

Placenta percreta sintomática con embarazo temprano tratada con histerectomía obstétrica
Placenta percreta symptomatic with early pregnancy treated with obstetric hysterectomy

Md. Mena A. Francisco*; Dr. Mena V. Byron**. Dr. Mera R. Vinicio***; Acosta M. Nancy****; Dr. Barrera V. Angel*****; Md. Vinueza L. Galo*****

*Médico Hospital General Docente Ambato (HGDA)

**Ginecólogo-Obstetra, Líder de Ginecología y Obstetricia, HGDA

***Ginecólogo-Obstetra, Tratante HGDA

****Obstetrix de Centro Salud No 1 Ambato

*****Anestesiólogo, Tratante de HGDA

*****Médico HGDA

lb.mena@uta.edu.ec

Resumen.

Introducción: El acretismo placentario es una patología diagnosticada como clave roja a nivel mundial; por el alto riesgo de hemorragia intraparto, que pone en peligro la vida de la madre y del recién nacido, existiendo múltiples protocolos obstétricos de manejo, demostrando que en situaciones de emergencia, el equipo médico que atiende el caso enfrenta la hemorragia masiva, siendo la cesárea histerectomía el tratamiento curativo, que ha demostrado tener los mejores resultados realizado en esta casa de salud, y que apoya a los principales objetivos de la OMS en reducir la morbilidad materno neonatal.

Objetivo: Describir un caso clínico de Placenta percreta sintomática con embarazo temprano.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados: Presentamos el caso clínico obstétrico de impacto de una Paciente gestante de 38 años de edad, gestas 4, cesáreas anteriores 2, aborto 1, gesta actual ingresa de emergencia al centro obstétrico del Hospital General Docente Ambato (HGDA) en Ecuador, con embarazo de 13.6 semanas de gestación, sangrado genital rojo oscuro en moderada cantidad, dolor abdominal y cinturón pélvico, expulsa feto de aproximadamente 12 centímetros de longitud, se resuelve con legrado instrumental con hallazgos transquirúrgicos de histerometría 12 centímetros, restos corioplacentarios abundantes y sangrado en moderada cantidad por canal cervical, no sede a la administración de oxitócico metilergometrina, prostaglandinas E1, se suspende tratamiento, se estabiliza hemodinámicamente, valoración con exámenes de gabinete, se realiza laparotomía de emergencia con hallazgos transquirúrgicos: hemoperitoneo organizado (coágulos), útero aumentado de tamaño 14 centímetros de longitud, con invasión y perforación placentaria en el segmento inferior (cicatriz uterina) de bordes irregulares no delimitables que invade peritoneo visceral en la pared posterior de vejiga, realizada histerectomía obstétrica con evolución post quirúrgica hospitalaria favorable.

Conclusiones: El caso clínico de placenta percreta sintomática con embarazo temprano de emergencia tratada con histerectomía Obstétrica es la alternativa terapéutica más realizada a nivel mundial por las condiciones de alto riesgo de hemorragias obstétricas y que representa una alta morbilidad materna y fetal asociada. Siendo indispensable en las casas de salud que atienden pacientes obstétricas con complicaciones hemorrágicas, capacitar a su personal e integrar grupo de expertos (médicos) con experiencia, disponer de hemoderivados para fomentar la maternidad segura, con atención calificada.

Palabras clave: Placenta, Hemorragia posparto, Desprendimiento prematuro de la placenta

Introduction: Placental accretism is a pathology diagnosed as a red key worldwide; because of the high risk of intrapartum bleeding, which endangers the life of the mother and newborn, there are multiple obstetric management protocols, demonstrating that in emergency situations, the medical team dealing with the case deal with bleeding hysterectomy c-section is the curative treatment, which has been shown to have the best

results performed in this health house, and which supports WHO's main goals in reducing neonatal maternal morbidity.

Objective: Describe a clinical case of placenta percreta symptomatic with early pregnancy.

Material and methods: Retrospective descriptive study, clinical case presentation.

Results: We present the obstetric clinical case of impact of a 38-year-old pregnant patient, gestations 4, previous cessations 2, abortion 1, current pregnancy emergency entrance to the obstetric center of the General Teaching Hospital Ambato (HGDA) in Ecuador, with pregnancy of 13.6 weeks Gestation, moderately dark red genital bleeding, abdominal pain and pelvic belt, ejects fetus about 12 centimeters in length, resolves with instrumental gradation with transsurgical findings of histerometry 12 centimeters, abundant corioplacental remains and moderate bleeding per cervical canal, not based on the administration of oxytocic methylergomethrin, prostaglandins E1, treatment is discontinued, hemodynamically stabilized, assessment with cabinet examinations, emergency laparotomy is performed with transsurgical findings: organized hemoperitone (clots), increased uterus 14 centimeters in length, with invasion and placental perforation in the lower segment (uterine scar) edges non-delimitable irregulars that invade visceral peritoneal in the back wall of the bladder, performed obstetric hysterectomy with favorable hospital post-surgical evolution.

Conclusions: The clinical case of symptomatic percreta placenta with emergency early pregnancy treated with Obstetric hysterectomy is the most globally realized therapeutic alternative for high-risk obstetric bleeding conditions high maternal and fetal associated morbidity. Being indispensable in health homes that treat obstetric patients with bleeding complications, train their staff and integrate expert (medical) expert group, have blood products to promote safe motherhood, with care Qualified.

Keywords: Placenta, Postpartum Hemorrhage, Abruptio Placentae

Recibido: 28-7-2019

Revisado: 07-8-2019

Aceptado:08-8-2019

Introducción.

La hemorragia posparto es una de las complicaciones más graves del puerperio y constituye una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo. Presentamos un caso de paciente embarazada con placenta percreta sintomática de emergencia tratada con histerectomía obstétrica (1), siendo la conducta obstétrica más realizada a nivel mundial, la cual ha disminuido la morbimortalidad materna. La placenta percreta se define con la inserción anormal de parte o toda la placenta que atraviesa la pared y la serosa del útero y puede alcanzar órganos vecinos.

La organización Mundial de la Salud califica al acretismo placentario como una nueva pandemia directamente relacionada con pacientes con el antecedente de 2 o más cesáreas previas. (3)

El American College of Obstetricians and Gynecologist, indica que, si existen datos sugerentes de acretismo placentario, se debe tomar

ciertas medidas para optimizar el nacimiento y tratamiento, con vistas a disminuir el riesgo de morbimortalidad materna.

Estas medidas incluyen:

1. Advertir a la paciente de los riesgos de histerectomía y de transfusiones sanguíneas.
2. Mantener reserva de hemoconcentrados disponibles.
3. Disponer de un lugar adecuado para la resolución del embarazo: instalaciones y personal.
4. Evaluación previa de Anestesiología.
5. Si es necesario, se puede realizar embolización de las arterias pélvicas, como alternativa a la histerectomía para disminuir la pérdida sanguínea en la histerectomía (4).

Objetivo

Describir un caso clínico de Placenta percreta sintomática con embarazo temprano.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados

Paciente femenina de 38 años, multigesta, gesta 4, cesárea 2, aborto 1; gesta 1 hace 15 años, gesta 2 hace 13 años, gesta 3 hace 12 años, gesta 4 actual, antecedentes de gestas anteriores de preeclampsia, ingresa de emergencia al centro obstétrico del HGDA, con embarazo de 13.6 semanas de gestación, sangrado genital rojo oscuro en moderada cantidad, dolor abdominal y cinturón pélvico expulsa feto de aproximadamente 12 centímetros de longitud. Es realizado legrado instrumental de emergencia con hallazgos transquirúrgicos con histerometría 12 centímetros, restos corioplacentarios abundantes en canal cervical suspendiendo el procedimiento, por sangrado en moderada cantidad, que se corrige parcialmente con oxitocina, metilergometrina, prostaglandinas E1. Se procede, previa valoración multidisciplinaria por Obstetricia, Cirugía, Urología y Anestesia, a la valoración obstétrica prequirúrgica. Al examen especular, se aprecia el cérvix de color negruzco, vasos congestivos y restos corioplacentarios en el endocérnix. Se decide de manera inmediata, la laparotomía de emergencia con anestesia general, con diagnóstico prequirúrgico: restos corioplacentarios, acretismo placentario (percreta), hemorragia grave.

Los hallazgos transquirúrgicos fueron: hemoperitoneo organizado (coágulos), útero aumentado de tamaño 14 centímetros de longitud, 10 centímetros transverso con perforación e invasión placentaria a nivel de segmento inferior de bordes irregulares no delimitables, que invade peritoneo visceral en la pared posterior de vejiga (Figura 1), se administran para estabilizar hemodinámicamente hemoderivados 2 paquetes globulares. Posquirúrgico de 6 días con evolución favorable y paciente sale en buenas condiciones.

Figura 1. Utero aumentado de tamaño con perforación e invasión placentaria a nivel de segmento inferior de bordes irregulares no delimitables, que invade peritoneo visceral en la pared posterior de vejiga



Fuente: Archivos del HGDA

Discusión

La hemorragia posparto (HPP) es una de las principales y más importantes emergencias obstétricas, constituyendo una importante causa de morbimortalidad materna.

Se clasifica en primaria o precoz cuando ocurre la mayoría en las primeras 2 horas y/o dentro de las primeras 24 horas posparto, el 70% se debe a la atonía uterina; la HPP secundaria o tardía ocurre desde las 24 horas y las 6 semanas, algunos autores hasta las 12 semanas posparto en el 5%, evaluando posibles restos ovulares o endometritis. Las causas de hemorragia posparto son: atonía uterina, trauma y/o laceraciones, retención restos placentarios, alteraciones de la coagulación, acretismo placentario variedad percreta como sucedió en nuestro caso, que fue una emergencia obstétrica (5).

Existen 3 variedades de acretismo placentario: placenta acreta 80%, increta 15% y percreta 5%, y por su extensión se reconocen 3 tipos: a) Focal: cuando solo involucra pequeñas áreas de la placenta; b) Parcial: cuando uno o más cotiledones se adhieren; c) Total cuando toda la placenta está adherida, siendo el principal factor de riesgo, la placenta previa insertada sobre la cicatriz uterina de una cesárea previa, ya que el segmento inferior es una área pobre en decidualización, y este riesgo aumenta en función del número de cesáreas: desde el 11 al 30%; en el caso de 2 cesáreas previas y 67% en caso de 3 o más cesáreas. (6)

Otras causas son: edad materna mayor a 35 años, multiparidad, historia previa de retención placentaria.

El acretismo placentario es una enfermedad que debe ser buscada ante la existencia de factores de riesgo, aunque el diagnóstico ante parto es difícil, por lo que el diagnóstico se basa en:

a. Ultrasonografía Doppler Continuo (CW): Evalúa el sentido del flujo sanguíneo, permeabilidad vascular, los signos de pérdida de interfase retroplacentaria, desaparición o irregularidad del área hipocóica retroplacentaria, pérdida de la homogeneidad placentaria reemplazada por espacios múltiples hipo o anecogénicos adyacentes al miometrio contiguo, con múltiples dilataciones vasculares o lagunas placentarias e irregulares, pérdida de la interfase entre serosa uterina y vejiga, presencia de masa exofítica en placenta percreta, presenta una sensibilidad diagnóstica del 97% y especificidad del 92%. (16)

b. Power-Doppler 3D (PW): Representa la potencia e intensidad del espectro de flujo, no la velocidad como los otros modos, es independiente del ángulo de incidencia, aumenta la sensibilidad entre 3 y 5 veces del Doppler continuo.

c. Resonancia Magnética Nuclear: Se realiza en caso de que la ecografía no sea concluyente, si implantación posterior de la placenta como complemento a la ecografía, como fase previa a la cirugía para conocer con exactitud el grado de invasión y/o afectación de órganos vecinos. Muestra una sensibilidad del 77% al 89.6%, y especificidad cercana al 92% (7), (15)

En relación con el presente caso clínico, es una emergencia por la hemorragia presentada, sus antecedentes obstétricos y el procedimiento quirúrgico empleado: legrado instrumental e histerectomía obstétrica, atendiendo a la localización, invasión de la placenta percreta y rotura a nivel de segmento de la cicatriz uterina, mostrando una incidencia del 5 al 7% según antecedentes obstétricos. Hay incidencias bajas, si antecedentes de miomectomía y legrados previos, Síndrome de Asherman (8). Existen teorías que mencionan la pérdida de la decidua basal por trauma (cicatriz uterina previa), y las causas biológicas de una respuesta anormal de la madre ante el trofoblasto invasor (9). Desde el punto de vista fisiopatológico, las vellosidades placentarias se adhieren a las fibras musculares del miometrio en vez de hacerlo a las células deciduales (3). Actualmente se considera que no es solamente el

déficit de la membrana de Nitabuch el causante del acretismo placentario, sino que la placenta misma presenta una hiperinvasividad (10).

La resolución del embarazo por cesárea e histerectomía convencional, como método curativo, con buenos resultados postoperatorios en esta casa de salud, coinciden con lo reportado por otros autores (11), pues representa el 0.22% de los partos atendidos en el 2014. Estas son cifras inferiores a lo reportado por Ortiz-Villalobos RC en el año 2016, en sus estudios muestra una incidencia de 47.8% de histerectomías por placenta acreta, increta y percreta (12).

Para brindar una atención adecuada y siendo objetivos de la OMS en el desarrollo del milenio, se propone que los servicios de obstetricia de las instituciones de salud, mejoren las medidas de prevención y tratamiento de los casos; si suponen una problemática grave. Los mismos deben atenderse preferentemente, en una unidad de tercer nivel de atención; siendo imprescindible, contar con un equipo médico capacitado para resolver la hemorragia obstétrica masiva urgente, evitando una mayor morbilidad (lesiones vesicales, ureterales e intestinales) y realizar la histerectomía con el mínimo de sangrado y menor morbilidad materno-fetal (3).

Referente a la técnica quirúrgica, se realizó: la cesárea e histerectomía convencional con incisión media infraumbilical, disecando por planos hasta llegar a la cavidad peritoneal, histerectomía clásica con pinzamiento del cordón umbilical, placenta se deja in útero con pinzamiento inmediato de pedículo uterino superior que comprende el ligamento redondo, ancho y útero-ováricos, arteria uterina desplazando el peritoneo vesico uterino, ligamento cardinal y úterosacro de manera bilateral, disminuyendo la cantidad de la hemorragia transquirúrgicos. Sin embargo, lo reportado por Roberto Carlos Ortiz Villalobos en el año 2014, en relación con la histerectomía obstétrica en el acretismo placentario, utilizando la técnica modificada, se reporta una disminución de la hemorragia, que no necesitó transfusiones sanguíneas, ausencia de muertes maternas y neonatales. Lo anterior, permite reflexionar sobre las ventajas de esta nueva técnica a realizarse en el menor tiempo posible, con el objetivo de disminuir las hemorragias obstétricas y la morbimortalidad materna neonatal (13).

Conclusión

El caso clínico plantea el procedimiento de cesárea e histerectomía convencional de emergencia con un pre-trans y posquirúrgico materno y neonatal favorable.

En estas pacientes se debe establecer el diagnóstico de acretismo placentario, evaluar los antecedentes quirúrgicos-obstétricos, calificar la emergencia obstétrica, considerar las competencias quirúrgicas del equipo médico (cirujanos), confirmar la disponibilidad de hemoderivados, evaluar la capacidad hospitalaria y disponibilidad de atención.

Se sugiere finalizar el embarazo, en el percreta placentario, a las 34 semanas, previa maduración pulmonar fetal y en el acretismo placentario a las 36 semanas de gestación. Considerando el grado de deterioro de la pared uterina, el riesgo de complicaciones maternas y fetales, que puede aumentar considerablemente más allá de las 35 semanas, superando el 90% después de las 36 semanas.

Cada hospital que atiende pacientes obstétricas con complicaciones hemorrágicas debe capacitar a su personal e integrar grupos de expertos para atender a estas pacientes: ginecólogos, cirujanos, urólogos, anesthesiólogos, neonatólogos, hematólogos, a partir de una estrategia multi e interdisciplinaria.

Se deben resolver las complicaciones, basado en la evidencia científica disponible, experiencia y buenas prácticas, para la creación de alternativas de atención materno-neonatal.

Se propone fomentar la maternidad segura, con atención calificada antes, durante y en el postparto, con responsabilidad de todo el personal de salud, brindando una atención de calidad y calidez a la madre gestante, lo cual es un objetivo primordial del Ministerio de Salud Pública.

Conflicto de interés: Ninguno

Referencias bibliográficas

1. Ortiz-Villalobos RC, Luna-Covarrubias EE, Serrano-Enriquez RF, Laureano-Eugenio J, Mejía-Mendoza ML, Rodríguez-Rodríguez JG. Placenta percreta con invasión a la vejiga, el uréter y la pared abdominal. caso clínico. *Ginecol Obstet Mex.* 2013;81(8):487–93.
2. Vera M. E, Lattus O. J, Bermúdez L. H, Espinoza U. L, Ibáñez B. C, Herrera V. A, et al. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005;70(6):404–10.
3. Noguera Sánchez MF, Karchmer Krivitzky S, Rabadán Martínez CE, Antonio Sánchez P. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. *Ginecol Obstet Mex.* 2013;81(2):99–104.
4. Accreta P. Committee Opinion. 2017;(529).
5. Postparto HDEL, Diagnóstico Y Principales Etiologías, Su Tratamiento. 2014;25(6):993–1003.
6. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(1):210–4.
7. Soyer P, Dohan A, Dautry R, Guerrache Y, Ricbourg A, Gayat E, et al. Transcatheter Arterial Embolization for Postpartum Hemorrhage: Indications, Technique, Results, and Complications. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2015;38(5):1068–81.
8. Eshkoli T, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E. Placenta accreta: Risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(3):219.e1-219.e7.
9. Comstock CH, Bronsteen RA. The antenatal diagnosis of placenta accreta. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121(2):171–81.
10. Cunningham G, Dashe J, Leveno, Kenneth Hoffman B. *Obstetricia de Williams.* 24th ed. China: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2015. 784-787 p.
11. Solórzano Vázquez JF, Ruvalcaba Ortiz G, Hernández Higareda S, Morales de Avila CN. Pérdida sanguínea y uso de hemoderivados en casos de cesárea e histerectomía por acretismo placentario. *Perinatol y Reprod Humana.* 2017;31(2):55–61.
12. Ortiz-Villalobos RC, Bañuelos-Franco A, Serrano-Enriquez RF, Mejía-Mendoza ML, Laureano-Eugenio J. Histerectomía obstétrica en pacientes con placenta accreta, increta y percreta:

Comparación de dos técnicas quirúrgicas. Ginecol Obstet Mex. 2016;84(4):209–16.

13. Pino A, Albán M, Rivas A, Rodríguez E. Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador. J Public health Res. 2016;5(692).

14. Quispe FM, Ecografista O-, No HO, Arduz EH, No O, Ginecolog S-S, et al. Acretismo placentario y su diagnostico antenatal. (2):42–50.

15. Wilches, Aleida, Md, Diagnóstico Prenatal de acretismo placentario: Hallazgos y utilidad del ultrasonido y la resonancia magnética, reporte de casos en el Hospital Universitario Santa Fe de Bogotá, 2014; 65(4): 346

16. Paolinellig, Paola, Dra. Principios Físicos e Indicaciones Clínicas del Ultrasonido Doppler, Revista Medica Clinica CONDES, 2013; 24(1): 139-142