



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Sagástegui, Carmen

Placenta acreta en el primer trimestre de la gestación

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 2, 2005, pp. 114-117

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428176010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PLACENTA ACRETA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Carmen Sagástegui

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer con sangrado genital persistente postaborto a quien se realizó histerectomía abdominal total y donde la anatomía patológica reveló acretismo placentario. Luego del procedimiento quirúrgico, presentó complicación urológica vesical y ureteral. Se revisa los factores de riesgo y las complicaciones asociadas a acretismo placentario.

PALABRAS CLAVE: Acretismo placentario, Primer trimestre, Complicaciones urológicas por cirugía ginecológica.

Rev Per Ginecol Obstet 2005;51(2):114-117

SUMMARY

The case of a woman with abdominal total hysterectomy for post abortion persistent vaginal bleeding is presented. Pathology revealed placenta accreta. She presented urological vesical and ureteral complications related to the surgical procedure. We review the risk factors and complications associated to placenta accreta.

KEYWORDS: Placenta accreta, First trimester of pregnancy, Urological surgical complications.

Rev Per Ginecol Obstet 2005;51(2):114-117

INTRODUCCIÓN

La infiltración del miometrio por vellosidades coriales se la denomina acretismo placentario y según el compromiso del miometrio se describe las formas increta—cuando toda la pared miometrial está comprometida—y percreta, cuando además del miometrio la infiltración llega hasta la

serosa e incluso estructuras anatómicas vecinas, como vejiga o uréteres⁽¹⁻³⁾.

El acretismo placentario (AP) es una patología propia de las gestaciones del último trimestre. Sin embargo, se ha demostrado su rara presentación en gestaciones del primer trimestre⁽⁴⁻⁷⁾. La frecuencia de presentación del AP varía entre 10 y 48 por 10 000 partos⁽⁸⁾, aunque una publicación colombiana señala 1/1539 partos⁽²⁾.

Se presenta un caso de acretismo placentario posterior a un aborto del primer trimestre de gestación en una mujer con sangrado genital persistente de 3 meses, que requirió 2 legrados uterinos y posterior histerectomía; lamentablemente, se verificó una complicación en el postoperatorio compatible con lesión urológica.

La revisión sobre los factores de riesgo para acretismo placentario incluye mucho de los antecedentes del presente caso, por lo que hay que tenerlos en cuenta en toda gestación, independientemente de la edad gestacional.

Hospital Regional de Cajamarca.

Correspondencia:

Dra. Carmen Gloria Sagástegui Ponsignon.

e-mail: sagastegui@terra.com



CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años natural y procedente de Cajamarca (Perú). Ingresó por Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca el 25 de octubre de 2002, por sangrado vaginal abundante y con el antecedente de 2 legrados uterinos por aborto incompleto en los meses de agosto 2002 y 7 octubre del 2002, sin mediar menstruación entre ambos procedimientos. Tenía además como antecedentes obstétricos una cesárea hacía 12 años y un embarazo ectópico complicado 2 años antes. No usaba método de planificación familiar.

Se trataba de una mujer lúcida, adelgazada, afebril, con presión arterial de 90/70 mmHg, abdomen blando, no doloroso. El examen ginecológico mostró cérvix entreabierto con sangrado vaginal en regular cantidad, útero aumentado de tamaño, aproximadamente de 9 cm. La hemoglobina al ingreso fue 11,6 g%, con grupo sanguíneo A Rh positivo.

La ecografía transvaginal mostró útero de 8,3 x 5,7 x 4,5 cm, de contornos regulares; a nivel ístmico, una zona de ecogenicidad heterogénea, aspecto vesicular, que abarcaba un área de 2,9 cm de diámetro. Ante la sospecha de enfermedad del trofoblasto, se solicitó la subunidad beta-hCG, que resultó negativa. En los días siguientes a su ingreso, presentó 2 episodios de sangrado vaginal abundante y fétido, por lo que se inició antibioticoterapia de amplio espectro. La hemoglobina había descendido a 9,8 g/dL. Se solicitó estudio preoperatorio y se programó una histerectomía para el 28 de octubre de 2002.

Los hallazgos operatorios mostraron un útero de 7 cm de consistencia normal y a nivel ístmico una tumoración de 4 x 5 cm adherida a órganos vecinos. Había adherencias epiploicas múltiples de los órganos pélvicos a la pared. Debido a la dificultad del procedimiento y el sangrado se transfundió 3 unidades de sangre total.

En el primer día del postoperatorio, la paciente presentó oligoanuria de 350 mL de orina sanguinolenta en 24 horas, la creatinina sérica fue de 4 mg%. Al examen, no se encontró dolor abdominal y sus funciones vitales se mantenían estables. La ecografía renal mostró hidronefrosis derecha, por lo que el médico internista y urólogo decidieron forzar diuresis con furosemida e indicaron urografía excretoria, luego de estabilizar los valores de creati-

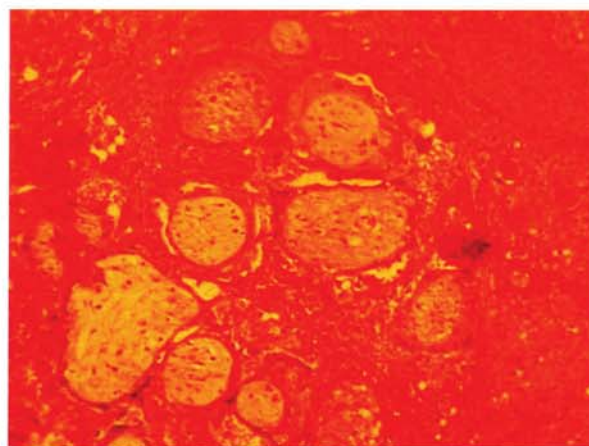


Figura 1. Miometrio con infiltración de trofoblasto, muestra áreas de hemorragia y necrosis.

nina sérica. No hubo respuesta a los diuréticos y la paciente fue transferida el 29 de octubre de 2002 al Hospital de EsSalud de la ciudad de Chiclayo, donde se encontró lesión vesical en cara posterior de la vejiga con compromiso de ambos uréteres. Realizaron una reparación de Bricker y cierre de vejiga por segunda intención.

El estudio de la pieza operatoria mostró útero de 12 x 5 x 4 cm que a nivel de su tercio distal presentaba tumoración de 4 x 4 x 5 cm de aspecto hemorrágico, con zonas de necrosis y mal oliente, de bordes indefinidos, y que al corte microscópico demostró restos de placenta acreta que comprometía todo el espesor del miometrio, con zonas de necrosis y hemorragia reciente.

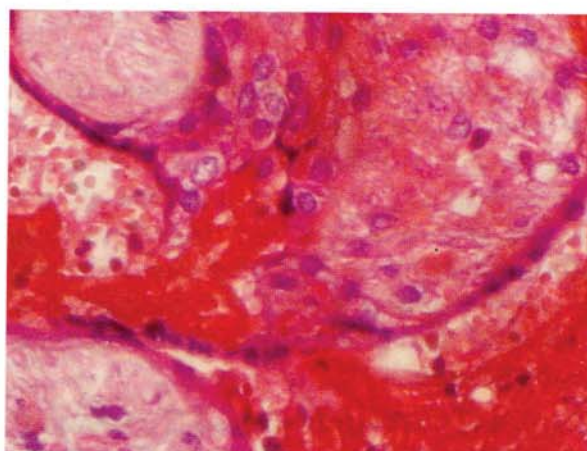


Figura 2. Trofoblasto del primer trimestre con áreas periféricas de hemorragia



DISCUSIÓN

El acretismo placentario es una complicación grave de la gestación asociada a una alta mortalidad y morbilidad materna, sobretodo en la forma percreta, donde la causa de muerte se asocia a hemorragia y sus complicaciones (anemia, reacción transfusional, respuesta inflamatoria sistémica, sobrecarga de líquidos e infección) hasta en un 10%. La morbilidad quirúrgica de la histerectomía incluye la lesión de intestino y lesiones urológicas, principalmente el traumatismo ureteral y las lesiones de vejiga⁽¹⁻³⁾

La infiltración del miometrio se asocia a defectos en la placentación inicial por la infiltración de la vello-sidad corial invasora (trofoblasto no vellosa), por deficiencia de la glicoproteína fibrinoide de la decida, que constituye la barrera inmunológica y física al trofoblasto. Este fenómeno sería provocado, entre otros, por injuria endometrial previa, como la que ocurre en la cicatriz de cesárea, legrado uterino, sín-drome de Asherman, multiparidad mayor de 3 par-tos, factores igualmente asociados a placenta pre- via que se encuentran ligados al acretismo placen- tario hasta en 25% de los casos y con un desarrollo anómalo de la circulación uteroplacentaria. Ello es posible incluso existiendo una nidación normal. Se manifiesta a partir del segundo trimestre de la ges- tación, por lo que su hallazgo en el primer trimestre constituye un raro evento, no por ello exento de complicaciones⁽⁶⁻¹⁰⁾. Ello ocurre más en zonas de ci- catrización endometrial o miometrial, como se en- cuentra luego de un legrado uterino, cesárea o mio- mectomía y su localización anatómica es más fre- cuente sobre el segmento uterino, el istmo uterino o cercano al orificio cervical interno, donde la decidua- lización es pobre⁽⁶⁻¹⁰⁾

Son pocos los casos publicados a nivel mundial so- bre acretismo placentario en el primer trimestre. Se describe en la literatura sólo 10 casos, muchos de ellos asociados a rotura uterina y en todos ellos con factores de riesgo previos^(7,8,10-12). Los casos incluso cursan con complicaciones graves, como infiltración de vejiga^(13,14), rotura uterina^(3,4,15,16), coagulación in- travascular diseminada⁽¹⁷⁾, hemorragias obstétricas severas y sepsis^(2,10,18).

Los factores de riesgo asociados a la presencia de acretismo placentario son descritos extensamente en la literatura y sintetizados en la Tabla 1.

Tabla 1.

• Placenta previa	30% ^(7,8,19)
• Cesárea anterior	25% (1 cesárea), 50% (2 cesáreas), 67% (4 cesáreas) ⁽²⁰⁾
• Legrado uterino	25% ^(4,6,9,11,15)
• Endometritis, extracción manual de placenta, miomatosis	Inconstante
• Niveles altos de α -fetoproteína o β -hCG	Segundo trimestre ⁽⁸⁾
• Multiparidad, madre añosa	Frecuente ^(1,8,19)

Dada la mayor incidencia de cesáreas y legrados uterinos, se viene observando un incremento de acretismo placentario.^(2,4,6,9-11,15)

El diagnóstico de acretismo placentario se hace en base a la sospecha clínica de los casos de riesgo. La ecografía muestra una serie de parámetros des- critos por Hudon⁽²⁰⁾, que dan un valor predictivo positivo del 80% para la placenta acreta/percreta. Los criterios son los siguientes:

1. Ausencia o adelgazamiento (menos de 1 mm) de la zona miometral hipoeoica normal en el seg- mento inferior anterior.
2. Presencia de espacios vasculares lacunares den- tro del parénquima placentario, lo que se ha lla- mado 'apariencia de queso suizo'.
3. Adelgazamiento, irregularidad o interrupción focal de la interfase hiperecoica entre las pare- des uterina y vesical.
4. Extensión del tejido placentario más allá de la serosa uterina.
5. Identificación con Doppler de vasos placen- tarios que se extiendan al miometrio o a la veji- ga, aunque no se ha demostrado mayor sensibi- lidad que la ultrasonografía usual.

Para descartar compromiso vesical en el preopera- torio, se podría solicitar una resonancia magnética nuclear, aunque muchas veces la infiltración vesical constituye un hallazgo en el intraoperatorio⁽¹³⁾

La morbilidad materna operatoria incluye un por- centaje mayor de lesiones vesicales (15%) compa- rado con el 2 a 3% descrito en la literatura para



placenta acreta del tercer trimestre⁽¹⁾. No se han presentado en las pacientes lesiones del intestino, eventos tromboembólicos ni síndrome de dificultad respiratoria aguda⁽¹³⁾.

La mortalidad descrita por la literatura es cercana al 10%. Durante el periodo estudiado, no hubo desenlaces fatales, a pesar del estado crítico de las pacientes⁽¹³⁾.

Entre las complicaciones asociadas al acretismo placentario, se encuentra la invasión de las estructuras anatómicas vecinas, principalmente urogenitales, frecuencia que varía de 3,3% a 9,5%⁽⁸⁾, lo que origina complicaciones postoperatorias, como fístulas, estenosis ureteral, litiasis, compromiso renal, absceso pélvico y renal, así como hemorragias tardías^(2,17).

La morbilidad operatoria incluye histerectomía, complicaciones intraoperatorias –como traumatismo intestinal, traumatismo urológico (traumatismo ureteral y laceración de vejiga)–, llegando en algunos casos al 15%⁽¹³⁾. Existe también riesgo elevado de eventos tromboembólicos, coagulación intravascular diseminada en 15%, alta incidencia de sepsis (10%)⁽¹³⁾, síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) secundario^(2,8,10,13,17) y hematoma de cúpula vaginal (10%)⁽¹³⁾. Las hemorragias obstétricas son causa de shock hipovolémico, anemia y muerte materna hasta en un 10%.

El tratamiento de la placenta acreta requiere la extracción quirúrgica total y agresiva del tejido trofoblástico, buen manejo de volúmenes del intra-vascular y cirugía reconstructiva en casos necesarios. El objetivo es el control de la hemorragia, para lo cual se indica la histerectomía abdominal total.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 Rep.* 1999;28(3):239-44.
2. Sánchez LM, Rubio JA. Acretismo placentario en el Instituto Materno Infantil (IMI) 1994-1999. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2002;53(4):327-34.
3. Bustos P, Delgado J, Greibe D. Ruptura uterina espontánea por placenta percreta. *Rev Chilena de Obstet Ginecol.* 2003;68(6):519-22.
4. Arredondo-Soberon F, Sabella V, Garza-Leal J, Valente PT. Placenta in creta en primer trimestre de embarazo. *Ginecol Obstet Mex* 1995;63:279-81.
5. Chen YJ, Wang PH, Liu WM, et al. Placenta accreta diagnosed at 9 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;19(6):620-2. (Medline).
6. Liu X, Fan G, Jin Z, Yang N, Jiang Y, Gai M, Guo L, Wang Y, Lang J. Lower uterine segment pregnancy with placenta in creta complicating first trimester induced abortion: diagnosis and conservative management. *Chin Med J (Engl).* 2003;116(5):695-8.
7. Sfar E, Zine S, Chaar N, Ben Ammar K, Haouat S, Zouari F, Zitouna M, Chelli H. Analysis of placenta accreta risk factors. 8 case reports. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1994;89(4):202-6.
8. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, Chiu TH, Hsu JJ, Hsieh TT. Risk factors for placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 1999;93(4):545-50.
9. Wen A, Qian D, Zhang X. Placenta accreta in early pregnancy: a case report and review of the literature. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1999;34(10):606-8. (Abstract).
10. Sánchez L, Ángel E, Castro-de-Pavón E. Placenta acreta en el primer trimestre de la gestación: presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2000;51(4).
11. Ecker JL, Sorem KA, Soodak L, Roberts DJ, Safon LE, Osathanondh R. Placenta in creta complicating a first-trimester abortion. A case report. *J Reprod Med.* 1992;37(10):893-5.
12. Harden MA, Walters MD, Valente PT. Postabortal hemorrhage due to placenta in creta: a case report. *Obstet Gynecol.* 1990;75(3 Pt 2):523-6.
13. Perucca E, Cazenave H, Barra A, et al. Placenta previa percreta con invasión vesical. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67(5): 324-7.
14. Price F, Resnik E, Héller K, Christopherson W. Placenta previa percreta involving de urinary bladder. A report of two cases and review of the literature. *Obstet Gynecol.* 1991;78(3):508-11.
15. Veridiano NP, Lopes J, Ohm HK, et al. Placenta percreta as a cause of uterine perforation during abortion. A case report. *J Reprod Med.* 1986;31(11): 1049-50.
16. Massotto-Chaves H, Wong R. Abdomen agudo y embarazo: Placenta percreta. *Acta Med Costarr.* 2001;43(4):178-81.
17. Lapresta-Moros M, Conte-Martin P, Perez-Perez P, Azua-Romeo J, Oro-Fraile J, Lapresta-Ferrandez C. Postabortal haemorrhage and disseminated intravascular coagulation due to placenta accreta. *Arch Gynecol Obstet.* 2003; 268(4):329-30. Epub 2003 Feb 08.
18. Breen JL, Newbecker R, Gregoric CA, Franklin JE. Placenta accreta, in creta y percreta: A survey of 40 cases. *Obstet Gynecol.* 1977;49:43-7.
19. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta—summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta.* 2002;23(2-3):210-4.
20. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1998;53(8):509-17.

