



## REPORTE DE CASO

# DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO DE PLACENTA ACCRETA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

## Diagnosis and surgical management of placenta accreta. Case report and literature review

*Fabio Rojas-Losada, M.D.\**, *Leyla Kuzmar-Daza, M.D.\*\**,  
*Fidel Ferreira-Narváez, M.D.\*\*\**, *Martha Abdalla, M.D.\*\*\*\**

Recibido: noviembre 25/2005 - Revisado: marzo 21/2006 - Aceptado: mayo 15/2006

### RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 37 años con diagnóstico prenatal de acretismo placentario por ecografía obstétrica, doppler placentario y resonancia magnética; confirmado, por histopatología. Reviste interés por el manejo multidisciplinario instaurado. Se describen los resultados de la revisión bibliográfica conducida en MEDLINE en los años 1991 a 2005 utilizando las palabras claves “factores de riesgo”, “diagnóstico placenta accreta”, “manejo placenta accreta” y “casos placenta accreta”. Se obtuvo el consentimiento informado por parte de

la paciente para reportar el caso, mediante el cual se pretende ilustrar el diagnóstico apropiado y el manejo programado de esta patología que involucra varias especialidades y que no es tan frecuentemente observada en la práctica.

**Palabras clave:** placenta accreta, ultrasonografía de Doppler en color, imagen por resonancia magnética, cistoscopia, histerectomía, transfusión sanguínea.

### SUMMARY

We report the case of a 37 year-old woman having an adverse obstetric history and prenatal diagnosis of placenta accreta by ultrasound, Doppler colour and magnetic resonance imaging, confirmed by histopathology. A Medline computerised search was carried out from January 1991 to June 2005 using “risk factor,” “prenatal diagnosis of placenta accreta,” “placenta accreta management” and “placenta accreta case report” key words to consider suitable multidisciplinary management.

The patient’s prior consent to report the case has been given here to teach this pathology’s proper diagnosis and programmed management as it concerns several specialties but does not occur frequently in practice.

- 
- \* Gineco-obstetra. Profesor catedrático.  
Departamento de Ginecología y Obstetricia.  
Facultad de Medicina. Universidad Surcolombiana.  
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.  
Neiva, Colombia.
- \*\* Residente Ginecología y Obstetricia.  
Universidad Surcolombiana.  
Neiva, Colombia.
- \*\*\* Perinatólogo. Profesor asistente.  
Departamento Ginecología y Obstetricia.  
Universidad Surcolombiana.  
Coordinador Unidad de Alto Riesgo Obstetrico.  
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.  
Neiva, Colombia.
- \*\*\*\* Radióloga. Unidad de Resonancia Magnética.  
Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.  
Neiva Colombia.  
Leyla Kuzmar Daza  
Carrera 7 No. 18A-29 Neiva, Huila  
Tel: (57)3005647568  
Correo electrónico: leylakuzmard@yahoo.com

**Key words:** placenta accreta, ultrasonography, Doppler, color, magnetic resonance imaging, cystoscopy, hysterectomy, blood transfusion.

## INTRODUCCIÓN

La placenta accreta ocurre cuando se instaura un defecto en la decidua basal resultando en una implantación invasiva anormal de la placenta. Esta es una entidad nosológica poco frecuente a la cual se ve enfrentado el obstetra, con una incidencia de 1 en 2.500 embarazos. Hoy día su incidencia es 10 veces mayor en relación a hace 50 años.<sup>1</sup> La distinción entre placenta accreta y percreta, puede ser difícil antes del parto. Su comportamiento clínico y apariencia radiológica, salvo cuando la invasión a vejiga se hace manifiesta, pueden ser similares, es por esto, que en esta revisión se utilizan los dos términos indistintamente.

La morbilidad y mortalidad materna por placenta accreta son considerables. La tasa de mortalidad se ha reportado en 7%, con una gran morbilidad intraoperatoria y postoperatoria asociada a transfusiones sanguíneas masivas, infecciones, daño ureteral y formación de fístulas.<sup>2</sup> Los factores de riesgo para placenta accreta incluyen placenta previa con o sin cirugía uterina anterior, antecedente de miomectomía, síndrome de Asherman, leiomioma submucoso y edad materna mayor de 35 años.<sup>3</sup> Las mujeres con cesárea anterior, tienen cerca de 25% de riesgo de desarrollar placenta accreta, por lo cual los obstetras deben tener alta sospecha clínica y tomar las precauciones respectivas en estos casos.<sup>4</sup>

El propósito de este artículo es describir el diagnóstico actual y el manejo interdisciplinario del acretismo placentario basado en una revisión de la literatura.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años G7P0C2A4 con gestación de 31 semanas por fecha de última menstruación al ingreso, referida por diagnóstico de placenta previa total

más acretismo placentario a descartar. La paciente es hospitalizada para estudio y manejo de acretismo placentario.

La conducta seguida consistió en aplicar maduración pulmonar con betametasona 12 mg IM C/24 h por dos dosis.

Se solicitó un ultrasonido obstétrico encontrándose los siguientes hallazgos:

Índice de líquido amniótico en 10, crecimiento dentro del percentil 50 para la edad y placenta previa oclusiva total.

En el Doppler fetal se reportó arteria umbilical, cerebral media y *ductus* venoso normal, además de la no visualización de la interfase placenta-miometrio, con sospecha de invasión vascular de este, por lo que se concluye alta probabilidad de acretismo placentario.

La imagen por resonancia magnética mostró placenta previa total asimétrica, acretismo placentario con invasión del miometrio en todo su espesor e imagen sugestiva de compromiso de la pared posterior vesical.

Se realizó entonces amniocentesis a las 34 semanas de gestación, reportando 33.000 cuerpos lamelares, glucosa de 45 mg/dl, leucocitos de 10 células/mm<sup>3</sup> y una tinción de gram negativa para bacterias.

Fue programada la cirugía a las 35 semanas de gestación, previa reserva de unidad de cuidados intensivos adulto y neonatal, así como de componentes sanguíneos, bajo la coordinación de un obstetra, con apoyo multidisciplinario por parte de un urólogo, neonatólogo y anestesiólogo.

Se practicó cistoscopia por cateterismo uretral, observando vascularidad aumentada pero se descartó infiltración vesical.

Se procedió a realizar la cesárea, visualizando el segmento muy vascularizado, por medio de incisión uterina fundo-corporal anterior, se extrae recién nacido masculino con peso de 2.800 gr, Apgar de 8 al minuto y se traslada a pediatría. Se deja la placenta *in utero*, realizando posteriormente la histerorrafia y seguidamente la histerectomía bajo los

pasos que se enunciaran posteriormente. Requiere transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos y 6.000 cc de cristaloides.

La paciente se traslada a UCI adultos en el postoperatorio inmediato para monitoreo hemodinámico y por alto riesgo de falla ventilatoria. Evoluciona satisfactoriamente siendo enviada al servicio de hospitalización a los 2 días, donde permanece alrededor de una semana, egresando sin ninguna complicación.

Se recibió estudio de patología que reportó:

*Descripción macroscópica:* útero que pesa 1.800 gr, de 26x17x4 cm, cérvix borrado, la cavidad endometrial está dilatada y se encuentra ocupada por placenta que mide 20x15 cm, trae cordón umbilical de inserción paracentral ligado, que mide 11x2 cm, trivascular. La placenta infiltra macroscópicamente los 2/3 internos del miometrio.

*Descripción microscópica:* Placenta del tercer trimestre, placenta accreta que compromete los dos tercios internos del miometrio. Cordón umbilical y membranas sin alteraciones.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### Diagnóstico y manejo multidisciplinario

Con las siguientes preguntas en mente: ¿Cuál es el manejo actual de la placenta accreta? ¿Qué métodos se utilizan en su diagnóstico? ¿Qué aproximaciones de tratamiento? Se hizo revisión bibliográfica conducida en MEDLINE en el rango de años de 1991 a 2005, utilizando las palabras clave “factores de riesgo”, “diagnóstico placenta accreta”, “manejo placenta accreta” y “casos placenta accreta”. Se exponen a continuación los resultados hallados según los dos tópicos objeto de revisión.

### Métodos diagnósticos actuales

La ultrasonografía es útil en la búsqueda de placenta accreta, esta requiere una valoración cuidadosa y diligente de la interfase uteroplacentaria. La ausencia

o adelgazamiento (menor de 1 mm) de la zona miometral hipoeoica normal en el segmento uterino anterior es sugestiva de una adhesión anormal de la placenta. La sensibilidad (93%), especificidad (79%) y el valor predictivo positivo (78%) de este criterio sonográfico son aceptables según pequeñas series, pero combinado con otros criterios ecográficos se puede establecer el diagnóstico de placenta accreta confiablemente. La presencia de la zona miometrial hipoeoica normal es consistente con una baja probabilidad (<10%) de placenta accreta.<sup>5</sup> A la presencia de espacios lacunares vasculares en el parénquima placentario se le ha llamado “apariencia en queso suizo”. Se piensa, que este hallazgo es un factor de riesgo para placenta accreta, aún en ausencia de otros hallazgos sospechosos de este diagnóstico.<sup>6</sup> El adelgazamiento, irregularidad, o disrupción focal de la interfase hiperecoica entre la pared vesical y el útero, es muy sospechoso de invasión de la vejiga.

El Doppler color puede incrementar el nivel de confiabilidad en la identificación de la zona miometral. Las otras ventajas del doppler color son la mayor especificidad en el diagnóstico de placenta accreta y una mejor valoración de la profundidad de la invasión miometrial o de la serosa. Cuando se pueden identificar los vasos prominentes extendiéndose desde la base de la placenta al miometrio o la pared vesical, se puede sospechar el diagnóstico de placenta accreta.<sup>7</sup>

La imagen por resonancia magnética (IRM) puede ser muy útil, particularmente para evaluar la invasión vesical. Otra ventaja es la habilidad para visualizar la invasión de la pared posterior y lateral del útero en esos casos en que la placenta se implantó posteriormente. La IMR se debe usar en los casos en que el ultrasonido no pueda descartar la presencia de placenta accreta.<sup>8</sup>

### Manejo

Cerca de 80% de las pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de placenta accreta, necesitarán de histerectomía durante el acto quirúrgico de la cesárea; el alto grado de sospecha y de preparación

ayudan a disminuir la morbilidad materna previniendo algunas complicaciones médicas y quirúrgicas intraoperatorias.<sup>9</sup>

El manejo óptimo de estas pacientes es complejo y requiere de la cooperación de especialistas de numerosas disciplinas. Este equipo debería estar liderado por un obstetra. Un manejo organizado en el cual todos entiendan qué esperar y cuál es su contribución en particular reduciría la confusión en el momento que se lleve a cabo la cirugía.

Por parte del urólogo, se requiere de una cistoscopia intraoperatoria bajo anestesia, inmediatamente antes de la cirugía, facilitando el diagnóstico de invasión de la placenta a la pared vesical, lo que ayuda al equipo a prepararse para una cirugía más extensa si se necesitara. Por otro lado, la colocación de catéteres ureterales durante la cistoscopia, puede ser de ayuda en la identificación de los uréteres y evitar su lesión durante la cirugía, ya que en los casos de placenta previa accreta la anatomía se encuentra alterada con distensión y deformidad del segmento uterino inferior, lo que hace la histerectomía más difícil e incrementa los riesgos trauma ureteral.<sup>10</sup>

El promedio de las pérdidas sanguíneas intraoperatorias durante la cirugía de la placenta accreta es de 3.000 a 5.000 ml, y el 90% de las pacientes que van a cesárea-histerectomía requerirán de transfusión.<sup>11</sup> Antes de la cirugía, se debe discutir el caso con el hematólogo encargado del banco de sangre para asegurar que los requerimientos de componentes sanguíneos necesarios, puedan estar disponibles. Por el riesgo sustancial de hemorragia intraoperatoria, se recomienda tener en salas de cirugía, al iniciar el procedimiento, entre 8-10 unidades de glóbulos rojos.

Por el alto riesgo de parto pretérmino, debe vincularse al neonatólogo. Se deben colocar corticoides para la maduración pulmonar. El parto tiene que considerarse a las 34 a 35 semanas, después de confirmar la madurez pulmonar por amniocentesis, en aras de disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a las cirugías de emergencia. O'Brien *et al.*<sup>12</sup> reportaron que 50% (cuatro de ocho casos) de

las muertes maternas secundarias a placenta accreta ocurrieron después de la semana 35 de gestación enfatizando el gran riesgo de hemorragia espontánea severa con el incremento de la edad gestacional.

Una buena estrategia para el acto operatorio, es tener a un especialista con experiencia en controlar la hemorragia por vasos pélvicos (cirujano vascular, cirujano general, o un gineco-oncólogo). La ligadura bilateral de las arterias hipogástricas, exposición de la aorta infrarenal, y otros procedimientos de emergencia para controlar la hemorragia, se pueden requerir, por lo cual estas personas con experiencia deben estar disponibles inmediatamente.

En relación al manejo en salas de cirugía, el alto grado de sospecha y preparación son esenciales para evitar catástrofes intraoperatorias. La incisión en piel debe ser vertical. Si se sospecha compromiso de la pared abdominal anterior, se prefiere realizar una incisión paramediana, para abolir el sangrado excesivo, que pudiese causarse por incidir directamente a través de la placenta.<sup>13</sup>

El inspeccionar la superficie de la serosa uterina, es de ayuda para confirmar el diagnóstico de placenta accreta. Antes de incidir, se debe visualizar directamente la invasión de otras estructuras (vejiga, serosa uterina, parametrios). Se realiza una incisión uterina fúndica, vertical, para no incidir sobre la placenta, lo que causaría una hemorragia incontrolable. En los raros casos, en que la placenta es de implantación fundocorporal anterior, se incide en la pared posterior del útero, exteriorizando de la cavidad abdominal al útero grávido. No se debe intentar remover la placenta, en casos en que la placenta accreta sea obvia, porque esto resultaría en un sangrado severo. El útero debe ser hemostáticamente cerrado, se deben administrar agentes oxitócicos y realizar de inmediato la histerectomía.<sup>13</sup>

En el caso de producirse una hemorragia severa existen dos maniobras salvatorias que se pueden realizar. Primero, la compresión inmediata de la aorta por debajo de las arterias renales, se puede practicar compresión directa por la mano del cirujano o por un compresor aórtico, lo que podría dis-

minuir considerablemente la hemorragia mientras el cirujano toma control de la situación. Segundo, al primer signo de hemorragia masiva, se debe iniciar la transfusión sanguínea. En los casos en los cuales el sangrado sea menos profuso, pero persistente, se puede proceder a la ligadura bilateral de las arterias uterinas. Colocar una segunda ligadura marginal, lateral por debajo del ligamento ovárico, ha demostrado reducir el flujo sanguíneo uterino y la presión de pulso. En los casos en los cuales la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y no hay evidencia de coagulopatía, la ligadura profiláctica de las arterias hipogástricas se puede considerar antes de iniciar la histerectomía.

Al practicar la histerectomía se deben seguir los siguientes pasos: 1. Realizar doble pinzamiento de los pedículos; 2. Los pedículos se deben ligar doblemente y la longitud de estas debe ser la adecuada para evitar su retracción; 3. Evitar la disección roma de la vejiga porque se puede producir sangrado masivo, por la hipervascularidad y flujo anormal sanguíneo del segmento uterino inferior; 4. Se puede considerar la histerectomía supracervical en casos de placenta previa con acretismo, porque en la región cervical predomina el sangrado.<sup>2</sup>

El monitoreo postoperatorio intensivo de la paciente es obligatorio, pues, con alta frecuencia se requiere de transfusiones masivas. Se recomienda monitoreo hemodinámico continuo con particular atención al gasto urinario y a la detección temprana de edema agudo de pulmón, síndrome de dificultad respiratoria del adulto o sangrado abdominal persistente. Deben administrarse antibióticos profilácticos intraoperatoriamente y 24 horas después del procedimiento. Por la duración prolongada de la cirugía, las pacientes pueden desarrollar ileo parálisis, haciéndose necesario colocar una sonda nasogástrica con drenaje intermitente.<sup>9</sup> Se debe sospechar el sangrado intraabdominal si hay un descenso inexplicado del hematocrito, lo que conduciría a una reexploración del abdomen. Una vez el sangrado sea descartado, a estas pacientes se les debe instaurar profilaxis antitrombótica.

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico preoperatorio permite la preparación y la apropiada referencia de la paciente a un hospital donde se le brinden las facilidades de atención por un equipo multidisciplinario. La cirugía se puede realizar electivamente, promoviendo el uso de la maduración pulmonar fetal con corticoides, esta se debe confirmar, antes de la cirugía electiva, para reducir la morbilidad neonatal innecesaria. La adecuada preparación y manejo del equipo tratante reduce la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, lo cual se constituye en el fin principal del obstetra.

En situaciones de emergencia o en las cuales no se disponga del ultrasonido, conocer los factores de riesgo, puede ser útil en la preparación preoperatorio y en la consejería de la mujer con placenta previa, en relación a la posibilidad de presentar placenta accreta y su morbilidad consecuente, tal como recomienda el Colegio Americano de Gineco-obstetricia ACOG<sup>14</sup> y el Colegio Real de Gineco-obstetricia RCOG.<sup>15</sup>

## REFERENCIAS

1. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:210-4.
2. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1632-8.
3. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985;66:89-92.
4. Perucca E, Cazenave H, Barra A, Ochoa, Villagrán G, Espinoza R, et al. Placenta previa percreta con invasión vesical. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67:364-7.
5. Finberg G, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *J Ultrasound Med* 1992;11:333-43.
6. Hoffman-Tretin F, Koenigsberg M, Rabin A, Anyaegbunam A. Placenta accreta. Additional sonographic observations. *J Ultrasound Med* 1992;11:29-34.

7. Levine D, Atkinson M, Hatabu H et al. Color Doppler US, Power Doppler US, and MR Imaging in the diagnosis of placenta accreta (abstr). Presented at Radiological Society of North America; Nov. 1996
8. Thorp JM Jr, Councell B, Sandridge D, Wiest HH. Antepartum diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 1992;80:506-8.
9. Catanzarite V, Stanco L, Schrimmer S, Aisenbrey G. Managing placenta previa/accreta. *Contemp Obstet Gynecol* 1996;41:66-95.
10. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:509-17.
11. AbdRabbo SA. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrollable postpartum hemorrhage with preservation of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:694-700.
12. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1632-8.
13. Clark S, Phelan J, Yeh S, Bruce SR, Paul RH. Hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1985;66:353-6.
14. Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion. Placenta accreta. No. 266, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:77-8.
15. Placenta previa and placenta previa-accreta: diagnosis and management [RCOG Guidelines page] January 2005. Visitado en 2005, Feb. 4. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk>.

**Conflicto de intereses:** ninguno declarado.