



# Manejo multidisciplinario del percretismo placentario, reporte de un caso

Soria-López, Juan Antonio; Treviño-Montemayor, Oscar Rubén; Zavala-Esparza, Keria; Lopez-Villa, Veaney; Flores-Acosta Clara del Carmen.

Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González



## ANTECEDENTES

El espectro de acretismo placentario es una patología que ocurre secundaria a una placentación anormal, es decir, una adherencia anormal del trofoblasto al miometrio<sup>1</sup>. Este espectro se clasifica de acuerdo al grado de invasión en acreta, increta y percreta. Se define como placenta percreta cuando la invasión se extiende a través del miometrio, invadiendo serosa y estructuras adyacentes<sup>2</sup>. Esta es la forma más rara e invasiva de la enfermedad, con mayor morbilidad y mortalidad materna<sup>3</sup>. Los principales factores de riesgo son: instrumentación uterina, miomectomía y cesareas previas, representando un 3% de riesgo de acretismo con una cesarea previa, 11% con una segunda cesarea, incrementando el riesgo de hasta 40% y 61% con una tercera y cuarta cesarea respectivamente<sup>4</sup>. Las complicaciones más frecuentes se asocian a la potencial hemorragia que puede resultar en falla orgánica multi sistémica, coagulación intravascular diseminada, necesidad de histerectomía e incluso la muerte<sup>5</sup>.

El diagnóstico se realiza mediante ultrasonido, identificando signos como las lagunas placentarias (espacios interplacentarios sonolúcidos irregulares grandes y numerosos dan una apariencia apollillada), signo más común en la ultrasonografía presente en el 80% de los casos independientemente del grado de invasión; adelgazamiento del miometrio a menor de 1 mm, pérdida de la interfaz vesicouterina (línea hiperecótica entre la serosa uterina y la luz de la vejiga), vasos sanguíneos alimentadores de lagunas placentarias y vasos puentes (vasos que se extienden hasta la vejiga)<sup>6</sup>.

Por lo cual es importante un diagnóstico oportuno para realizar un manejo multidisciplinario con experiencia para tratar las complicaciones.

## CASO CLINICO

Se trata de paciente de 32 años de edad, antecedentes personales no patológicos y patológicos negados, cursando embarazo de 33.4 semanas de embarazo de su 3ra gesta, con antecedente de 2 cesáreas ( 2013 y 2020) sin complicaciones. Con diagnóstico de placenta previa total con datos de acretismo desde las 23 semanas de gestación.

A su valoración inicial se realiza ultrasonido obstétrico observando fetometría de 30.4 semanas, peso estimado 1611g, percentil 6%, ILA 8cm, producto cefálico, con evidencia de placenta previa total grado 2 con múltiples lagunas con flujo turbulento, además se evidencia pérdida del espacio hipocóico retroplacentario con presencia de vasos puente a nivel de unión vesico uterino congruente con percretismo placentario, se indican datos de alarma y seguimiento ambulatorio para valorar interrupción del embarazo.

Se mantiene en vigilancia ambulatoria, presentando sangrado transvaginal moderado de 2 horas previas a su ingreso. Se encuentra paciente hemodinámicamente estable, con sangrado transvaginal moderado no activo por lo que se decide su ingreso para vigilancia materno-fetal, se indican inductores de madurez pulmonar fetal, se comunica con servicio de banco de sangre y se prepara paquetes globulares en reserva, se interconsulta valoración por servicio de Medicina Materno Fetal y Urología. Durante estancia intrahospitalaria presenta sangrado transvaginal activo (600ml) por lo



Figura 1

que se decide interrupción de embarazo se realiza histerotomía corporal, obteniendo producto masculino de 1760g, APGAR 9/9, posterior a extracción de producto, se procede a realizar histerectomía obstétrica donde se observa pérdida de la anatomía a nivel vesical, con múltiples vasos placentarios en dicha región (Figura 1), durante disección, se advierte lesión sobre techo de vejiga de 7cm, con reparación de primera intención, verificando integridad ureteral, se realiza ligadura de vasos aberrantes con control de hemorragia a nivel ístmico-cervical.

Se reporta sangrado total de 5600cc, transfundiendo un total de 11 PG, 6 CP y 3 PPC. Se ingresa paciente a unidad de cuidados intensivos, donde evolucionó favorablemente egresando a los 8 días de EIH, con una Hb de 10.8.

## CONCLUSIONES

El percretismo placentario ocurre cuando la invasión del trofoblasto se extiende a miometrio, serosa y estructuras adyacentes. Esta es una patología rara y con morbimortalidad materno-fetal aumentada el cual puede conducir a hemorragias graves, más de la mitad de las pacientes requerirán transfusión de hemoderivados como parte del manejo<sup>5</sup>. Como se menciona en la literatura, los principales factores de riesgo corresponden a instrumentación e intervención uterina, los cuales han ido en incremento con el aumento de cesáreas en la población, como se presentó en nuestra paciente con dos cesáreas previas, representando un riesgo del 11%. El grado de sangrado que se puede llegar a presentar está directamente relacionado con el grado de invasión, mayor en casos de gran invasión como en el caso de nuestra paciente.

El diagnóstico de percretismo se efectúa mediante ecografía con signos característicos los cuales fueron detectados durante el control prenatal de nuestra paciente. Este caso poco común hace reafirmar que el control prenatal adecuado, la detección temprana de la situación placentaria, un diagnóstico oportuno y el trabajo de un equipo multidisciplinario conformado por medicina materno-fetal, urología y banco de sangre, logra tratar complicaciones a tiempo, evitando la muerte y la preservación de los tejidos adyacentes afectados por la invasión placentaria.

1. Soria-López JA, Treviño-Montemayor O, Zavala-Esparza K, Lopez-Villa V, Flores-Acosta CL. Manejo multidisciplinario del percretismo placentario, reporte de un caso. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2023;13(1):1-11. <https://www.revista.colobg.org/index.php/colobg/article/view/1001>. DOI: 10.15446/colobg.2023.13.1.1001. 2. Soria-López JA, Treviño-Montemayor O, Zavala-Esparza K, Lopez-Villa V, Flores-Acosta CL. Manejo multidisciplinario del percretismo placentario, reporte de un caso. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2023;13(1):1-11. DOI: 10.15446/colobg.2023.13.1.1001. 3. Soria-López JA, Treviño-Montemayor O, Zavala-Esparza K, Lopez-Villa V, Flores-Acosta CL. Manejo multidisciplinario del percretismo placentario, reporte de un caso. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2023;13(1):1-11. DOI: 10.15446/colobg.2023.13.1.1001. 4. Soria-López JA, Treviño-Montemayor O, Zavala-Esparza K, Lopez-Villa V, Flores-Acosta CL. Manejo multidisciplinario del percretismo placentario, reporte de un caso. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2023;13(1):1-11. DOI: 10.15446/colobg.2023.13.1.1001. 5. Soria-López JA, Treviño-Montemayor O, Zavala-Esparza K, Lopez-Villa V, Flores-Acosta CL. Manejo multidisciplinario del percretismo placentario, reporte de un caso. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2023;13(1):1-11. DOI: 10.15446/colobg.2023.13.1.1001. 6. Soria-López JA, Treviño-Montemayor O, Zavala-Esparza K, Lopez-Villa V, Flores-Acosta CL. Manejo multidisciplinario del percretismo placentario, reporte de un caso. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2023;13(1):1-11. DOI: 10.15446/colobg.2023.13.1.1001.