

# Placenta percreta con invasión a vejiga y a uréteres. Reporte de un caso

*Drs. Duly Torres C, María Colmenares V, Oneida Delgado D, Eduardo Reyna Villasmil*

*Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Beloso". Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Estado Zulia*

## RESUMEN

*Se describe un caso de acretismo placentario en una paciente de 24 años de edad, 3 gestas, 2 cesáreas, quien consultó por sangrado de color rojo rutilante en abundante cantidad. Posterior al examen físico de ingreso se realiza el diagnóstico de placenta previa oclusiva parcial. Durante la cesárea se observó la invasión del peritoneo por la placenta y la fuerte fijación de ésta a la vejiga y a la porción inferior del uréter derecho. Se realizó histerectomía subtotal y ureterocistotomía.*

*Palabras clave: Placenta percreta. Vejiga. Uréteres.*

## SUMMARY

*A case of acretism placenta is described in a 24 years-old patient, 3 gravida, 2 cesarean, who consulted for abundant red brilliant hemorrhage. After physical examination a diagnosis of partial occlusive placenta previa was done. During cesarean section invasion of peritoneum by placenta and strong fixation of it to bladder was observed. Sub-total hysterectomy and uterocistectomy was performed.*

*Key words: Placenta percreta. Bladder. Ureters.*

## INTRODUCCIÓN

En el reporte clásico de Irving y Hertig en 1937, el acretismo placentario fue definido como "la adhesión anormal de una parte o de toda la placenta a la pared uterina" (1). La placenta acreta fue descrita por estos autores como una anomalía específica de la placentación, en la cual las vellosidades coriónicas se adhieren directamente al endometrio a través de la decidua (1). Además de la placenta acreta, se pueden conseguir la placenta increta, que es aquella cuyas vellosidades coriónicas traspasan la decidua y penetran la pared uterina y la placenta percreta que es aquella en que las vellosidades perforan la pared uterina (1). En el caso de la placenta percreta, el tejido placentario puede invadir los órganos vecinos (2).

La placenta percreta es una condición potencialmente fatal, porque produce 7 % de las muertes maternas y 9 % de las muertes perinatales (1-3). Estas cifras aumentan a 9,5 % y 24 %,

respectivamente, si el cuadro está complicado con invasión de la vejiga o a alguno de los uréteres (4,6). El diagnóstico preoperatorio de la enfermedad no siempre es posible, y el diagnóstico intra operatorio obliga de una toma de decisión rápida, capacidad de realizar diferentes tipos de técnicas quirúrgicas y disponibilidad de derivados hemáticos para evitar la muerte.

Se presenta un caso de placenta previa oclusiva parcial con posterior diagnóstico de placenta percreta con invasión a la vejiga y el uréter distal para resaltar el hecho que se debe corroborar la integridad de la vejiga y los uréteres.

## REPORTE DEL CASO

Paciente de 24 años de edad, 3 gestas, 2 cesáreas quien fue ingresada a las 36 semanas de gestación debido a sangrado genital.

Al momento del ingreso, se realiza la

especuloscopia observándose que la placenta cubría completamente el orificio cervical interno, con un sangrado de color rojo rutilante en abundante cantidad, por lo cual se diagnostica placenta previa oclusiva parcial. El cuello uterino tenía un borramiento de 60 % y 2 cm de dilatación. Se le realizó un ecograma que reportó placenta previa oclusiva parcial, en contraste con un ecograma realizado a las 20 semanas de gestación que no reportaba anormalidades.

Los exámenes de laboratorio reportaban una hemoglobina de 9,8 g/dL y el análisis de orina normal. Se procedió a realizar la cesárea con una incisión arciforme alta, obteniendo por abordaje transplacentario un feto de 3 650 gramos con un Apgar de 6 y 8 puntos al minuto y a los 5 minutos, respectivamente.

La parte de la placenta ubicada por encima de la incisión fue removida completamente, pero la remoción de la placenta ubicada por debajo de la incisión fue incompleta. La invasión al peritoneo por la placenta y la fuerte fijación de ésta a la vejiga y a la porción inferior del uréter derecho hizo sospechar invasión a la vejiga; por lo que se procedió a la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas. Debido a la persistencia de la hemorragia y a la atonía uterina, se decidió realizar la histerectomía subtotal para evitar la cistectomía. En vista de que se sospechaba la posible ligadura del uréter derecho, se realizó la disección completa y movilización sin poder encontrar el posible punto de ligadura, sin embargo, debido a la invasión de la placenta de la porción distal del uréter en el punto de inserción de la vejiga, se realizó una ureterocistotomía y se colocó un catéter doble J.

Durante la intervención, el valor más bajo de hemoglobina fue 3,5 g/dL, de hematocrito 12,6 %, el de plaquetas de 69 000 x mm<sup>3</sup> y el de fibrinógeno de 65 g/dL. El tiempo más alto de protrombina fue de 29 segundos y el parcial de tromboplastina de 56 segundos. La paciente recibió durante la intervención 3 unidades de concentrado globular, 3 unidades de plasma fresco y 6 000 mL de solución fisiológica. La concentración de hemoglobina en el posoperatorio inmediato fue de 9,0 g/dL, luego de la administración de otras 3 unidades de concentrado globular en este período. El resto de los valores de laboratorio en el posoperatorio inmediato fueron: hematocrito 25 %, plaquetas 131 000 x mm<sup>3</sup>, fibrinógeno de 101 g/dL y creatinina 1,1 mg/dL.

Durante el posoperatorio la paciente no presentó complicaciones y fue dada de alta médica al

duodécimo día posterior a la intervención.

## DISCUSIÓN

La invasión a la vejiga casi siempre ocurre en pacientes con placenta previa oclusiva total, con antecedente de una cesárea previa (1,4-7). Las imágenes por resonancia magnética y cistoscopia (5,7,10) pueden ser usadas para determinar la invasión en casos de placenta previa durante el pre-parto. En los casos de placenta previa oclusiva total, debe realizarse la incisión vertical (5) o la transversal alta en el fondo uterino (7) para evitar la placenta. Este tipo de abordaje permite dejar la placenta en su sitio y ofrece la posibilidad de posponer la histerectomía (8), conservando el útero con tratamiento posoperatorio con metotrexate (1). En este caso, no se sospechaba invasión de la vejiga durante el período prenatal. La hematuria, la cual ha sido reportada como un signo de advertencia de invasión de la vejiga estaba ausente (7,8). Además, la placenta previa oclusiva parcial cubría la pared anterior del útero por lo que se realizó el abordaje transplacentario e hizo imposible la conservación.

Cuando se diagnostica invasión de la vejiga, la histerectomía se vuelve necesaria aun en pacientes que han sido manejadas en forma conservadora (9). La histerectomía total combinada con ligadura bilateral de las arterias hipogástricas es el procedimiento estándar. La mayoría de los autores apoyan el hecho de remover todo el tejido invasor incluyendo la vejiga y el uréter (1,4,6). En esta paciente se decidió la conservación de la vejiga realizando una histerectomía subtotal, pero la afección uréteral requirió la realización de una ureterocistotomía debido a que la paciente estaba en condiciones clínicas estables. Aunque se puede realizar la histerectomía total con posterior abordaje y resección de la base de la vejiga y de los uréteres distales, ésta tiene el riesgo de acompañarse de coagulopatía, síndrome de dificultad respiratoria del adulto y fístulas vesicovaginales, todo esto debido a la necesidad de transfusiones masivas y un largo tiempo quirúrgico (4).

Se debe resaltar que la conservación de la vejiga es posible en los casos de placenta previa precreta. Es importante revisar la integridad de los uréteres durante y después de la intervención y la cirugía reconstructiva puede ser pospuesta hasta que la paciente se encuentre hemodinámicamente estable.

REFERENCIAS

1. O'Brien J, Barton J, Donaldson E. The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:1632-1638.
2. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L. Placenta percreta con ruptura uterina espontánea temprana. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65:193-197.
3. Briceño-Pérez C, Alaña F, Briceño-Sanabria L, Briceño-Sanabria J, Briceño-Sanabria C. Placenta percreta. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62:273-277.
4. Price F, Resnik E, Heller K, Christopherson W. Placenta previa percreta involving the urinary bladder: A report of two cases and review of the literature. *Obstet Gynecol.* 1991;78:508-511.
5. Descargues G, Clavier E, Lemercier E, Sibert L. Placenta percreta with bladder invasion managed by arterial embolization and manual removal after cesarean. *Obstet Gynecol.* 2000;96:840-843.
6. Briceño-Pérez C, Alaña F, Briceño-Sanabria L, Delgado M, Briceño-Sanabria C, Briceño-Sanabria J. Embarazo ístmico-cervical con invasión a región véscico-uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62:123-131.
7. Leaphart W, Schapiro H, Broome J, Welander C, Bernstein I. Placenta previa percreta with bladder invasion. *Obstet Gynecol.* 1997;89:834-835.
8. Pelosi M, Pelosi M. Modified cesarean hysterectomy for placenta previa percreta with bladder invasion: Retrovesical lower uterine segment bypass. *Obstet Gynecol.* 1999;93:830-883.
9. Veenstra M, Spinder T, Dekker G, Van Geijn H. Case report: Postpartum intra-abdominal hemorrhage due to placenta percreta. *Eur J Obstet Gynecol.* 1995;62:253-256.
10. Bakri Y, Rifai A, Legarth J. Placenta previa percreta. Magnetic resonance imaging findings and methotrexate therapy after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169:213-214.

Correspondencia a:  
 Hospital Central "Dr. Urquinaona"  
 Final Av. El Milagro. 4001 Maracaibo, Estado  
 Zulia. Venezuela  
 Teléfono: 0416-7627889.  
 E-mail: sippenbauch@medscape.com