# PLACENTA PERCRETA CON INVASIÓN VESICAL: UN DESAFÍO OBSTÉTRICO Y QUIRÚRGICO EN UNA GESTANTE A TÉRMINO

**AUTORES:** ERIKA NAOMI MEJÍA CASTELLANOS

**RESUMEN**

La placenta percreta representa la forma más severa del espectro de acretismo placentario, caracterizándose por la invasión completa del miometrio y la posible afectación de órganos adyacentes, como la vejiga. Su incidencia ha aumentado, principalmente debido a cesáreas previas, constituyendo su principal factor de riesgo. Clínicamente, se manifiesta con sangrado transvaginal, dolor abdominal y hematuria. El diagnóstico prenatal mediante ultrasonido con Doppler es fundamental, permitiendo una detección oportuna y planificación quirúrgica adecuada. Dado el alto riesgo de hemorragia y complicaciones urinarias, la histerectomía es el tratamiento de elección, destacando la importancia de un manejo multidisciplinario especializado.



## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 40 años, multípara (gesta 3, cesárea 2), cursando con embarazo espontáneo de 35.4 semanas de gestación según su última menstruación acude a urgencias por sangrado transvaginal escaso e intermitente.

En sus antecedentes heredofamiliares, se reporta diabetes e hipertensión en su padre y cáncer de mama en su abuela materna. Niega tabaquismo y alcoholismo, es alérgica a la penicilina y cuenta con esquema de vacunación completo contra COVID-19 con tres dosis de Pfizer. En cuanto a sus antecedentes personales patológicos se documenta rinoplastia en 2014. Niega enfermedades crónico-degenerativas y antecedentes transfusionales.

Desde el punto de vista gineco-obstétrico, presentó menarca a los 11 años, con ciclos menstruales regulares de 28 días por 3 de duración. Su última menstruación fue el 30 de octubre de 2022. Ha tenido dos embarazos previos, ambos finalizados por cesárea debido a una presentación anómala. Su citología cervicovaginal en agosto de 2022 reportada sin alteraciones. Durante el actual embarazo, ha recibido vigilancia prenatal con un total de nueve ultrasonidos, sin alteraciones reportadas, con adecuada toma de ácido fólico y multivitamínicos.

A la exploración física se encuentra con abdomen globoso a expensas de útero grávido, con producto único vivo (FCF 148) en situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, no encajado, movimientos fetales percibidos, sangrado transvaginal escaso en apósito vaginal (30 ml) color rojo rutilante.

Se solicitaron estudios de laboratorio en los cuales la paciente presentó anemia fisiológica del embarazo, caracterizada por una disminución relativa de los niveles de hemoglobina y hematocrito, debido a la hemodilución, un fenómeno que es considerado normal durante la gestación (1).

Se decide realizar ultrasonido transabdominal para descartar causas de hemorragias en la gestación. El ultrasonido reporta involucramiento de acretismo placentario en pared vesical (Imagen 1) y ectasia renal grado II de predominio derecho.

Se decide su ingreso para inicio de esquema de maduración pulmonar con betametasona intramuscular en dos dosis cada 24 horas y uteroinhibición hasta la interrupción del embarazo al cumplir las 37 semanas de gestación. Se aprecia hematuria durante su estancia hospitalaria por lo que se interconsulta con urología para realización de cistoscopia laparoscópica al realizar cesárea clásica electiva en término, donde se confirmó placenta percreta con signo de medusa positivo (Imagen 2) y hallazgo de adherencias placentarias a la vejiga desde el lado derecho del útero que sangraban profundamente (1600 mL), por lo que se decide realizar histerectomía obstétrica subtotal con conservación de anexos, reimplantación ureteral derecha con colocación de catéter doble J y se transfunde 1 concentrado eritrocitario y 1 plasma fresco transoperatorios.



**Imagen 1.** Ultrasonido transabdominal con pérdida del plano hipoecoico normal en el miometrio debajo del lecho placentario.

Los resultados de estudio de anatomía patológica de útero y placenta confirmaron el diagnóstico de acretismo placentario de tipo placenta percreta (Imagen 3).

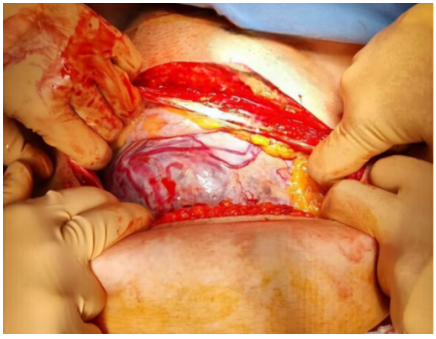


**Imagen 2.** Hallazgo transoperatorio de aumento de la vascularidad en plica vésico uterina (signo de cabeza de medusa).

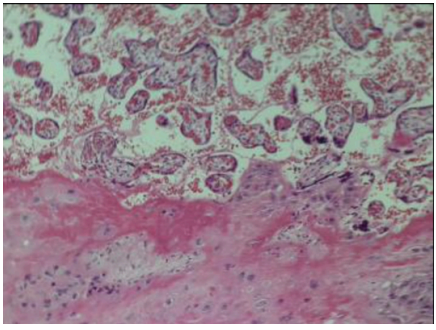


**Imagen 3.** Tejido de la pared uterina infiltrado hasta la subserosa por tejido placentario trofoblástico con vellosidades coriales.

## DISCUSIÓN

El acretismo placentario se define como la inserción anormal de la placenta con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. Este espectro considera placenta accreta, increta y percreta.

De las tres formas, la placenta percreta es considerada como la de mayor gravedad ya que las vellosidades coriónicas penetran completamente el miometrio con posible invasión a los órganos urogenitales adyacentes. Esta representa el tipo menos frecuente (5%) pero con mayor mortalidad materna (7 a 20%) y perinatal (9%) debido al riesgo de hemorragias, infecciones, rotura uterina y lesiones urinarias (2). Los principales factores de riesgo son la multiparidad, la edad reproductiva avanzada y la endometriosis. Se manifiesta por sangrado vaginal, dolor abdominal bajo y hematuria durante la segunda mitad del embarazo. En la actualidad el ultrasonido complementado con Doppler es la principal herramienta diagnóstica prenatal. Se debe buscar un manejo multidisciplinario para evitar aumento de muertes materna y fetales (3).



En la última década la incidencia de placenta percreta ha aumentado debido al número de cesáreas, representando el mayor factor de riesgo (80%) . La presentación más común de placenta percreta con invasión vesical es dolor abdominal y sangrado transvaginal, siendo menos común la hematuria (25%) (4) . Como diagnósticos diferenciales de hematuria en el embarazo se encuentran malformaciones arteriovenosas renales, embarazo molar, paragangliomas y menos común, síndrome de Youssef.

El diagnóstico puede realizarse mediante hallazgos en ecografía prenatal, con sensibilidad 81.2% y especificidad del 98.9% (5). El tratamiento de elección para este espectro es la histerectomía debido al riesgo de hemorragia posparto asociadas a lesiones en vejiga, uréteres e intestino. El diagnóstico prenatal es fundamental para planificar la intervención quirúrgica, y así evitar muertes maternas, fetales y preservar la vejiga.

## CONCLUSIONES

La placenta percreta es un desafío obstétrico y quirúrgico significativo en una gestante a término, principalmente por la complejidad que implica su diagnóstico, manejo y tratamiento. Este trastorno se caracteriza por la invasión profunda de la placenta en las estructuras adyacentes, como la vejiga, lo que puede generar complicaciones graves, como hemorragias masivas y daños a órganos cercanos. En el caso presentado, la paciente, con antecedentes de cesáreas previas, presenta signos de placenta percreta, que fue confirmada mediante ecografía y observación quirúrgica.

Uno de los mayores desafíos radica en la hemorragia significativa que puede ocurrir durante la cirugía, como se evidenció en este caso con la pérdida de 1600 ml de sangre. Además, la necesidad de realizar procedimientos adicionales, como la histerectomía subtotal y la reimplantación ureteral, agrega complejidad a la intervención. La toma de decisiones debe ser cuidadosamente planificada, y el diagnóstico prenatal mediante ultrasonido es crucial para preparar un plan quirúrgico adecuado y evitar complicaciones graves para la madre y el feto.

**REFERENCIAS**


1. Morales G, Dugarte A, Rodríguez S, et al. Anemia fisiológica en el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;44(2):1-8. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2018000200017&script=sci_arttext
2. 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. doi: 10.24245/gom.v90i3.5674.
3. Jain N, Patwardhan S, Jain H, Patil B. Surgical strategies for placenta percreta invading the bladder. Afr J Urol. 2020;26:1-6. doi:10.1186/s12301-020-00065-2.
4. Chugnas SPV, Cubas JAC, Zuta VHB. Acretismo placentario con compromiso vesical en altura. Rev Cubana Med. 2021;60(2):1-7.
5. Moradi B, Azadbakht J, Sarmadi S, Gity M, Shirali E, Azadbakht M. El espectro de placenta acreta en la etapa temprana y final del embarazo. Un repaso a través de la imagen. Radiología. 2023;65(6):531-545. doi: 10.1016/j.rx.2023.02.005.