

Casos Clínicos

Hemoperitoneo masivo como presentación de un caso de percretismo placentario

Massive hemoperitoneum as a rare presentation of placental percretism

Pilar Díaz^{1,2}, Mirta Bustamante¹, Roberto Altamirano¹, Manuel Schepeler¹, Javier Caradeux¹.

¹ Obstetricia y Ginecología, Clínica Dávila, Santiago de Chile.

² Obstetricia y Ginecología, Universidad de los Andes.

Correspondencia: Javier Caradeux B.

Mail: javiercaradeux@gmail.com

RESUMEN

El acretismo placentario se define como la invasión anómala de la placenta al miometrio, denominado percretismo en su forma más severa. En la actualidad se describe la coexistencia de placenta previa con cicatriz de cesárea, como el principal factor de riesgo. Siendo esta última variable la que explica su incidencia al alza en los últimos años. El pronóstico depende mayoritariamente del grado de adherencia, del diagnóstico prenatal y del adecuado manejo multidisciplinario. Con el objetivo de mostrar una presentación poco frecuente de percretismo placentario se presenta a continuación un caso clínico sin diagnóstico prenatal con requerimiento de cirugía de urgencia y su respectivo outcome.

ABSTRACT

Placental acretism is defined as an abnormal invasion of the placenta to the myometrium, its most severe presentation being placenta percreta. The main risk factor for this disease is the coexistence of placenta previa and previous cesarean section. Its incidence has been progressively rising, mainly because of the increase in cesarean sections. Extent of adherence, prenatal vs intra surgery diagnosis, and multidisciplinary management are accountable for the prognosis of placental acretism. A case report with no prenatal diagnosis, which required emergency surgery, and its outcome is presented.

PALABRAS CLAVE (DeCS): percretismo placentario” “rotura uterina” “hemoperitoneo.

Caso

Paciente de 35 años, con antecedentes de asma, múltipara de 1 cesárea, cursando embarazo de 34+5 semanas sin complicaciones descritas. Acude al servicio de urgencia adulto por un cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, diarrea y vómitos que inician luego de transgresión alimentaria. A la evaluación inicial hemodinámicamente estable y afebril, al examen físico destaca abdomen blando, sensible en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Se inicia manejo sintomático del cuadro, a las 2 horas paciente evoluciona con omalgia y taquicardia por lo que se decide ampliar estudio con exámenes de laboratorio e imagenología. La ecografía abdominal informa líquido libre perihepático y periesplénico sin lograr descartar patología gastrointestinal subyacente. Se solicita resonancia magnética de abdomen y pelvis (Figura 1.), la que confirma líquido libre intraperitoneal, sin patología gastrointestinal de base. Ante persistencia de los síntomas, sin foco claro, se decide ingreso para monitorización y se solicita evaluación por residencia de obstetricia y ginecología. En la evaluación destaca polipnea, ortopnea y tendencia a la hipotensión. Ecografía obstétrica con feto en podálica, Doppler fetal normal, placenta previa oclusiva con múltiples lagunas placentarias y pérdida de la interfase corio-decidual, múltiples vasos aberrantes y abundante líquido libre intraabdominal con imágenes sugerentes de coágulos libres. Con alta sospecha de hemoperitoneo en contexto rotura uterina secundaria a percrecimiento placentario se conforma, de urgencia, un equipo multidisciplinario (medicina materno-fetal, gineco-oncólogo, urólogo, radiología internacional y anestesista) y se indica cesárea de urgencia. Se decide abordaje quirúrgico mediante laparotomía media supra infra umbilical. Al abrir el peritoneo y tras el aseo de hemoperitoneo de aproximadamente 4 litros se identifica a nivel del segmento uterino un cotiledón expuesto, que traspasa peritoneo visceral, con sangrado activo (Figura 2). Se realiza histerotomía fúndica y extracción fetal por polo cefálico, en buenas condiciones, sin realizar alumbramiento. Tras histerorrafia en punto corrido se procede a realizar histerectomía obstétrica, previa ligadura de ambas arterias uterinas, ligamento útero-ovárico y ambas arterias ilíacas internas. A nivel de espacio vesico-vaginal destacan múltiples vasos de neoformación con sangrado activo, se realiza

hemostasia logrando mantener indemnidad vesical. Durante la cirugía la paciente presentó un shock hipovolemico de alta complejidad, requiriendo en total 8 unidades de glóbulos rojos, 6 unidades de plasma fresco congelado, 6 unidades de crioprecipitado, 1 unidad de plaquetas, Octaplex® (factores II, VII, IX, X) y ácido tranexámico. Egresada de pabellón en ventilación mecánica, con requerimiento de drogas vasoactivas y con sonda de tres lúmenes intravesical con irrigación continua. Extubada a las 24 horas, sin drogas vasoactivas, requiere 2 unidades más de glóbulos rojos y una dosis de Venofer®. Al sexto día, con evolución favorable, se retira sonda vesical y es dada de alta al noveno día post cirugía. Recién nacido en unidad de neonatología por complicaciones asociadas a prematurez.

Comentarios

El acretismo placentario se define como la invasión anómala de la placenta al miometrio. Su presentación varía según el grado de invasión placentaria al miometrio y presenta un espectro que va desde el acretismo, en el que hay una adherencia anormal sin invasión del miometrio, incretismo que incluye invasión del miometrio, y percrecimiento en el cual tanto el miometrio como la serosa están comprometidos.

La probabilidad de presentar un acretismo placentario depende de varios factores siendo los principales: el antecedente de acretismo, la presencia de cicatrices de cesárea o cicatrices uterinas y la coexistencia de placenta previa. La coexistencia de placenta previa con cicatrices de cesárea es el factor que más aumenta el riesgo, pasando de un 0,03% en pacientes con 1 cicatriz sin placenta previa a un 3,3% en pacientes con 1 cicatriz y placenta previa. El riesgo se eleva a cerca del 70% en pacientes con 5 cicatrices de cesárea y placenta previa ⁽¹⁾. Es así como una correcta anamnesis y valoración de los factores de riesgo constituye la principal herramienta de sospecha, la cual guiará el uso de exámenes complementarios.

Clásicamente el diagnóstico definitivo se ha realizado mediante el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. No obstante, en la actualidad la ecografía constituye la principal herramienta de aproximación diagnóstica, con sensibilidades reportadas entre 73-97% y especificidades que rondan el 95% ⁽²⁾. En los últimos años también se ha sumado la resonancia

magnética (RM) como parte del estudio imagenológico, con resultados similares a los reportados mediante ecografías realizadas por personal experimentado, por lo que en la actualidad el uso rutinario de resonancia magnética en pacientes con alta sospecha de acretismo placentario ecográfico no está recomendado. No obstante, puede presentar un rol complementario en casos en que exista duda diagnóstica o que exista la necesidad de precisar la relación con órganos adyacentes, sobre todo posteriores al útero^{(1) (3)(4)}.

A la fecha se han descrito una serie de hallazgos ecográficos que permiten respaldar de forma razonable la sospecha de un acretismo placentario (Tabla 1) dentro de los que destacan i) pérdida de la línea hiperecogénica retroplacentaria, ii) la presencia de lagunas placentarias, iii) espesor menor a 1 mm de miometrio retroplacentario, iv) invasión de vejiga o serosa por vasculatura anómala al Doppler color. En principio, la sospecha inicial se puede tener al buscar dirigidamente estos signos en ecografías de pacientes con factores de riesgo.

Por su parte en resonancia magnética, un estudio de 40 pacientes con sospecha ecográfica, confirmada por RM, de presentar acretismo placentario solo 18 tuvieron acretismo placentario confirmado al nacimiento, de estos 61% presentó vascularización aumentada al Doppler, 89% bandas oscuras en T2, 61% miometrio fino⁽⁵⁾. El estudio con resonancia magnética puede contribuir especialmente en casos de acretismo con placenta previa que va hacia la pared posterior del útero.

Si bien el percretismo placentario se describe como la presentación menos frecuente dentro del espectro de acretismo, constituye la entidad con mayor tasa de diagnóstico prenatal⁽⁵⁾ y mayores complicaciones al momento de la cirugía. Se han descrito casos en que la presentación y sospecha del percretismo es en base a clínica de rotura uterina, sin embargo no existen cálculos porcentuales de cuantos percretismos tienen rotura uterina asociada⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

La importancia de la sospecha clínica y de un correcto diagnóstico prenatal radica en que éste mejora significativamente la morbimortalidad materna y fetal, especialmente en cuanto a pérdidas hemáticas durante la cirugía. Un meta-análisis mostró una

diferencia de 800 ml entre el grupo que tenía diagnóstico preoperatorio y el grupo que se diagnosticó en la cirugía y por ende menor necesidad de transfusión de hemoderivados. Esta reducción puede estar dada por el hecho de que el diagnóstico prenatal permite una mejor preparación para la cirugía con equipo capacitado para ello y posiblemente con el uso de radiología intervencional. Este estudio también muestra que existe mayor probabilidad de lesión vesical en pacientes con diagnóstico prenatal, posiblemente dado que son presentaciones más severas de acretismo⁽⁹⁾.

Por otro lado, la posibilidad de atención por un equipo multidisciplinario que incluya la consulta con médico materno-fetal, cirujano experimentado, radiología intervencional, resonancia magnética, y cirugía de forma oportuna y planificada ha demostrado reducir la morbilidad materna de un 33 a un 6%⁽¹⁰⁾. Los mismos resultados se observaron en un estudio de Stanleigh et al, que muestra diferencias estadísticamente significativas en cuanto a pérdidas hemáticas, necesidad de transfusión y re-operaciones en favor del manejo por un equipo multidisciplinario⁽¹¹⁾.

Conclusión

El acretismo placentario constituye una entidad en aumento puesto que su principal factor de riesgo, la cicatriz de cesárea, ha aumentado con los años. En estos casos la sospecha clínica, un correcto diagnóstico prenatal, sugiriendo la búsqueda dirigida de signos de acretismo en pacientes con antecedente de cesárea en las ecografías durante el embarazo, y el manejo multidisciplinario adecuado influyen directamente en reducir la morbilidad materna y complicaciones operatorias. Este caso evidencia que el manejo por un equipo multidisciplinario logra salvar la vida de una paciente con una patología grave en el caso de una presentación poco frecuente de percretismo placentario sin diagnóstico previo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2010;203(5):430–9.
2. D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis.

- Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. noviembre de 2013;42(5):509–17.
3. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. Obstet Gynecol. julio de 2012;120(1):207–11.
 4. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management - Jauniaux - 2019 - BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology - Wiley Online Library [Internet]. [citado 4 de abril de 2019]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15306>
 5. Balcacer P, Pahade J, Spektor M, Staib L, Copel JA, McCarthy S. Magnetic Resonance Imaging and Sonography in the Diagnosis of Placental Invasion. J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med. julio de 2016;35(7):1445–56.
 6. Enebe JT, Ofor IJ, Okafor II. Placenta percreta causing spontaneous uterine rupture and intrauterine fetal death in an unscarred uterus: A case report. Int J Surg Case Rep. 1 de noviembre de 2019;65:65–8.
 7. “Placenta Percreta” by Shamim Khandaker [Internet]. [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en: <https://ir.uiowa.edu/pog/vol4/iss1/3/>
 8. Dahiya P, Nayar KD, Gulati AJS, Dahiya K. Placenta Accreta Causing Uterine Rupture in Second Trimester of Pregnancy after in vitro Fertilization: A Case Report. J Reprod Infertil. 2012;13(1):61–3.
 9. Buca D, Liberati M, Cali G, Forlani F, Caisutti C, Flacco ME, et al. Influence of prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta on maternal outcome: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. septiembre de 2018;52(3):304–9.
 10. Walker MG, Allen L, Windrim RC, Kachura J, Pollard L, Pantazi S, et al. Multidisciplinary management of invasive placenta previa. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. mayo de 2013;35(5):417–25.
 11. Stanleigh J, Armon S, Hatib F, Zuckerman B, Shaya M, Ioscovitch A, et al. 188: Morbidly Adherent Placenta (MAP) active multidisciplinary management protocol: Outcome improvement in maternal outcomes and safe for the neonate. Am J Obstet Gynecol. 1 de enero de 2018;218(1):S126.
-

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Marcadores ecográficos de acretismo placentario

Marcador	Sensibilidad	Especificidad	n
Lagunas placentarias	77.4	95.02	2725
Perdida de espacio hipoecogénico	66.2	95.8	2633
Alteraciones en interfaz vesico-uterina	49.7	99.8	2579
Alteraciones al Doppler	90.8	87.7	714

Adaptada de D'Antonio 2013

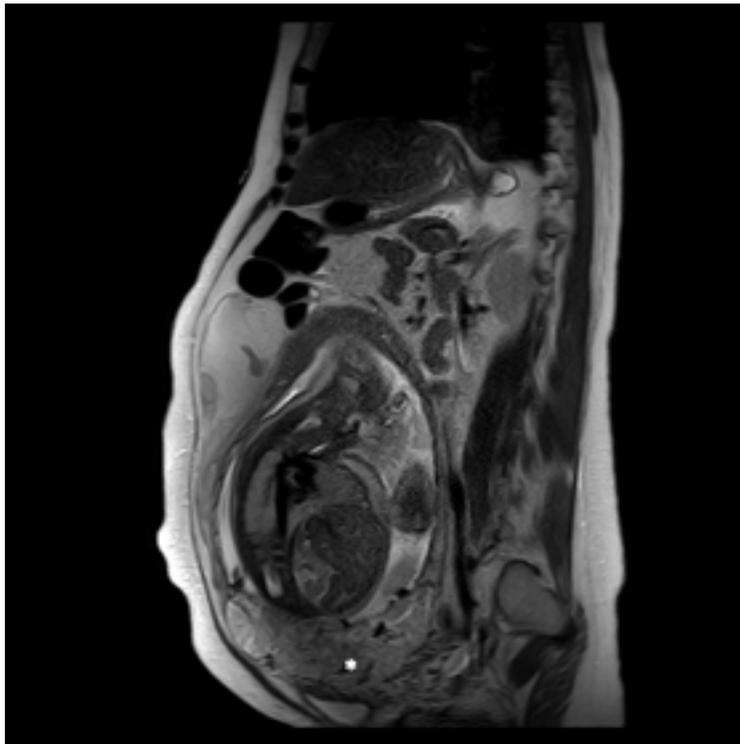
**Figura. 1** Percretismo placentario en plano Sagital de Resonancia Magnética (T2), (*) muestra placenta previa oclusiva invadiendo serosa vesical.



Figura 2. Imagen intraoperatoria. Flecha apunta cotiledón sangrante y punto de rotura uterina