Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (3): 294-299.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5674

Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso

Uterine rupture by placenta percreta in the third quarter of pregnancy: case report.

Clementina Soni-Trinidad,[1] Maulio Fabio Rivera-López,[2] Benjamín Soni-Trinidad,[3] José Ferrer Hernández-Cartagena,[4] Daniela Fernanda Velasco-Cárdenas,[4] Moisés Soni-Trinidad[5]

Resumen

ANTECEDENTES: La placenta percreta es la forma más rara e invasiva del acretismo placentario: supone el 5% de estos casos y concentra la mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Además, es la principal causa de ruptura uterina, por ello su diagnóstico y atención temprana son decisivos. Hoy día, el ultrasonido es la herramienta esencial y de elección para identificar el alto riesgo de acretismo placentario.

CASO CLÍNICO: Paciente con 32.5 semanas de embarazo, ingresada a Urgencias con signos sugerentes de choque hipovolémico e inconsciente. Se decidió la cesárea de urgencia, con histerectomía abdominal y salpingooferectomía izquierda, por ruptura uterina en torno del cuerno izquierdo, con exposición parcial de la placenta, de aspecto percreta, con salida de vellosidades, laceraciones en el intestino y sangrado de 3500 mL. Nació una niña y se salvó la vida de la madre.

CONCLUSIONES: La disponibilidad de personal capacitado y experimentado permite la actuación rápida ante estas urgencias médicas. Los bancos de sangre y las unidades de cuidados intensivos son indispensables para ofrecer una atención médica completa y de calidad que responda a las necesidades de la población.

PALABRAS CLAVE: Placenta percreta; ruptura uterina; acretismo placentario

Abstract

BACKGROUD: Placenta percreta is the rarest and most invasive form of accreta placenta spectrum disorders, accounts for 5% of these cases, and concentrates the highest maternal and perinatal morbidity and mortality, in addition to being the main cause of uterine rupture, due to This diagnosis and early attention are decisive. Ultrasound has become the essential and choice tool to identify women at high risk of placental accreta.

CLINICAL CASE: Patient with a pregnancy of 32.5 weeks of gestation is admitted to the emergency department with suggestive signs of hypovolemic shock and unconscious, an emergency body caesarean section was performed with abdominal hysterectomy and left salpingooferectomy due to uterine rupture at the level of the left horn with partial exposure of placental appearance Percreta with exit of villi, lacerations in intestine and a total bleeding of 3500 mL. Thanks to the appropriate and timely action of the staff, a unique live product of the female sex was obtained and safeguard the life of the mother.

CONCLUSIONS: The importance of having highly trained staff who act quickly in this kind of medical emergency, in addition to having a blood bank and an intensive care unit makes possible a complete and quality medical care that meets the needs of the population

KEYWORDS: Placenta percreta; Uterine rupture; Placenta accreta.

[1] Ginecoobstetra adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal.
[2] Ginecoobstetra
[3] Anatomopatólogo, docente de la Universidad Veracruzana.
[4] Estudiante de Medicina, Universidad Veracruzana.
Hospital Regional de Poza Rica, Veracruz.
[5] Estudiante de Medicina, Universidad Anahuac, Puebla.

Recibido: mayo 2021

Aceptado: septiembre 2021

Correspondencia
José Ferrer Hernández Cartagena
ferrer1024@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Soni-Trinidad C, Rivera-López MF, Soni-Trinidad B, Hernández-Cartagena JF, Velasco-Cárdenas DF, Soni-Trinidad M. Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (3): 294-299.

ANTECEDENTES

La placenta percreta es la forma más rara e invasiva de los trastornos del acretismo placentario, que suponen el 5% de estos casos y concentra la mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal, sobre todo por la hemorragia y sus consecuencias.[1,2] En esta variedad de adherencia, las vellosidades penetran a través de la serosa uterina e invaden los tejidos y órganos pélvicos circundantes, como la vejiga y los intestinos.[3,4,5]

El primer caso de placenta percreta lo describió Alexandroff en 1900. Para 1956 solo se habían reportado 8 casos, todos asociados con ruptura uterina.[6] La estimación de la incidencia de este tipo de trastornos es de 1 caso por cada 7000 embarazos.[7] Desde luego que la incidencia ha ido en aumento debido a la asociación entre la cantidad de cesáreas previas y la placenta previa. Esta última es la placenta que alcanza o se extiende directamente sobre el orificio interno del cuello uterino.[3]

Otros factores que aumentan el riesgo de apego placentario anormal y ruptura uterina, además de la cesárea y la placenta previa, son: la multiparidad, la edad reproductiva avanzada, la endometriosis, la dilatación uterina, el curetaje, las miomectomías convencionales, las reseccio-nes histeroscópicas de septos y los miomas.[8] La placenta percreta es la causa más frecuente de ruptura uterina. El diagnóstico histológico a menudo consiste en la ausencia de la placa basal de la placenta y la existencia de tejido trofoblástico en el miometrio o la serosa uterina.[9,10]

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años, menarquia a los 13 años, ritmo menstrual 30 x 5 días e inicio de vida sexual activa a los 16 años. Embarazos: 6, partos: 3, abortos: 2. Fecha de la última menstruación el 28 de agosto del 2018; fecha probable de parto: 28 de mayo del 2019. Antecedente de legrado uterino instrumental 10 meses antes del internamiento. No declaró antecedentes personales patológicos de importancia. Acudió a 5 consultas prenatales en su centro de salud, sin ultrasonidos reportados.

Ingresó por primera vez a la unidad tocoquirúrgica a las 23.1 semanas de embarazo y, luego a las 25. En ambas ocasiones tuvo sangrado transvaginal escaso y actividad uterina. Se trató durante 3 días con uteroinhibidores y antibióticos por amenaza de parto pretérmino e infección de vías urinarias. El ultrasonido practicado al ingreso no reportó datos relevantes, por eso se envió a su domicilio, sin complicaciones.

En la semana 32.5 del embarazo fue llevada a Urgencias en estado de choque e inconsciente; dos horas antes de su ingreso había iniciado con dolor abdominal en el bajo vientre. Signos vitales al ingreso: tensión arterial 50-30 mmHg, frecuencia cardiaca 120 lpm, frecuencia respiratoria 42 rpm, temperatura 34 °C.

A la exploración física se encontró diaforética y con marcada palidez de piel. El ultrasonido reveló la existencia de un feto único, vivo, en presentación pélvica, con frecuencia cardiaca de 80 lpm, líquido normal, sin pérdidas transvaginales. Se activó el código Mater y se preparó para cesárea de urgencia, por riesgo de muerte materna y fetal.

Los estudios preoperatorios del laboratorio informaron: hemoglobina 7.3 g/dL, hematocrito 24%, plaquetas 105,000, leucocitos 17,500, grupo sanguíneo y RH O+, tiempo de protrombina 15.3 segundos, tiempo parcial de tromboplastina 32.3 segundos, 88.2% de tiempo de coagulación activada, fibrinógeno 481 mg/dL, transaminasa glutamato-oxaloacética 26 U/L, transaminasa glutamato-pirúvica 18 U/L, glucosa 333 mg/dL, urea 10 mg/dL, creatinina 0.8 mg/dL.

Se llevaron a cabo la cesárea, la histerectomía abdominal y la salpingooferectomía izquierda. El nacimiento fue de una niña viva, con Apgar 4, 6, 7, de 1450 gramos, talla de 35 cm y por Capurro: 31 semanas de gestación.

Hallazgos quirúrgicos: ruptura uterina de aproximadamente 7 cm en la cara anterior del cuerpo, cerca del cuerno izquierdo del útero, con exposición parcial de la placenta, de aspecto percreta, con vellosidades y laceraciones en el intestino (**Figuras 1 y 2**). Se reportó hemoperitoneo de 2000 mL, coágulos abundantes y 3500 mL de sangrado total.

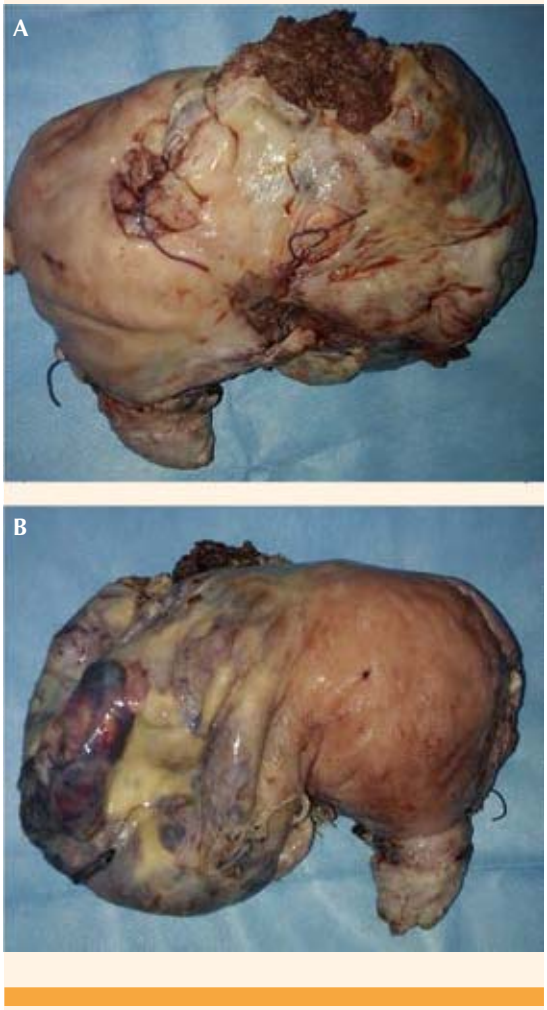
Durante el transoperatorio se le administraron 8000 mL de soluciones cristaloides, 4 concentrados eritrocitarios y 4 paquetes de plasma.

Al término de la cirugía recibió apoyo ventilatorio en terapia intensiva. Durante los 4 días de estancia continuó con vigilancia y apoyo ventilatorio, administración de 9 concentrados eritrocitarios y 9 unidades de plasma fresco congelado, además de 1000 cc de soluciones cristaloides cada 8 horas.

La pieza quirúrgica fue enviada a Patología para la confirmación del probable diagnóstico.

El patólogo confirmó el diagnóstico de ruptura uterina por vellosidades, a causa de placenta percreta. La descripción macroscópica fue: cavidad uterina dilatada de 6 x 2 cm, con tejido membranoso al corte, el tejido placentario nacía de la cavidad, afectaba al miometrio y a la mitad del útero pues penetraba hasta la serosa. El tejido placentario era rojizo, hemorrágico, con cotiledones y membranas.

Se observó un pequeño fragmento del cordón umbilical, de 2 cm (**Figuras 3 y 4**). Los cortes histológicos revelaban que la cavidad uterina, del lado de la placenta, tenían tejido decidual,

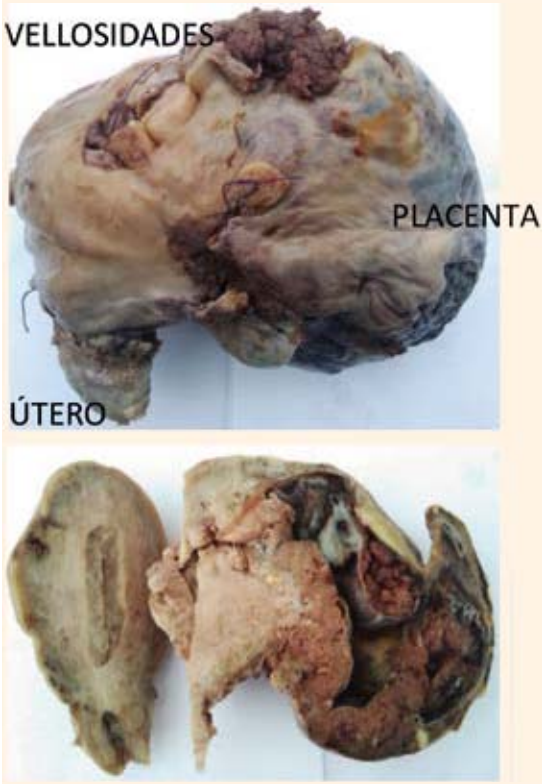


Figuras 1 y 2. Útero con ruptura uterina, con salida de vellosidades en la cara anterior del cuerpo, a la altura del cuerno izquierdo, con salida parcial de placenta. **A.** Vista anterior. **B.** Vista posterior.

el miometrio afectado casi en su totalidad por las vellosidades coriales, que llegaban hasta la serosa (**Figura 5**).

Los análisis de laboratorio del primer día en terapia intensiva reportaron: hemoglobina 8.1 g/dL, hematocrito 23.1%, plaquetas 43,000, leucocitos 11,720, tiempo de protrombina 15.6

https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5674



Figuras 3 y 4. Útero con placenta adherida al ovario y oviducto debido a histerosalpingooferectomía unilateral izquierda.

segundos, tiempo parcial de tromboplastina 31.6 segundos, 86.5% tiempo de coagulación activada, fibrinógeno 260.80 mg/dL, transaminasa glutamato-oxaloacética 30 U/L, transaminasa glutamato-pirúvica 13 U/L, glucosa 115 mg/dL, urea 13 mg/dL, creatinina 0.4 mg /dL.

Al no registrar eventualidades y advertir su mejoría se dio de alta de terapia intensiva a los 4 días de estancia. Dos días después fue dada de alta del hospital con signos vitales y paraclínicos en valores normales.

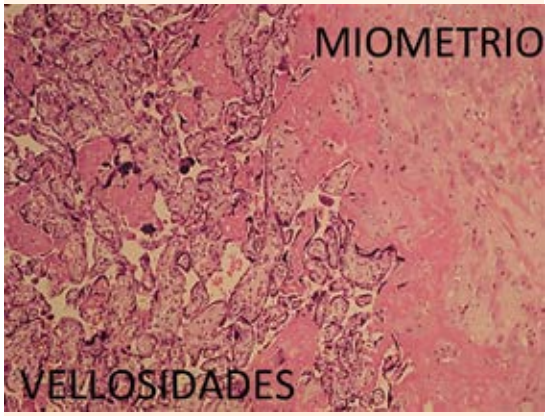


Figura 5. Corte histológico donde se observa al miometrio afectado casi en su totalidad por vellosidades coriales.

DISCUSIÓN

Prácticamente todos los casos reportados se describen en pacientes con ruptura uterina por percretismo entre las 9 y 34 semanas de embarazo. El 28% sucede en el primer trimestre, 47.6% en el segundo trimestre y 19% en el tercer trimestre, con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida.[11]

Las imágenes por ultrasonido y por resonancia magnética son indispensables para el diagnóstico prenatal de los trastornos de acretismo placentario. Sin embargo, los estudios más recientes indican que entre la mitad y dos tercios de los casos no se diagnostican.

El costo y el acceso limitado de la resonancia magnética hacen que no sea práctico como herramienta de detección, por lo que el ultrasonido se ha vuelto decisivo para identificar a las pacientes con alto riesgo de acretismo placentario.[5] Los criterios de éste incluyen: pérdida de la homogeneidad placentaria, que es reemplazada

por múltiples espacios intraplacentarios sonolucentes o lagos venosos placentarios adyacentes al miometrio implicado, pérdida o irregularidad del área hipoecoica normal, detrás de la placenta conocida como espacio libre, disminución del grosor miometrial retroplacentario menor de 1 mm, pérdida de la interfase entre la pared vesical y la serosa uterina denominada línea vesical, masa exofítica que se rompe a través de la serosa uterina, extendiéndose generalmente a la vejiga.[12,13]

La hemorragia y la coagulación intravascular diseminada son las principales causas de muerte. Sin embargo, el espectro clínico de la enfermedad varía desde el dolor abdominal leve hasta hemoperitoneo y choque.[14]

El problema más importante es que el diagnóstico es clínico y se establece casi siempre cuando el cuadro ya se ha iniciado; por eso, la única solución en este punto es la histerectomía obstétrica urgente, que es el patrón de referencia para pacientes hemodinámicamente inestables, con hemorragia intraperitoneal masiva.[15,16,17]

La paciente del caso tenía 28 años y se había embarazado en seis ocasiones, con dos abortos: uno con legrado uterino que ameritó hospitalización por signos clínicos de choque hipovolémico reversible grado IV que ameritó cesárea de urgencia por el alto riesgo de muerte de la madre y el feto. Por fortuna, se salvó la vida de ambos. Durante la cirugía se encontró una ruptura uterina a la altura del cuerno izquierdo, con exposición total de la placenta, además de sangrado de 3500 cc y laceraciones en el intestino. Eso es sumamente raro porque en estos casos el órgano que resulta más comúnmente afectado es la vejiga.

Se practicaron la histerectomía abdominal y salgingooferectomía izquierda. Al término de la cirugía la paciente se trasladó a terapia intensiva en donde se le administraron medicamentos, soluciones cristaloides y hemoderivados durante 6 días en los que se consiguió una mejoría significativa que dio pie al alta hospitalaria para continuar la recuperación en casa.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los casos de placenta percreta el feto no llega a término; sin embargo, en la paciente del caso se logró una recién nacida de 1450 gramos y 35 cm de talla que, lamentablemente, falleció 20 días después del nacimiento, con diagnósticos de choque séptico irreversible, sepsis tardía del recién nacido y prematurez.

A pesar de sus ingresos previos y cinco consultas prenatales no hubo evidencia en el expediente de acretismo placentario; por lo tanto, no fue posible establecer el diagnóstico temprano y evolucionó hasta una urgencia médica. El caso expuesto evidencia la importancia del diagnóstico oportuno en los casos de acretismo placentario para evitar sus gravísimas consecuencias que pudieron evitarse gracias a la experiencia del personal médico del Hospital Regional de Poza Rica. Esto deja ver la importancia de disponer de un banco de sangre y una unidad de cuidados intensivos de calidad y a la vanguardia de las necesidades de la población.

REFERENCIAS

1. Vera ME, Lattus OJ, Bermúdez LH, Espinoza UL, Ibáñez BC, et al. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. Rev chil obstet ginecol 2005; 70 (6): 404-410. doi: 10.4067/S0717-75262005000600010.
2. Abehsera D, González BC, López MS, Sancha MN, Magdaleno DF. Placenta percreta, experiencia en 20 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. Rev chil obstet ginecol 2011; 76 (2): 127-131. doi: 10.4067/S0717-75262011000200011
3. Hubinont C, Mhallem M, Baldin P, Debieve F, Bernard P, Jauniaux E. A clinico-pathologic study of placenta percreta. Int J Gynaecol Obstet 2018; 140 (3): 365-69. doi: 10.1002/ijgo.12412

https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5674

4. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. Placenta 2012; 33 (4): 244-51. doi: 10.1016/j.placenta.2011.11.010
5. Jauniaux E, Collins S, Burton GJ. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. Am J Obstet Gynecol 2018; 218 (1): 75-87. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.067
6. Cuthbert KJ. Spontaneous rupture of the uterus due to placenta percreta. J Obstet Gynaecol Br Emp 1956; 63 (2): 243-5. doi: 10.1111/j.1471-0528.1956.tb05473.x
7. Hornemann A, Bohlmann MK, Diedrich K, Kavallaris A, Kehl S, Kelling K, Hoellen F. Spontaneous uterine rupture at the 21st week of gestation caused by placenta percreta. Arch Gynecol Obstet 2011; 284 (4): 875-8. doi: 10.1007/s00404-011-1927-5
8. Jang DG, Lee GS, Yoon JH, Lee SJ. Placenta percreta-induced uterine rupture diagnosed by laparoscopy in the first trimester. Int J Med Sci 2011; 8 (5): 424-7. doi: 10.7150/ijms.8.424
9. Mallafre J, Serra B, Cabero G. Rotura uterina. Otras lesiones genitales durante el parto. In: Cabero L (ed.). Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Médica Panamericana, 2003; 800-806.
10. Sancha M, Cabrillo E, Magdaleno F. Retención de la placenta. Hemorragias del alumbramiento. Inversión uterina. In: Cabero L (ed.). Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Médica Panamericana, 2003; 807-12.
11. Hernández-Tiria MC, Gómez-Avilés AM, Morales-Mora MI. Rotura uterina durante el segundo trimestre de gestación asociado a placenta percreta: presentación de un caso y revisión de la literature. Rev chil obstet ginecol 2017; 82 (6): 649-58. doi: 10.4067/S0717-75262017000600649.
12. Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. Acta Obstet Gynecol Scand 2011; 90 (10): 1140-6. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01147.x
13. Jauniaux E, Collins SL, Jurkovic D, Burton GJ. Accreta placentation: a systematic review of prenatal ultrasound imaging and grading of villous invasiveness. Am J Obstet Gynecol 2016; 215 (6): 712-721. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.044
14. Silver RM. Abnormal placentation: Placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. Obstet Gynecol 2015; 126 (3): 654-668. doi: 10.1097/AOG.0000000000001005
15. D'Antonio F, Iacovella C, Palacios-Jaraquemada J, Bruno CH, Manzoli L, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2014; 44 (1): 8-16. doi: 10.1002/uog.13327
16. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. Obstet Gynecol 2010; 116 (4): 835-42. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f3588d
17. Sparić R, Mirković L, Ravilić U, Janjić T. Obstetric complications of placenta previa percreta. Vojnosanit Pregl 2014; 71 (12): 1163-6. doi: 10.2298/vsp1412163s

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015.**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín "et al".

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).