

Manejo sin complicaciones de un caso de placenta percreta dejando la placenta *in situ*

Uncomplicated Management of a Case of Percrete Placenta by Leaving Placenta in Situ

Viviana de la C. Sáez Cantero^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-1823-1643>

Mario Joel Arroyo Díaz¹ <http://orcid.org/0000-0002-1730-0275>

Fidel Averhoff Hernández¹ <http://orcid.org/0000-0002-2733-0245>

¹Hospital General Docente "Enrique Cabrera". Servicio de Obstetricia, Sala de Cuidados Especiales Materno-Perinatales. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yamaya@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La cesárea y luego la realización de una histerectomía es el manejo principal de la placenta acreta, pero se describen varias alternativas conservadoras, entre ellas, dejar la placenta *in situ* y esperar la completa reabsorción espontánea o manejo expectante.

Objetivo: Valorar el manejo expectante de la placenta acreta en un caso seleccionado. **Presentación del caso:** Mujer de 34 años con historia de dos partos previos por cesárea, que ingresó con diagnóstico de placenta previa y sospecha de acretismo placentario. Por ultrasonido bidimensional con *Doppler* a color se confirmaron los signos de invasión anormal, la cistoscopia informó toma de la mucosa vesical en área de trígono y fondo y la resonancia magnética nuclear reportó invasión del cuello uterino en su totalidad, cúpula vaginal y pared posterior de la vejiga. Valorada por un equipo multidisciplinario, se decidió el manejo expectante debido a la complejidad y el riesgo de hemorragia mayor. Se realizó la operación cesárea a las 36 semanas, se deja la placenta *in situ* y como medidas adicionales, la ligadura quirúrgica de ambas arterias hipogástricas y quimioterapia con metrotexate. La paciente evolucionó sin complicaciones y la reabsorción completa de la placenta se produjo a los 149 días.

Conclusiones: Dejar la placenta *in situ*, es una alternativa de manejo de los trastornos del espectro de placenta acreta. La elección del método requiere de una valoración multidisciplinaria del riesgo-beneficio en relación con la histerectomía.

Palabras clave: placentación anormal; placenta acreta; manejo conservador; manejo expectante; metrotexate.

ABSTRACT

Introduction: Cesarean section and then hysterectomy is the main management of the placenta *accreta*, but several conservative alternatives are described, including leaving the placenta in situ and waiting for complete spontaneous reabsorption or expectant management.

Objective: To assess the expectant management of placenta *accreta* in a selected case.

Case report: A 34-year-old woman with history of two previous cesarean deliveries, was admitted with a diagnosis of placenta previa and suspected placental accreta. Signs of abnormal invasion were confirmed by two-dimensional ultrasound with color Doppler, cystoscopy reported taking of the bladder mucosa in the trigone and fundus area and nuclear magnetic resonance imaging reported invasion of the entire cervix, vaginal vault, and posterior wall of the bladder. She was assessed by a multidisciplinary team, expectant management was decided due to the complexity and risk of major bleeding. A cesarean section was performed at 36 weeks, the placenta was left in situ and, as additional measures, surgical ligation of both hypogastric arteries and chemotherapy with methotrexate were performed. The patient evolved without complications and complete resorption of the placenta occurred after 149 days.

Conclusions: Leaving the placenta in situ is an alternative for the management of placenta *accreta* spectrum disorders. The choice of method requires a multidisciplinary risk-benefit assessment in relation to hysterectomy.

Keywords: abnormal placentation, placenta accreta, conservative management, expectant management, methotrexate.

Recibido: 05/10/2020

Aprobado: 02/11/2020

Introducción

La placenta acreta es una condición clínico patológica caracterizada por la adherencia anormal de la placenta debido a la ausencia de la decidua basal y de un desarrollo incompleto de la banda fibrinoide de *Nitabuch*, lo cual lleva a un fallo parcial o total para el desprendimiento placentario de la pared uterina.^(1,2)

Existen dos categorías principales diferentes, la placenta anormalmente adherida (placenta acreta) y la placenta anormalmente invasiva (placenta increta y placenta percreta). El término “trastornos del espectro de placenta acreta”

(TEPA), el cual incluye las tres variedades, se ha sugerido como la aserción a utilizar al referirse a esta anomalía de la implantación placentaria.^(3,4,5)

Los trastornos del espectro de placenta acreta se asocian con una elevada morbilidad, relacionada con la hemorragia masiva que se produce al intentar remover forzosamente la placenta anormalmente adherida o invasiva, de ahí la importancia del diagnóstico antenatal que permite planificar tempranamente el parto, incluida la disponibilidad del equipo multidisciplinario, la discusión de la técnica quirúrgica a realizar y garantía de los aseguramientos de sangre, hemoderivados y otros requerimientos de soporte que se precisen.⁽⁶⁾

La histerectomía continúa como el tratamiento quirúrgico definitivo para estos trastornos, especialmente en las formas invasivas,⁽⁷⁾ aunque se ha desarrollado una gran variedad de opciones conservadoras con diferentes tasas de éxitos y de complicaciones inmediatas o tardías.⁽⁸⁾

El manejo conservador incluye todos los procedimientos que tienen como objetivo evitar la histerectomía periparto y las complicaciones relacionadas.⁽⁹⁾ Entre ellos, dejar la placenta *in situ*, también conocido como manejo expectante, que consiste en dejar la placenta y esperar por su completa reabsorción con la utilización o no de medidas adjuntas, tales como la ligadura o embolización de arterias uterinas, la colocación de balón intravascular y la administración postparto de metotrexate.

Es nuestro objetivo valorar el manejo expectante de la placenta acreta en gestantes con diagnóstico de trastorno del espectro variedad percreta. Se reporta este caso exitosamente manejado.

Presentación de caso

Mujer de 34 años, con antecedentes de asma bronquial y obesidad, e historia obstétrica de G4 P2 (cesáreas en 1999 y 2008) A1 (provocado), ingresada a las 34,2 semanas de gestación con los diagnósticos de placenta previa y sospecha de acretismo placentario, según los hallazgos ecográficos en ultrasonido del tercer trimestre, que informó pérdida de la interfase vesico-uterina con impresión de infiltración vesical. Las medidas biométricas fetales estaban acordes con la edad gestacional y por cervicometría tenía bajo riesgo de prematuridad.

Los resultados del hemograma, coagulograma, VDRL, test de VIH y química sanguínea fueron normales. Un urocultivo realizado fue positivo a *Escherichia coli* para lo cual llevó tratamiento con ceftriazona 1 g c/12 h x 7 días.

Para confirmar el diagnóstico se realizaron los siguientes estudios:

- Ultrasonido bidimensional con Doppler a color, que informó placenta anterior con oclusión total del OCI, múltiples lagos y aumento de la vascularización en el miometrio hasta el tercio superior del cuerpo uterino (Fig. 1).
- Ultrasonido transvaginal donde impresionaba toma del labio anterior del cuello uterino con gran vascularización.
- Citoscopia que reportó vejiga con paredes muy vascularizadas, con toma de la mucosa de la cara lateral derecha y el área del trigono y fondo.
- Resonancia magnética nuclear (RMN) de útero y pelvis con cortes axiales y coronales en T1 y T2, que notificó placenta anterior oclusiva total de aspecto percreta, con invasión del cuello uterino en su totalidad, cúpula vaginal y pared posterior de la vejiga, sin descartar invasión de los músculos rectos abdominales. Pared uterina posterior conservada (Fig. 2).



Fig. 1 - Ultrasonido 2D que muestra múltiples lagos y aumento de la vascularización en el miometrio.

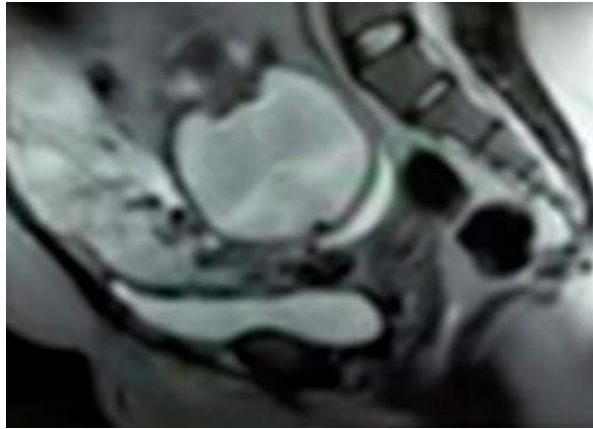


Fig. 2 - Resonancia magnética nuclear que impresiona invasión de músculos rectos abdominales.

Con todos los datos anteriores y el diagnóstico de TEPA variedad percreta, se decidió por el equipo multidisciplinario de ginecobstetras, cirujanos, urólogos, angiólogos, anesthesiólogos, imagenólogos, hematólogos, transfusionistas y neonatólogos, adoptar el manejo expectante y dejar la placenta in situ, conjuntamente con la administración postoperatoria de metotrexate. La paciente fue informada y se recogió su consentimiento para tal proceder.

A las 36 semanas se efectuó la operación cesárea. Durante ocho horas de preoperatorio se administró ácido tranexámico como medida ahorradora de sangre. La incisión fue media infra-supraumbilical, por encima del borde superior de la placenta, previamente determinado por ecografía; la histerotomía fue fúndica. Se obtuvo un neonato vivo, femenino, con peso de 3000 g, apgar 9/9. Inmediatamente se procedió a la ligadura del cordón umbilical cerca de su inserción placentaria y a la histerorrafia en 2 planos con catgut cromado 0. A posteriori se continuó con la ligadura de ambas arterias hipogástricas y con salpingectomía parcial bilateral según técnica de Pomeroy. La cuantía total del sangrado trans-operatorio fue inferior a los 300 mL.

Tras la operación, la paciente se mantuvo en vigilancia hemodinámica en la unidad de cuidados intensivos por cuarenta y ocho horas, y después se trasladó a sala de cuidados especiales materno-perinatales donde permaneció hospitalizada por 30 días con seguimiento clínico, humoral e imagenológico semanal.

A partir el segundo día, se comenzó la administración de metotrexate a dosis de 75 mg/semanal por 4 dosis consecutivas. Los valores leucocitarios y de enzimas

hepáticas se mantuvieron siempre dentro de valores normales. La dosificación de β HCG, mostró una tendencia decreciente desde 1164 mU/L (VR: 0,000 - 1,00), hasta su negativización a los 94 días de la intervención quirúrgica. Para esta fecha, la paciente reingresó durante 3 días, debido a pérdidas vaginales hemáticas fétidas. Al tacto vaginal se encontró un cuello permeable y útero aumentado de tamaño \pm 13 cm y se decidió la revisión de la cavidad uterina bajo visión ecográfica.

Al legrado se extrajo escaso material y se comprobó la presencia de tejido placentario increto de 50 mm, en cara uterina anterior (Fig. 3). A los 149 días, la medida de este tejido fue de 5 mm y la paciente fue egresada definitivamente.



Fig. 3 - Presencia de tejido placentario increto a los 94 días de la cesárea.

Discusión

Dejar la placenta *in situ*, o también llamado manejo expectante, es uno de los manejos conservadores no quirúrgicos de los trastornos del espectro de placenta acreta. Después de la extracción fetal, debe producirse una progresiva disminución en la circulación sanguínea dentro del útero, parametrios y placenta lo cual resultará en necrosis secundaria del tejido veloso y teóricamente la placenta debe desprenderse progresivamente del útero y las vellosidades percretas de los órganos pélvicos adyacentes.⁽⁹⁾

Este método es una estrategia útil cuando, por los hallazgos intraoperatorios, se considera que la histerectomía será difícil de acometer, como en el caso de la placenta percreta, con elevado riesgo de hemorragia masiva y de lesión de órganos adyacentes, o cuando se quiere preservar la fertilidad.^(10,11) No obstante, la

paciente deberá ser aconsejada del alto riesgo de recurrencia en próximos embarazos.⁽⁶⁾

Uno de los inconvenientes del manejo expectante, es que las pacientes precisarán del seguimiento durante varios meses postparto, hasta que ocurra la completa reabsorción de la placenta, que en nuestro caso fue de 149 días, pero que puede variar entre 4 semanas y 9 - 12 meses con una media de 6 meses.⁽¹²⁾

El seguimiento estrecho permitirá, además, el diagnóstico oportuno de complicaciones como la hemorragia o la infección, que pueden requerir de una histerectomía retardada.^(6,8,11,13) Otras complicaciones mayores reportadas son la enfermedad tromboembólica, la coagulación intravascular diseminada y las reintervenciones quirúrgicas por otras causas.^(8,12)

Miyakoshi y otros,⁽¹²⁾ en estudio retrospectivo multicéntrico, en 41 pacientes con diagnóstico de placenta previa localizada sobre la cicatriz de cesárea previa, en los que se adoptó la conducta de dejar la placenta in situ, hallaron que de las 36 pacientes en las cuales todos los datos estuvieron disponibles, en 11 de ellas se realizó histerectomía con una media de 30 días (0 - 95 días), 1 de las histerectomías fue primaria, 8 fueron retardadas y 2 a petición de las pacientes. Las indicaciones de las 9 HTA fueron hemorragia, infección o ambas. El manejo expectante fue exitoso en 25 pacientes (69 %) y la completa reabsorción de la placenta ocurrió con una media de 89 días postparto (6 - 510 días). En 4 pacientes, se realizó la recepción histeroscópica, o guiada por US del tejido placentario retenido en los días 2, 14, 89 y 165.

Clausen y otros,⁽⁸⁾ realizaron una revisión sistemática de 52 estudios, para identificar casos publicados de placenta acreta. De los 36 casos manejados donde se dejó la placenta in situ, el 61 % tuvo complicaciones después de las 24 horas postparto en comparación con el 12 % de los casos a los que se les realizó la histerectomía inicialmente. Las complicaciones más frecuentes fueron HTA secundaria (21 - 58 %), la mayoría de emergencia, que ocurrió hasta 9 meses después del parto y la hemorragia (16 - 44 %). La infección se produjo en el 9 - 25 % de los casos.

El manejo expectante incluye el uso de medidas adicionales para disminuir las pérdidas hemáticas y acelerar la reabsorción placentaria, entre ellos, la embolización de las arterias uterinas, la terapia con metotrexate, la ligadura quirúrgica de arterias hipogástricas, el balón de oclusión y las suturas hemostáticas compresivas.^(2,9,12)

El metotrexate es una droga antifólica que actúa sobre las células de rápida división como las células trofoblásticas. En el caso que se presenta se decidió su administración a dosis bajas, aunque no existe acuerdo sobre los regímenes de administración.⁽¹⁴⁾ El uso del metotrexate para el manejo de los trastornos del espectro de placenta acreta es controversial, no está claro si es útil después del parto, en la aceleración de la reabsorción placentaria. Este medicamento contraindica la lactancia materna que tantos beneficios ofrece para la madre y el neonato,⁽¹³⁾ además de las serias complicaciones que puede acarrear como la pancitopenia y la nefrotoxicidad.^(11,15)

Conclusiones

Concluimos que dejar la placenta in situ, es una alternativa de manejo de los trastornos del espectro de placenta acreta. La elección de este método requerirá de una decisión multidisciplinaria que valore riesgo/beneficio en relación con la histerectomía, pues con el manejo expectante el riesgo de complicaciones hemorrágicas estará presente hasta la completa reabsorción de la placenta.

Referencias bibliográficas

1. Ambreen A, Ahmed F, Zafar S, Saeed A, Mushtaq S, Arsalan M. Placenta accreta; Maternal outcome after conservative management in a woman desiring fertility. Professional Med J. 2018;25(2):335-9. DOI: <https://doi.org/10.29309/TPMJ/18.4325>
2. ACOG Committee Opinion No. 266: Placenta Accreta. Obstetrics & Gynecology. 2002;99(1):169-70. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006250-200201000-00029> .
3. Bartels HC, Postle JD, Downey P, Brennan DJ. Placenta Accreta Spectrum: A Review of Pathology, Molecular Biology, and Biomarkers. Hindawi. Disease Markers. 2018, Article ID 1507674: 11 pages. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/1507674>
4. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Matsubara Sh. Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: The new word of placenta accreta spectrum disorders. Int J Gynecol Obstet. 2018;140:259-60. [acceso 01/10/2018]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.12433>
5. ACOG. Obstetric Care Consensus. Placenta Accreta Spectrum. Obstetrics & Gynecology. December 2018;132(6):e259-275.

6. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, *et al.* (2012) Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. PLoS ONE. 2012;7(12):e52893. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052893> Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0052893&type=printable>
7. Allen L, Jauniaux E, Hobson S, Papillon-Smith J, Belfort MA. For the FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Non conservative surgical management. Int J Gynecol Obstet. 2018;140:281-90.
8. Clausen C, Lønn L, Langhoff-Roos J. Management of placenta percreta: a review of published cases. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2014;93:138-43. [acceso 02/04/2016]. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44326160/Management_of_placenta_percreta_A_review20160402-179571g0gk9t.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1542234687&Signature=R5udMYBBZiTK9F+jvN2EmlUuXyw=&response-content-disposition=inline;filename=Management_of_placenta_percreta_A_review.pdf
9. Sentilhe L, Kayem G, Chandraran E, Palacios-Jaraquemada J, Jauniaux E. For the FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management. Int J Gynecol Obstet. 2018;140:291-8 [acceso 16/02/2018]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.12410>
10. Fakhir B, Zaki M, Harou K, Bassir A, Boukhan L, Aitbenkeddour Y, *et al.* Conservative Management of Placenta Accreta of Seven Cases. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2018;8:660-8. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojog.2018.87070>
11. Perez-Delboy A, Wright JD. Surgical management of placenta accreta: to leave or remove the placenta? BJOG. 2014;121:163-70. [acceso 06/10/2015]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12524>
12. Fox KA, Shamshirsaz AA, Carusi D, Alvarez SA, Lee P, Turan OM, *et al.* Conservative management of morbidly adherent placenta: expert review. American Journal of Obstetrics & Gynecology. Dec. 2015:755-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.04.034>
13. Miyakoshi K, Otani T, Kondoh E, Makino S, Tanaka M, Takeda S. The Perinatal Research Network Group in Japan. Retrospective multicenter study of leaving the placenta in situ for patients with placenta previa on a cesarean scar. Int J Gynecol Obstet. 2017;1-7.

14. Framarino-dei-Malatesta ML, D'Amelio R, Piccioni MG, Martoccia A, Casorelli A, Pecorini F. Conservative Management of Placenta Accreta by Systemic Methotrexate: Report of Two Cases and Review of the Literature. J Clin Case Rep. 2016;6. DOI: <http://dx.doi.org/10.4172/2165-7920.1000706Journal>
15. Sengupta R, Gimovsky AC, Wei S, Akinloye Bamigboye A, Berghella V, Amorim Adegboye AR, *et al.* Interventions for improving pregnancy outcomes in antenatally diagnosed or suspected morbidly adherent placenta. 2016. Department of Obstetrics and Gynecology Faculty Papers. Paper 34. Published: 26 de Junio 2017 [acceso 12/08/2018]. Disponible en: <https://jdc.jefferson.edu/obgynfp/34>

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Viviana de la C. Sáez Cantero: Revisión de la literatura, redacción y revisión final del trabajo.

Mario Joel Arroyo Díaz: Redacción parcial y revisión bibliográfica.

Fidel Averhoff Hernández: Revisión bibliográfica.