Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2018 febrero;86(2):151-157.

Placenta previa total acreta complicada con ruptura prematura de membranas pretérmino: reporte de un caso

Fernández-Lara JA,[1] Mendoza-Huerta M,[1] De La Maza-Labastida S,[2] Peña-Zepeda C,[3] Esparza-Valencia DM,[4] Ling-García JP[4]

Resumen

ANTECEDENTES: La incidencia de acretismo placentario se ha elevado en países industrializados debido al incremento en la tasa de cesáreas. La ruptura prematura de membranas pretérmino se asocia con complicaciones en 3% de todos los embarazos. En la actualidad no existen publicaciones que documenten la atención médica de ambas alteraciones en conjunto.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años, en curso del segundo embarazo (30.2 semanas de gestación), que acudió al servicio médico por salida de líquido transvaginal. Se confirmó la ruptura prematura de membranas pretérmino por cristalografía y determinación de microglobulina alfa 1 placentaria por tira reactiva Amnisure®. La valoración de los médicos del servicio de Medicina Materno-Fetal fue: placenta previa total, con lagunas placentarias y flujo turbulento, grosor miometrial menor de 1 mm y pérdida de la interfase deciduomiometrial. Después de comprobar el bienestar fetal se inició el tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino. Se decidió finalizar el embarazo a las 31 semanas, debido a que se confirmó el inicio del trabajo de parto y actividad uterina normal; se efectuó cesárea-histerectomía sin complicaciones maternas.

CONCLUSIÓN: La placenta previa total con datos de acretismo, concomitante con ruptura prematura de membranas pretérmino, es una complicación poco común. Estas pacientes deben recibir tratamiento conservador y adecuada vigilancia materno-fetal. A pesar de los buenos resultados obtenidos en este caso, se requiere mayor evidencia para indicar el tratamiento conservador en estas pacientes.

PALABRAS CLAVE: Placenta acreta; placenta previa; ruptura prematura de membranas pretérmino; tratamiento conservador.

[1] Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.
[2] Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia.
[3] Adscrito al servicio de Anatomía Patológica.
[4] Residente de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México.

Recibido: agosto 2017

Aceptado: enero 2018

Correspondencia
José Pablo Ling García
pablolingg@outlook.com

Este artículo debe citarse como
Fernández-Lara JA, Mendoza-Huerta M, De La Maza-Labastida S, Peña-Zepeda C, Esparza-Valencia DM, Ling-García JP. Placenta previa total acreta complicada con ruptura prematura de membranas pertérmino: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018 feb;86(2):151-157.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i2.1568

Ginecol Obstet Mex. 2018 February;86(2):151-157.

Total placenta praevia accreta complicated with preterm premature rupture of membranes: A case report.

Fernández-Lara JA,[1] Mendoza-Huerta M,[1] De La Maza-Labastida S,[2] Peña-Zepeda C,[3] Esparza-Valencia DM,[4] Ling-García JP[4]

Abstract

BACKGROUND: The incidence of placental accreta has increased in industrialized countries, due to the increase in the rate of cesarean sections. On the other hand, the premature rupture of membranes (PPROM), complicate approximately 3% of all pregnancies and is associated mainly with neonatal complications related to prematurity. At present, there is no documented evidence in the medical literature of the approach of both pathologies together.

CLINICAL CASE: 31-year-old woman at 30.2 weeks' gestation in her second pregnancy is admitted to the hospital with vaginal discharge. PROM is confirmed by fern-type crystallization and quantification of placental alpha macroglobulin-1 (PAMG-1) microglobulin by Amnisure® test strip. Medical assessment is performed by the maternal-fetal specialists, finding complete placenta praevia with the presence of vascular lacunae with turbulent lacunar flow, myometrium thickness < 1mm and loss of the clear space. Fetal well-being is confirmed and conservative management of PPROM is initiated. Obstetric delivery is conducted at 31 weeks of gestation with Caesarean section - Hysterectomy without complications.

CONCLUSIONS: The premature rupture of membranes in presence of placenta accreta is a rare complication. In this patients, conservative management is a suitable alternative, with an appropriate maternal and fetal surveillance. More evidence is required to indicate the conservative treatment in these patients.

KEYWORDS: Placenta accreta; Placenta praevia; Preterm premature rupture of membranes; Conservative treatment.

ANTECEDENTES

El acretismo es la invasión anormal del trofoblasto al miometrio sin intervención de la decidua; en la mayoría de los casos se relaciona con alteraciones en la lámina de Nitabuch. La incidencia de acretismo se ha elevado en países industrializados, debido al incremento en la tasa de cesáreas. Actualmente se estima una tasa de 1 por cada 300 embarazos.[1] El principal factor de riesgo es la combinación de placenta previa y el antecedente de cesáreas, de este modo existen 3, 11, 40, 61 y 67% en relación con 1, 2, 3, 4, 5 o más cesáreas previas, respectivamente.[1-2]

Otros factores de riesgo asociados incluyen: antecedente de curetaje, miomectomía, radiación pélvica y ablación endometrial.[1-3] La principal complicación materna relacionada con el acretismo es la hemorragia obstétrica, incluso puede provocar coagulación intravascular diseminada, insuficiencia orgánica, histerectomía, tromboembolismo o muerte.[1]

La ruptura prematura de membranas pretérmino suele ocurrir antes de las 37 semanas de gestación y del inicio del trabajo de parto. Esta alteración genera complicaciones en aproximadamente 3% de todos los embarazos y en un tercio de los embarazos pretérmino.[4] Una de las consecuencias de la ruptura prematura de membranas pretérmino es la prematurez, que representa la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal. El tratamiento expectante-conservador, cuya finalidad es prolongar el nacimiento del feto con ruptura prematura de membranas pretérmino y sin complicaciones obstétricas, es benéfico porque incrementa la edad gestacional al nacimiento.[4]

La administración de antibióticos y el tratamiento conservador en pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino prolongan el embarazo y disminuyen las infecciones maternas y neonatales, además de la morbilidad dependiente de la edad gestacional.[4] Con la finalidad de reducir las infecciones maternas o neonatales y la morbilidad asociada con la edad gestacional, se ha demostrado que el tratamiento combinado con ampicilina intravenosa y eritromicina, seguida de amoxicilina por vía oral y eritromicina durante 7 días es eficaz en pacientes con embarazos menores de 34 semanas de gestación.[4]

CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años, en curso del segundo embarazo (30.2 semanas de gestación), con antecedente de cesárea en el año 2015, por sospecha de pérdida del bienestar fetal, sin complicaciones aparentes. La paciente acudió al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto por abundante salida de líquido transvaginal. En una clínica particular, en la semana 28 del embarazo, le diagnosticaron placenta previa total, con datos ultrasonográficos sugerentes de acretismo.

A su ingreso se la encontró con signos vitales normales, fondo uterino de 29 cm, sin actividad uterina. A la especuloscopia se evidenció salida franca de líquido claro transcervical (**Figura 1**); se obtuvo una muestra de la secreción, del fondo del saco posterior, para realizar cristalografía, que resultó positiva. Se comprobó la ruptura prematura de membranas mediante la determinación de microglobulina alfa 1 placentaria (PAMG-1) por tira reactiva Amnisure®. La valoración ultrasonográfica mostró un feto en presentación cefálica, con fetometría promedio de 31.5 semanas, peso estimado de 1833 g, índice de líquido amniótico (ILA) de 1.5 cm y anatomía fetal no valorable por anhidramnios. La exploración por vía endovaginal reportó hallazgos de placenta previa total con tres lagunas placentarias, flujo turbulento (**Figura 2**), grosor miometrial menor de 1 mm y pérdida de la interfase deciduomiometrial en su porción más anterior e izquierda; no se visualizó protrusión de los vasos hacia la vejiga; la longitud cervical fue de 21 mm. Al no encontrar datos clínicos de corioamnioitis, sangrado vaginal ni alteraciones maternas, se decidió iniciar el tratamiento conservador de ruptura prematura de membranas pretérmino. Se le administraron: ampicilina (2 g/6 h) y eritromicina (250 mg/8 h) por vía intravenosa, seguido de amoxicilina (250 mg/8 h) y eritromicina (250 mg/8 h) por vía oral, ambos esquemas durante dos días. Se indicó tratamiento de maduración pulmonar con dexametasona (4 dosis), de acuerdo con el protocolo de la institución. El embarazo finalizó por vía abdominal, a las 31 semanas de gestación, debido



Figura 1. Salida franca de líquido amniótico transcervical.

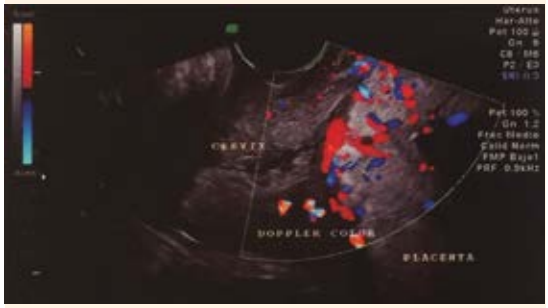


Figura 2. Ultrasonido transvaginal. La placenta recubre en su totalidad el orificio cervical interno; se observa el flujo turbulento con Doppler color, con múltiples lagunas placentarias.

al inicio de actividad uterina regular. Se llevó a cabo el procedimiento de cesárea-histerectomía por sospecha de acretismo (**Figuras 3 y 4**), del que nació un varón de 1760 g, con Apgar 8-9, Silverman-Anderson 0-1, sin complicaciones maternas, con sangrado transquirúrgico estimado de 800 cc. Se administraron soluciones cristaloides, sin necesidad de aplicar hemoderivados. La pieza quirúrgica placentaria se envió al servicio



Figura 3. Segmento uterino vascularizado, con datos sugerentes de acretismo.

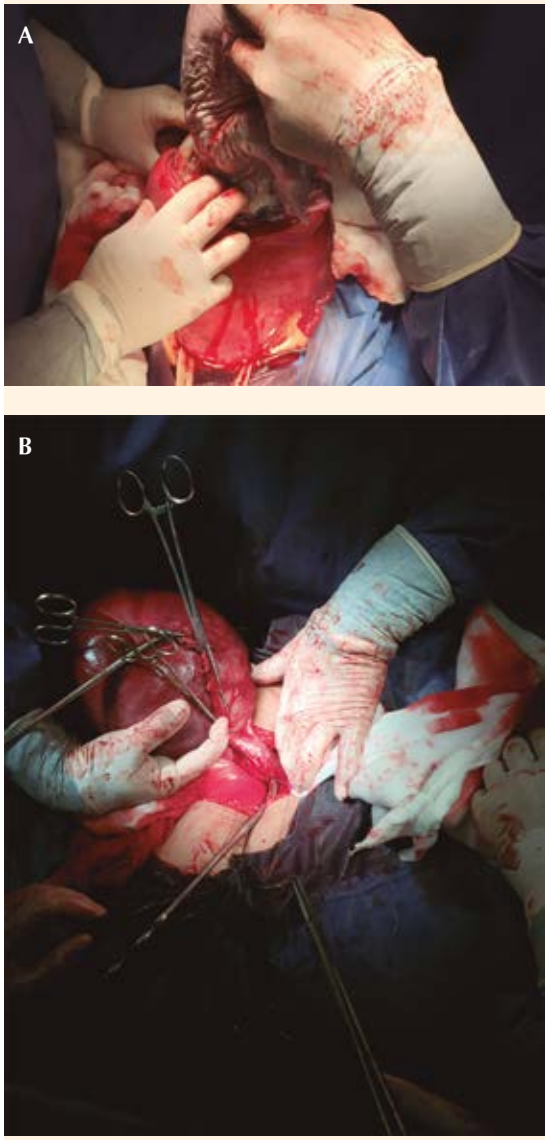


Figura 4. Extracción del útero de la cavidad abdominopélvica; A) cesárea con incisión fúndica y extracción del feto; B) histerectomía obstétrica total.

de Patología (**Figura 5**). La paciente se trasladó, estable, a la sala de recuperación de Ginecología y Obstetricia.

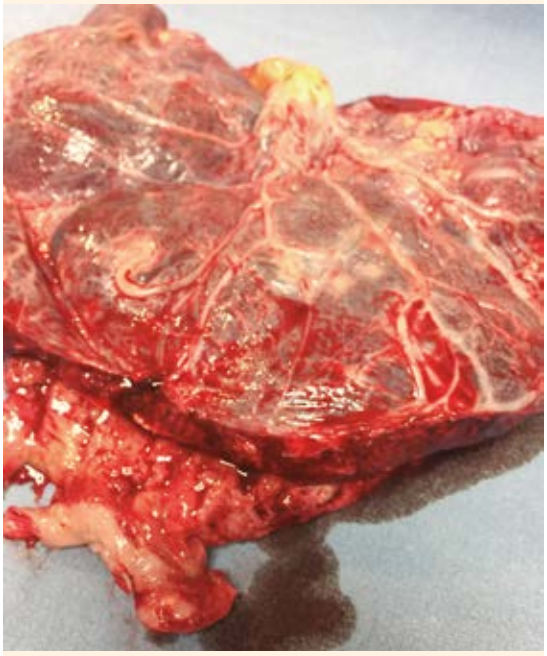


Figura 5. Corte longitudinal del útero, donde se observa la placenta que recubre el orificio cervical interno.

Dos días después de la intervención quirúrgica se otorgó el alta hospitalaria a la madre, sin complicaciones y con seguimiento por el servicio de Consulta Externa. El reporte de patología fue: útero sin anexos, en estado posgrávido, con evidencia histopatológica de acretismo placentario (**Figura 6**). El recién nacido ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales por complicaciones asociadas con la prematurez; se dio de alta del hospital 17 días después de su internamiento por evolución satisfactoria. En la actualidad permanece en seguimiento por el servicio de Consulta Externa, sin complicaciones adicionales.

DISCUSIÓN

La incidencia de placenta acreta es de 3% en pacientes con antecedente de cesárea y de 11-25% si además tiene placenta previa.[1-2] La ruptura

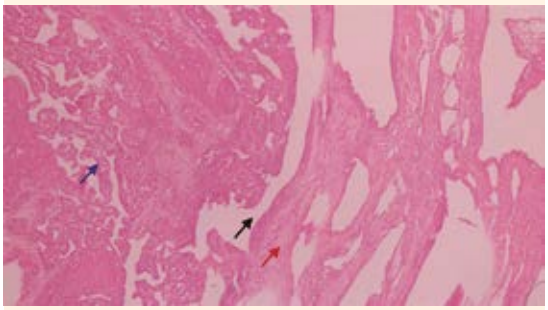


Figura 6. Corte histológico que evidencia la invasión del trofoblasto al miometrio (comprobación del diagnóstico de acretismo placentario). La flecha azul indica las vellosidades del tercer trimestre, la flecha roja muestra el miometrio y la flecha negra la invasión de las vellosidades coriales al miometrio, con ausencia de decidua basal.

prematura de membranas pretérmino también se reporta en 3% del total de las pacientes embarazadas.[4] No existen registros estadísticos, ni casos completos publicados, que describan la relación y el tratamiento de ambas alteraciones en conjunto.

Diversos estudios indican finalizar el embarazo a partir de las 34 0/7 semanas de gestación en pacientes con acretismo placentario y en quienes deviene la ruptura prematura de membranas pretérmino, sin datos clínicos de infección intraamniótica. En nuestra paciente se estableció el diagnóstico prenatal, en la semana 28 del embarazo, de placenta previa total con datos sugerentes de acretismo, además de ruptura prematura de membranas a las 30 2/7 semanas de gestación. Hasta el momento, ningún ensayo señala protocolos de tratamiento ni recomendaciones en mujeres con ambas alteraciones.

La bibliografía internacional reporta dos casos similares al expuesto en este estudio: uno publicado en 1948, en una paciente con placenta previa total sin acretismo, complicada con ruptura prematura de membranas y cuyo diagnóstico se estableció mediante clínica;[5] y el otro publicado en 2006 por Hamar y sus colaboradores, quienes reportaron una paciente con placenta acreta y ruptura prematura de membranas, sin inserción de placenta previa, como sucedió con nuestra paciente.[6]

Con base en lo descrito en la bibliografía, cuando no existe trabajo de parto, hemorragia obstétrica ni datos clínicos de infección intraamniótica, se sugiere implementar el tratamiento conservador de ruptura prematura de membranas pretérmino, con esteroides para madurez pulmonar, tratamiento con antibióticos por vía intravenosa y vigilancia estrecha.

En la paciente de este estudio se decidió finalizar el embarazo por el inicio de trabajo de parto, comprobado por la actividad uterina regular. Con esta acción se consiguió prolongar el embarazo cinco días y el recién nacido y su madre se vieron favorecidos (no fue necesario el apoyo ventilatorio invasivo), se efectuó cesárea-histerectomía, no se requirió transfusión de hemoderivados, ni admisión a la unidad de cuidados intensivos.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de placenta previa total con datos de acretismo, concomitante con ruptura prematura de membranas pretérmino, es una complicación poco común. Las pacientes con este tipo de complicaciones deben recibir tratamiento conservador y adecuada vigilancia materno-fetal. A pesar de los buenos resultados obtenidos en este caso se requiere mayor evidencia para indicar el tratamiento conservador en estas pacientes.

REFERENCIAS

1. Silver RM. Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. Obstet Gynecol 2015;126(3):654-668.

2. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. RCOG Green-top Guideline No. 27. January 2011. Dirección URL: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_27.pdf>.
3. Lorthe E, Ancel PY, Torchin H, Kaminski M, et al. Impact of latency duration on the prognosis of preterm infants after preterm premature rupture of membranes at 24 to 32 weeks' gestation: a National Population-Based Cohort Study. J Pediatr 2017;182:47-52.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes. Obstet Gynecol 2016;128(4):934-936.
5. Mills WG. Central placenta praevia with premature rupture of membranes. Br Med J 1948;1(4549):500.
6. Hamar BD, Wolff EF, Kodaman PH, Marcovici I. Premature rupture of membranes, placenta increta, and hysterectomy in a pregnancy following endometrial ablation. J Perinat 2006;26:135-137.

AVISO PARA LOS AUTORES

Ginecología y Obstetricia de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.