

Placenta percreta

Drs. Carlos Briceño Pérez, Fredy Alaña, Liliana Briceño Sanabria, Juan Briceño Sanabria, Carlos Briceño Sanabria

Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Zulia y Clínica Amado. Maracaibo. Estado Zulia

RESUMEN: La placenta adherida al miometrio es muy rara. Varía entre 1:500 y 1:93 000 partos. La placenta percreta es el tipo menos común. Es importante porque las complicaciones pueden ser mortales. La ruptura uterina anterior es más frecuente que la posterior. En la literatura inglesa, entre 1899 y 1999, sólo se reportaron menos de 50 casos con hemoperitoneo. En Venezuela se han descrito 6 placentas percretas. En esta nota clínica se reporta un caso de placenta percreta con rotura uterina posterior, hemoperitoneo e invasión a epiplón.

Palabras clave: Placenta. Percreta. Rotura uterina. Hemoperitoneo. Invasión a epiplón.

SUMMARY: Placenta accreta is very uncommon. It varies between 1:500 and 1:93 000 deliveries. Placenta percreta is the less common type. It is important because complications may be fatals. Anterior uterine rupture is more frequent than posterior. In English literature, between 1899 and 1999, only less than 50 cases of hemoperitoneum were reported. In Venezuela, 6 percreta placentas had been described. This clinical note is a case report of percreta placenta with posterior uterine rupture, hemoperitoneum and epiploon invasion.

Key words: Placenta. Percreta. Uterine rupture. Hemoperitoneum. Epiploon invasion.

INTRODUCCIÓN

La decidua durante el embarazo, se considera como una barrera que previene la invasión del trofoblasto. Este efecto parece ser temporal, pues se sabe que al inicio de la gestación hay un paso temprano a través de ella, de células de citotrofoblasto que llegan al miometrio (1,2). Fox, citado por Ecker, hipotetizó en 1937, que extraordinariamente ocurre ausencia parcial o total de la decidua basal, perdiéndose el efecto de barrera (3). Este cuadro clínico se conoce como placenta accreta (PA), la cual cursa con incremento en la morbilidad y mortalidad materno-fetal (1,4-6). La mortalidad materna reportada está entre 7 y 11,4 % (7,8). La rotura uterina (RU) por perforación de la pared uterina anterior con invasión a vejiga, ocurre

con más frecuencia que la posterior (4,9-16). El hemoperitoneo (HP) es más raro aún: en la literatura inglesa, en los 100 años anteriores a 1999, solamente se habían reportado menos de 50 casos (5,7). En los sistemas de búsqueda de publicaciones inglesas (Mdconsult, Medline, Medscape) y latinoamericanas (Bireme) revisadas, no se encontraron casos con invasión a epiplón (IE). En latinoamérica se recogieron 199 casos de PA (17-37), de los cuales 34 eran placentas percretas (PP): en 9 se consiguió certeza diagnóstica y en 25 no. En Venezuela, hasta 1990 y en la Maternidad "Concepción Palacios", entre 1939 y 1998 (38-40), se reportan 39 casos de PA (41-44), y sólo encontraron 6 PP (8,44).

Por su rareza y el interés clínico de este cuadro, a continuación se describe el manejo obstétrico del caso excepcional, de una paciente con PP, que perforó la pared posterior de útero y se complicó con HP e IE.

Recibido: 18-10-02

Aceptado para publicación: 18-11-02

Caso clínico

Paciente de 37 años de edad, II gesta, I cesárea el 05-11-94. Control prenatal adecuado (7 consultas) y fecha de última menstruación el 02-06-98 cursaba con embarazo de 34 semanas y placenta previa. Consultó el 02-02-99 por dolor abdominal tipo cólico, en hipogastrio, irradiado a región lumbar; el cual inicialmente fue atribuido a distensión de la cicatriz de la cesárea y posteriormente a litiasis renal coexistente. Recibió tratamiento con analgésicos simples y compuestos, y disminuyó pero no desapareció. El 11-02-99 (a las 35 semanas de gestación) presentó sangrado genital abundante complicado con *shock* hipovolémico y sufrimiento fetal agudo, motivos por los cuales, bajo anestesia general, se le practicó cesárea segmentaria, obteniéndose un recién nacido vivo, femenino, de 2 500 g de peso y 48 cm de talla, adecuado a su edad de gestación, en malas condiciones generales, pero que no ameritó ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. A la exploración durante el acto quirúrgico, se evidenciaron los siguientes hallazgos: rotura por perforación en la pared posterior del segmento uterino, HP de aproximadamente 2 000 cm³ y adherencia placentaria a epiplón mayor. Se procedió a realizarle restauración de la volemia con soluciones cristaloides (3 500 cm³) y hemoderivados (1 500 cm³ sangre completa y 50 cm³ albúmina), ameritó histerectomía subtotal, debida a las malas condiciones originadas por el *shock* hipovolémico, y omentectomía parcial. En el posoperatorio inmediato ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde permaneció durante un día. La recuperación materna fue satisfactoria, egresando de la UCI al siguiente día y dada de alta, al tercer día posoperatorio, con anemia moderada tratada de forma ambulatoria. El recién nacido, luego de las maniobras iniciales de resucitación, tuvo una evolución normal, y egresó conjuntamente con su madre al tercer día. El reporte anatomopatológico confirmó el diagnóstico de PP e IE (Figuras 1-3).

DISCUSIÓN

El término placenta accreta se refiere a la placenta adherida estrechamente a la pared uterina, lo cual crea dificultad y mayor riesgo de hemorragia al momento de su separación. Esta adherencia, de acuerdo a su extensión, puede ser focal, parcial o total. Según su ubicación puede ser corporal o segmentaria y según la penetración se clasifica en

placenta accreta vera, increta y percreta. La incidencia oscila entre 1: 500 y 1: 93 000 partos y el orden va descendiendo según su penetración, la más frecuente es la accreta (78 %-80 % de los casos), luego la increta (15 %) y la menor, la percreta (5 %-7 %) (6,8,45,46).



Figura 1. Aspecto macroscópico de la cara posterior del útero. En su parte inferior se aprecia la rotura producida por la placenta percreta, la cual emerge a través del orificio (flecha).

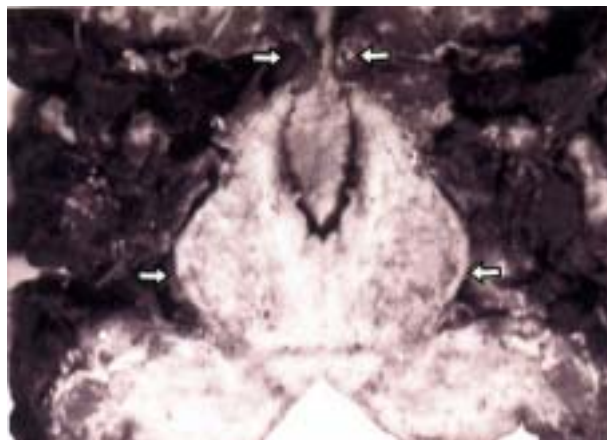


Figura 2. Aspecto macroscópico del útero al corte longitudinal. A nivel del miometrio se aprecia la infiltración placentaria (flechas superiores). En su parte inferior (flechas inferiores), se observa la rotura por donde emerge la placenta percreta en la Figura 1.

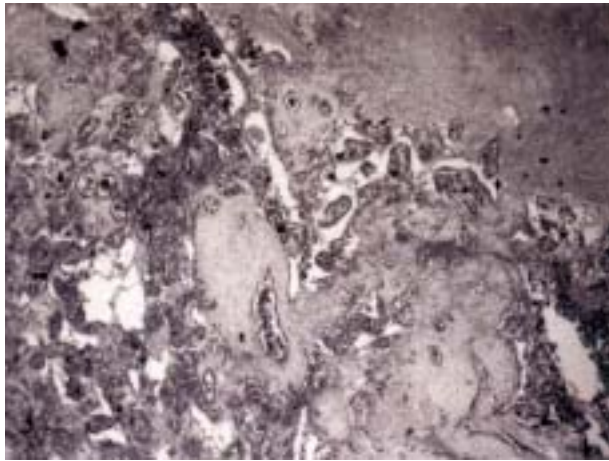


Figura 3. Aspecto microscópico de la pared uterina a 10 X. Se aprecian fibras musculares lisas miometriales histológicamente normales, infiltradas por numerosas vellosidades coriónicas vascularizadas, severamente congestivas y sin atipicidad.

La etiología de la PA todavía es discutida. Se considera que se desarrolla por ausencia parcial o total de la decidua basal y desarrollo imperfecto de la capa fibrinoide o membrana de Nitabuch (1-3,6,46). Entre los factores asociados se mencionan: placenta previa, cesárea anterior o cirugías uterinas previas, legrados uterinos o abortos anteriores, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, incrementos de la α -fetoproteína y la β -hCG, antecedentes de infección uterina, ablación endometrial y radiación uterina (2,6,12,47-49). Entre estos hechos mencionados, la paciente que motiva esta publicación, tenía 37 años, cesárea anterior y placenta previa.

Clínicamente en los casos de placenta previa accreta, el sangrado genital durante el embarazo, puede ser común y se confunde con otras entidades. En estas pacientes, el dolor abdominal generalmente se atribuye a molestias del embarazo y no se piensa en esta patología. En el caso motivo de este reporte, no hubo sangrado durante la gestación, excepto al momento de presentarse el cuadro clínico descrito y el dolor fue atribuido al principio, a distensión de la cicatriz de la cesárea, y posteriormente, por su persistencia, a una litiasis renal que se diagnosticó por ecografía renal.

El diagnóstico de PA durante la gestación es difícil. Debe sospecharse clínicamente cuando existen los factores asociados o los síntomas

anteriormente mencionados. Por ultrasonido bidimensional con escala de grises, se presume esta patología cuando hay ausencia o adelgazamiento del espacio hipoeicoico subplacentario que normalmente corresponde al miometrio, disrupción focal de la serosa uterina y de los tejidos a su alrededor y presencia de lagunas intraplacentarias (6,50,51). En esta paciente a pesar de la existencia de los factores asociados antes mencionados, no se pensó en PA, quizás por lo poco frecuente de este cuadro clínico y el diagnóstico se hizo en forma retrospectiva al momento de la presentación de las complicaciones. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico y precisó el tipo de PA según su extensión, ubicación y penetración (Figuras 1-3).

Entre las complicaciones de la PA, puede ocurrir rotura uterina (Figura 1), generalmente en el segundo o tercer trimestre, aunque también se ha descrito en el primero. En estos casos, la perforación anterior con invasión a la vejiga, es más común que la posterior (4,9-16,45). El HP ocurre sobre todo en los casos de PP, sin embargo, es muy raro, pues entre 1899-1999, hubo menos de 50 casos reportados en la literatura inglesa (5-7,45). En los 6 casos venezolanos de PP hubo 2 RU subperitoneales y 4 extra-peritoneales acompañadas de HP. En nuestra paciente hubo IE, del cual no se encontró en la literatura consultada. La mortalidad materna promedio ha sido descrita entre 7 % y 11,4 % (7,8). En este caso, por las medidas utilizadas, no hubo muerte materna, ni fetal.

La conducta varía de acuerdo a la penetración y extensión de la placenta adherente. Los casos menos invasivos, como las focales y las accretas, pueden tratarse con extracción manual de la placenta y curetaje uterino. Los más severos como las totales y las percretas, comúnmente ameritan transfusiones sanguíneas e histerectomía (4,9,12,13,52) y ocasionalmente entre otras medidas quirúrgicas para el control del sangrado, se puede realizar la ligadura de las arterias uterinas o hipogástrica o embolización arterial controlada por angiografía (4,7,16,53-55). El tratamiento de la paciente, fue oportuno, agresivo y adecuado, basado principalmente en interrupción del embarazo, terapia hidroelectrolítica y transfusional e histerectomía subtotal. Debido a estas medidas, las complicaciones maternas y fetales presentadas se pudieron solventar exitosamente, obteniéndose resultados satisfactorios tanto materno como fetal.

Entre los hechos importantes de resaltar en la presente publicación se encuentran los siguientes:

1. La placenta accreta es una entidad muy rara, 2. se trató del tipo menos común: placenta percreta, 3. la ruptura uterina ocurrió en la región donde se sucede con menos frecuencia: pared uterina posterior, 4. se acompañó de hemoperitoneo, 5. hubo invasión a epiplón y 6. a pesar de las complicaciones presentes, no hubo muerte materna ni fetal.

REFERENCIAS

1. Merviel P, Evain D, Challier J, Salat J, Uzan S. The molecular basis of embryo implantation in humans. *Zentralbl Gynakol* 2001;123:328-339.
2. Acretismo placentario. <http://www.encolombia.com/medicina/ginecología/obstetricia/51400placenta2.htm>
3. Ecker J, Sorem K, Soodak L, Roberts D, Safon L, Osathanondh R. Placenta increta complicating a first trimester abortion. A case report. *J Reprod Med* 1992;37:893-895.
4. Kotwall S, Srinath N, Sood R, Behra R. Placenta percreta invading the bladder causing exsanguinating hemorrhage. *Int J Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10:260-261.
5. De Roux S, Prendergast N, Adsay N. Spontaneous uterine rupture with fatal hemoperitoneum due to placenta accreta percreta: A case report and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol* 1999;18:82-86.
6. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Obstetrical hemorrhage. En: Cunningham F, Gant N, Leveno K, Hauth J, Wenstrom K, editores. *Williams Obstetrics*. 21ª edición. New York: Mc Graw Hill; 2001.p.619-669.
7. O'Brien J, Barton J, Donaldson E. The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1632-1638.
8. Teppa P, Garrán de Teppa D, Domínguez I, Szczedrin W. Placenta accreta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:147-167.
9. Pelosi M. 3rd, Pelosi MA. Modified cesarean hysterectomy for placenta previa percreta with bladder invasion: Retrovesical lower uterine segment bypass. *Obstet Gynecol* 1999;93:830-833.
10. Hull A, Salerno C, Saenz C, Pretorius D. Three-dimensional ultrasonography and diagnosis of placenta percreta with bladder involvement. *J Ultrasound Med* 1999;18:853-856.
11. Otsubo Y, Shinagawa T, Chihara H, Araki T. Conservative management of a case of placenta previa percreta. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1999;39:518-519.
12. Coates V, Fishman M, McCall WG. Placenta percreta: Report of a case. *CRNA* 1999;10:165-169.
13. Sasaoka N, Kitamura S, Kinouchi K, Fukumitsu K, Taniguchi A, Tachibana K. Cesarean section in a pregnant patient with placenta percreta involving the urinary bladder. *Masui* 2000;49:755-758.
14. Abbas F, Talati J, Wasti S, Akram S, Ghaffar S, Qureshi R. Placenta percreta with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. *J Urol* 2000;164:1270-1274.
15. Descargues G, Clavier E, Lemerrier E, Sibert L. Placenta percreta with bladder invasion managed by arterial embolization and manual removal after cesarean. *Obstet Gynecol* 2000;96:840.
16. Palacios J. Placenta percreta with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. *J Urol* 2001;166:220.
17. Martins J, Nobile L, Bastos E, Neme B. Placenta accreta. *Ginecol Obstet Bras* 1983;6:61-67.
18. Chávez J, Solano L, Seminario J, Ramos C. Hemoperitoneo debido a placenta percreta. *Diagnóstico* 1987;19:189-192.
19. Sánchez H, Hoyos C. Histerectomía post-parto. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1987;38:57-66.
20. Da Rosa M, Silva N, Billore S, Mattiello S. Placenta previa accreta: Relato de caso. *ACM Arq Catarin Med* 1992;21:101-103.
21. Ramírez C, Montero J, La Fuente J, Atala C. Rotura uterina espontánea asociada a placenta increta en primigesta. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1994;59:150-152.
22. Urbandt P, Pardo M. La importancia del diagnóstico ultrasonográfico en el acretismo placentario. *CM Publ Méd* 1994;7:11-15.
23. Lira J, Ibarguengoitia F, Argueta M, Karchmer S. Placenta previa/accreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Méx* 1995;63:337-340.
24. Musticchio C, Ortolani C, Ortolani V. Acretismo placentario sobre cicatriz de cesárea previa. *CM Publ Méd* 1996;9:2-7.
25. Bernal S, Chávez H, Villa F, Guzmán A. Ruptura uterina y placenta percreta en el segundo trimestre: presentación de un caso. *Ginecol Obstet Méx* 1996;64:482-484.
26. Durán A, Sánchez A, Walls A, Mejenes J, Rojas A. Placenta percreta que invadió la vejiga: informe de un caso. *Bol Col Mex Urol* 1997;14:115-119.
27. Bonfante E, Ahued R, Quesnel C, Bolaños R, Callejos J, García L. Choque en obstetricia. Experiencia institucional. *Ginecol Obstet Méx* 1997;65:137-140.
28. Perucca E, Domínguez C, Long C, García R. Placenta previa percreta con invasión vesical. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1997;62:206-210.
29. Narváez R, Moreira C, Montenegro E, Rojas R. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas: histerectomía en la Maternidad Isidro Ayora. Año 1996. *Rev Cienc* 1997;9:21-23.
30. Palacios J. Tratamiento conservador uterino en trastornos adherenciales de la placenta: acretismo y percretismo placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63:363-369.
31. Pablo M, Céspedes P, Saavedra P, Abuad M, Munster H, Ramírez P, et al. Diagnóstico prenatal de placenta

PLACENTA PERCRETA

- accreta por ultrasonográfico Doppler color. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63:391-339.
32. Mayer H, Illia R, Gori J, Morondo G, Zapiola, P, Lobenstein, G. Acretismo placentario antes de las veinte semanas de edad gestacional. *Rev Soc Obstet Ginecol B Aires* 1998;77:194-195.
 33. Palacios J. Conservación uterina en paciente con doble placenta percreta consecutiva. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999;64:221-223.
 34. García F, Donayre A. Cesárea-histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú. *Ginecol Obstet* 1999;45:280-285.
 35. Rendón J, Palma A, Chippe J. Acretismo placentae: placenta con invasión vesical. *Medicina* 2000;6:30-32.
 36. Paublo M, Bustos J, Ramírez P, Abud M, Rojas C, Avila P. Diagnóstico prenatal de placenta accreta por ultrasonido Doppler. *Rev Chil Ultrason* 2000;3:80-82.
 37. Celesia M, Gómez A. Emergencias obstétricas hemorrágicas. *Rev Argent Anestesiol* 2000;58:410-421.
 38. Agüero O. Publicaciones Obstétrico – Ginecológicas - Perinatológicas Venezolanas. Volúmenes I y II. Primera edición. Caracas: Editorial Ateproca; 1993.
 39. Agüero O, Pérez D, Gregorio R. Índice global. Volumen 1 al 50 (1941-1990). *Rev Obstet Ginecol Venez* 1994;54(Supl):1-169.
 40. Agüero O. Publicaciones de la Maternidad Concepción Palacios (1939-1998). *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60(Supl):1-84.
 41. Arcay A. Acretismo placentario. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1955;15:943-951.
 42. Fernández E. Rotura uterina espontánea en un embarazo de cuatro meses. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1961;21:389-399.
 43. Mendoza H, Agüero O, Gavaller B. Placenta accreta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1961;21:673-682.
 44. Teppa P. Cuerno rudimentario del útero complicado con placenta percreta con litopedio adherido a asas intestinales. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:311-318.
 45. Carlton S, Zahn C, Kendall B, Natarajan S. Placenta increta/percreta associated with uterine perforation during therapy for fetal death. A case report. *J Reprod Med* 2001;46:601-605.
 46. Ota Y, Watanabe H, Fukasawa I, Tanaka S, Kawatsu T, Oishi A, et al. Placenta accreta/increta. Review of 10 cases and a case report. *Arch Gynecol Obstet* 1999;263:69-72.
 47. Miller D, Chollet J, Goodwin I. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:210-214.
 48. Cooper J, Brady R. Contemporary management of abnormal uterine bleeding late complications of operative hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin* 2000;27(2):11A-13A.
 49. Norwitz E, Stern H, Grier H, Lee-Parritz A. Placenta percreta and uterine rupture associated with prior whole body radiation therapy. *Obstet Gynecol* 2001;98:929-931.
 50. Megier P, Gorin V, Desroches A. Ultrasonography of placenta previa at the third trimester of pregnancy: Research for signs of placenta accreta/percreta and vasa previa. Prospective color and pulsed Doppler ultrasonography study of 45 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999;28:239-244.
 51. Megier P, Harmas A, Mesnard L, Esperandieu O, Desroches A. Picture of the month. Antenatal diagnosis of placenta percreta using gray-scale ultrasonography, color and pulsed Doppler imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;15:268.
 52. Morken N, Henriksen H. Placenta percreta: Two cases and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;100:112-115.
 53. O'Leary J. Uterine artery ligation in the control of postcesarean hemorrhage. *Am J Reprod Med* 1995;40:920-924.
 54. Hansch E, Chitkara U, McAlpine J, El-Sayed Y, Dake MD, Razavi MK. Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage: A five-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999;160:1454-1460.
 55. Kidney D, Nguyen A, Ahdoot D, Bickmore D, Deutsch L, Majors C. Prophylactic perioperative hypogastric artery balloon occlusion in abnormal placentation. *Am J Roentgenol* 2001;176:1521-1524.

Correspondencia: Dr. Carlos Briceño Pérez.
 Apartado postal 10.106. Maracaibo, Venezuela.
 Av. 14. N° 84-160. Ed. Yaguazirú. Apto. 7-A.
 Maracaibo, Venezuela.
 E-mail: cabriceno@cantv.net
 Fax: 58-261-7978559