal transverso de 106 mm, y longitud femoral de 71 mm. La cantidad de líquido amniótico era normal y con res-

pecto a la inserción placentaria no se consignaba anomalía alguna. Por otra parte se apreciaba un mioma submucoso de 80 mm de diámetro, situado en segmento uterino.

Con una amenorrea de 37 semanas se practicó cesárea programada, extrayéndose recién nacida de 3.200 gramos, Apgar de 7/9, pH de cordón 7,12/7,23 y que precisó reanimación tipo II, evolucionando favorablemente.

En el acto quirúrgico se comprobó la existencia de un útero miomatoso y una placenta percreta (Figura 1) que perforaba la cara posterior uterina en varios puntos y que se extendía y adhería al epiplón, colon transverso y sigma; se realizó liberación de adherencias e histerectomía subtotal con anexectomía izquierda. Durante la intervención se produjo una importante hemorragia que obligó a la transfusión de 2.000 cc de sangre total. El postoperatorio fue normal y la paciente fue dada de alta a los 10 días de la intervención. El informe anatómopatológico de la pieza quirúrgica informaba de fibroleiomioma uterino y placenta percreta.



Figura 1. Placenta percreta que rompe la integridad de la pared uterina.

Caso 2 (2001): Paciente de 31 años, cuartigesta (1 aborto y 2 cesáreas, la primera de ellas por no progresión del parto y la segunda por presentación podálica y cesárea anterior). Sin antecedentes familiares de importancia. Asmática. El embarazo fue controlado ambulatoriamente. Analítica normal. Se realizaron 5 ecografías acordes con amenorrea. En la semana 15 se realizó amniocentesis diagnóstica con resultado normal, diagnosticándose en ese momento una placenta previa oclusiva total. En las siguientes ecografías persiste el diagnóstico. A las 29 semanas acude de urgencia por dinámica uterina que requiere hospitalización y tratamiento tocolítico con ritodrine. A las 35 semanas de amenorrea acude

nuevamente de urgencia por dinámica uterina, por lo que se decide cesárea por placenta previa oclusiva total y cesárea iterativa.

Durante el ingreso la paciente manifiesta dolor abdominal que coincide con la expulsión de sangre roja por vagina, por lo que se pasa inmediatamente a quirófano donde se realiza bajo anestesia epidural, laparotomía media infraumbilical sobre cicatrices anteriores. La cesárea se realiza mediante histerotomía segmentaria transversa, extrayendo recién nacida de 2.300 gramos, Apgar de 9/10.

Durante la extracción fetal se objetiva sangrado importante, con extracción placentaria muy dificultosa, siendo prácticamente imposible su despegamiento en la cara anterior, con la existencia de tejido placentario invadiendo miometrio, y que se extiende a plica vésico-uterina, cara posterior de vejiga y cara anterior de vagina, pasando a anestesia general y precisando múltiples transfusiones. La hemorragia profusa no cede, por lo que se realiza histerectomía total simple. Pese a esto continua el sangrado a nivel de cara posterior de vejiga y anterior de vagina, por lo que se procede a ligadura de arterias hipogástricas y extirpación de todos los implantes de tejido placentario visibles. Tras el cese de la hemorragia se procede al cierre de la laparotomía.

La paciente pasa a cuidados intensivos donde, tras mejoría de su analítica y buena mecánica respiratoria, se procede a la extubación. Pasadas 5 horas, presenta cuadro de hipotensión súbita, taquicardia y taquipnea con disminución del nivel de conciencia. Se realiza nueva laparotomía, en lo que se objetiva importante hemoperitoneo por hemorragia masiva. A pesar de maniobras de resucitación y compresión de zonas sangrantes, la paciente entra en paro cardiaco y fallece. En el informe anatómopatológico se constata el diagnóstico de placenta percreta.

Caso 3 (2010): Primigesta de 38 años, gestación única conseguida mediante fecundación in vitro con ovodonación por fallo ovárico precoz. Como antecedentes personales destaca: portadora del gen MTHFR e intervenida de fibroadenoma de mama. Sin antecedentes familiares de interés. Gestación controlada ambulatoriamente sin complicaciones. La ganancia ponderal durante el embarazo fue de 2 kg. Se realizó ocho ecografías con biometrías acordes a amenorrea y sin hallazgo patológico. La última en la semana 36, revela feto en presentación cefálica, biometría normal, placenta previa oclusiva total y líquido amniótico en cantidad normal. La paciente no realizó ninguna visita a urgencias durante el embarazo. Se programa cesárea en semana 38+2 de amenorrea por pla-

centa previa oclusiva total y presentación podálica. Se realiza cesárea con incisión tipo Pfannenstiel siguiendo la técnica de Misgav-Ladach modificada con histerotomía segmentaria transversa. Durante la cirugía se objetiva invasión de la placenta hasta la serosa y neovascularización importante en vejiga (Figura 2). Se extrae recién nacida de 3.010 gramos, Apgar 8/9 y pH de arteria umbilical 7,26. Precisó reanimación tipo I y se trasladó a la unidad de cuidados intermedios para observación. Tras la extracción fetal y el alumbramiento se produce hemorragia que precisa histerectomía subtotal. Dado que no se consigue controlar el sangrado, se decide packing y traslado a la unidad de radiología intervencionista donde se realiza embolización arterial de la arteria iliaca interna izquierda. Tras la embolización se realizó nueva laparotomía para retirar el packing y se objetiva sangrado del muñón cervical y en zona anexial izquierda, realizándose hemostasia del muñón y anexectomía izquierda. La paciente requirió 20 concentrados de hemáties, 11 pool de plasma fresco congelado, 6 pool de plaquetas, 15 g de fibrinógeno, así como la administración de múltiples factores de la coagulación. Tras la cirugía la paciente pasó a reanimación y posteriormente, tras 10 días de hospitalización fue dada de alta. La anatomía patológica reveló placenta percreta con invasión miometrial, peritoneal y vesical.

DISCUSIÓN

Como factores de riesgo de acretismo placentario encontramos los siguientes (4): placenta previa, cesárea anterior o cirugías uterinas, legrados uterinos previos, abortos previos, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, aumento de α -feto



Figura 2. Imagen durante la cesárea. Placenta percreta en cara anterior uterina.

proteína y β -HCG, antecedentes de endometritis, ablación endometrial y radiación uterina.

El diagnóstico anteparto es difícil, estimándose la sensibilidad y especificidad global para el diagnóstico de acretismo placentario en el 77-93% y 71-96% respectivamente. El uso de doppler transvaginal ha demostrado ser particularmente útil en casos de sospecha de enfermedad del segmento uterino inferior. En base a estos resultados y la amplia disponibilidad de la técnica, esta modalidad de prueba de imagen es la que se recomienda para los casos en los que se sospecha acretismo placentario (5).

Los criterios ecográficos en los que debe basarse el diagnóstico de acretismo placentario son los siguientes (6): A) desaparición de la interfase con la decidua, con ausencia o adelgazamiento importante de la zona o banda hipocogénica correspondiente al miometrio, entre la placenta y la superficie uterina externa; B) irregularidad de la superficie externa del útero, correspondiente a la serosa, que se vuelve ondulada y/o más ecogénica, en continuidad con el tejido placentario; C) irregularidad de la interfase entre el útero y la vejiga, con tejido placentario más o menos heterogéneo que hace impronta sobre la pared vesical; la repleción urinaria materna puede ayudar a su visualización. No debe confundirse con la presencia de varicosidades maternas en la cara posterior vesical, de las que se diferencia por ausencia de tejido placentario; D) el doppler pulsado en color puede contribuir a la detección de vasos placentarios; E) otros signos consisten en la presencia de vasodilatación y aumento de la vascularización en el lugar de implantación y junto a la placenta o incluso un gran lago venoso retroplacentario, que autoriza un diagnóstico diferencial con hematoma retrocorial.

El uso de la resonancia magnética nuclear (RMN) en el diagnóstico anteparto del acretismo placentario es relativamente incipiente. La RMN es más útil en aquellos casos de placenta de localización posterior y cuando el diagnóstico ecográfico no es concluyente. Algunos autores han sugerido el uso de material de contraste intravenoso dado la alta morbilidad y mortalidad de este cuadro, basándose en que aumenta la especificidad para el diagnóstico. La sensibilidad y especificidad global de la resonancia magnética se estiman para el diagnóstico de acretismo placentario en el 80-88% y 65-100% respectivamente (5). No obstante, varios estudios no encuentran diferencias significativas en la precisión global entre la RMN y la ecografía (7,8).

En caso de diagnóstico anteparto de acretismo placentario extenso, la vía del parto recomendada es la cesárea-histerectomía, la cual debe realizarse en un centro terciario, con un equipo quirúrgico

experto, dado que puede ser necesaria la colaboración de hematólogos, urólogos y cirujanos digestivos. Es necesario tener disponibilidad de hemoderivados compatibles y factores de coagulación, y la colaboración de urólogos ante la afectación de la pared vesical posterior y cirujanos por si hay infiltración a nivel intestinal. En los casos de placenta percreta, el tratamiento conservador sólo se debe utilizar en situaciones muy seleccionadas, siempre que la pérdida hemática durante la tercera fase del parto sea mínima, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, y desee preservar la fertilidad (9). Existen varias opciones de tratamiento en caso de acretismo placentario (10): a) cesárea más histerectomía; B) cesárea con tratamiento conservador de la placenta (dejando la placenta in situ). Las intervenciones posteriores incluyen embolización de la arteria uterina (EAU), seguido de manejo expectante, y de tratamiento médico adyuvante con metrotrexato, análogos de la GnRH y prostaglandinas; C) cesárea con extracción de la placenta y tratamiento quirúrgico conservador. En este supuesto, se pretende la preservación del útero y extracción de la placenta, tras lo cual, las técnicas que podemos llevar a cabo son las siguientes: taponamiento mediante balón hemostático, sutura de B-Lynch, embolización o ligadura de las arterias uterinas, y / o la ligadura de las divisiones anteriores de las arterias ilíacas internas, y escisión parcial de la pared uterina invadida (10,11).

En los últimos 20 años se han producido en el hospital Universitario La Paz tres casos de placenta percreta con confirmación histopatológica de un total de 168.625 partos, lo cual supone una incidencia de 1 por cada 56.000 partos, lo cual está en consonancia con los datos que aporta la literatura (1/50.000) (1,2,3). En ninguno de los casos se realizó diagnóstico prenatal a pesar de la sospecha del cuadro. Todas las pacientes presentaban factores de riesgo de acretismo placentario: cirugía uterina (miomectomía, cesárea) y anomalías de la inserción placentaria (placenta previa oclusiva total).

En los tres casos fue necesario tratamiento quirúrgico (histerectomía) sin poder realizarse tratamiento conservador. En dos de ellos se precisó ligadura de arterias hipogástricas. En el primer caso de forma quirúrgica y en el segundo por técnicas endovasculares. Respecto a la mortalidad materna nos encontramos con un 33%, mientras que la neonatal fue del 0%.

La baja incidencia de esta grave complicación convierte a la placenta percreta en un auténtico reto quirúrgico dentro del campo de la obstetricia. Parece razonable por tanto, llevar a cabo una exhaustiva planificación de la cirugía antes de llevarla

a cabo, con el objetivo de poder solventar a tiempo las graves complicaciones derivadas de una placenta percreta. La dificultad en el diagnóstico por imagen obliga a pensar siempre en esta entidad, cuando encontremos a una gestante con factores de riesgo de acretismo placentario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos S.E.G.O. Placenta previa y acretismo placentario. 2004. Hallado en: <http://www.sego.es>
2. Vera E, Lattus J, Bermúdez H, Espinoza L, Ibáñez C, Herrera A, Almuna R. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70(6) 404-10.
3. Pino P. Manejo de la placenta percreta e invasión vesical: caso clínico. *Fronteras en Obstetricia y Ginecología* 2003;3(1):77.
4. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, Chiu TH, Hsu JJ, Hsieh TT. Risk factors for placenta accreta. *Obstet Gynecol* 1999;93(4):545-50.
5. Elsayes KM, Trout AT, Friedkin AM, Liu PS, Bude RO, Platt JF, Menias CO. Imaging of the placenta: a multimodality pictorial review. *Radiographics* 2009;29(5):1371-91.
6. Kurjak A, Carrera JM. *Ecografía en medicina materno-fetal*. 1ª ed. Editorial Masson; 2000. pp 678-80.
7. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, Resnik R. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 1):573-81.
8. Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, Rao A, Carroll I, Barth R, Chitkara U. Prenatal diagnosis of placenta accreta: sonography or magnetic resonance imaging? *J Ultrasound Med* 2008;27(9):1275-81.
9. Timmermans S, van Hof AC, Duvekot JJ. Conservative management of abnormally invasive placentation. *Obstet Gynecol Surv* 2007;62(8):529-39.
10. Ophir E, Singer-Jordan J, Odeh M, Hirsch Y, Maksimovsky O, Shaider O, Yvry S, Solt I, Bornstein J. Abnormal placental invasion--a novel approach to treatment case report and review. *Obstet Gynecol Surv* 2009;64(12):811-22.
11. Rudra A, Chatterjee S, Sengupta S, Wankhede R, Nandi B, Maitra G, Mitra J. Management of obstetric hemorrhage. *Middle East J Anesthesiol* 2010;20(4):499-507.