

Placenta previa total, acretismo placentario y mioma cervical. Reporte de un caso

Carlos Arturo Paniagua Coahuila,^{1*} Victor Manuel Rodríguez,¹ Dulce Alejandra Alonso Lozano,¹ Ricardo Mauricio Malagón,¹ Karla Gabriela Zamora González de Salceda,² Citlali Mariel Reyes Espinal²

Resumen

Introducción: las anomalías en la inserción placentaria se asocian a graves complicaciones que se presentan al momento del nacimiento y son las causantes de elevadas tasas de morbilidad materna y perinatal. **Caso clínico:** paciente de 36 años, con embarazo de 30.4 semanas con presencia de sangrado transvaginal, ultrasonido obstétrico reporta placenta previa total, datos de acretismo placentario y mioma cervical. Por alta morbilidad materna, ingresa a la clínica de PAS, se inicia esquema de madurez pulmonar, antibiótico y uteroinhibidor, presenta un episodio de sangrado transvaginal, por lo que se programa interrupción de la gestación. Se realiza plan quirúrgico con protocolo hospitalario de Código Mater y hemorragia obstétrica. Se reporta placenta previa total, increta, mioma cervical de 3x5 cm, se obtuvo un recién nacido vivo de 2024 gr, Apgar 8/9, Capurro 35.2 semanas. Pérdida hemática 750 cc, se envía a hospitalización, se egresa con cita en consulta externa para seguimiento de puerperio. **Conclusión:** En la actualidad es cada vez más frecuente asociar el diagnóstico de PAS con comorbilidades que incrementan hasta en 50 % el riesgo de hemorragia, por lo cual es de primordial importancia la detección temprana de la placentación anormal para su pronta referencia a unidades de tercer nivel.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de inserción placentaria, tratamiento, hemorragia obstétrica.

Total placenta previa, placentary acretism and cervical myoma. A case report

Recibido : 2 de junio de 2021
Aceptado: 21 de junio de 2021

Abstract

Introduction: Anomalies in placental insertion are associated with serious complications that occur at birth and are the causes of high rates of maternal and perinatal morbidity and mortality. **Clinical case:** 36 year old patient, 30.4 weeks pregnant with presence of transvaginal bleeding, obstetric ultrasound reports total placenta previa, data on placenta accreta an cervical myoma. Due to high maternal morbidity and mortality, she was admitted to the PAS clinic, a lung maturity, antibiotic and uterine inhibitor scheme was started, she presente an episode of transvaginal bleeding, for which an interruption of pregnancy was scheduled. A surgical plan is carried out with a hospital protocol of the Mater Code and obstetric hemorrhage. Total, increta placenta previa, 3x5 cm cervical myoma, a live newborn of 2024 gr, Apgar 8/9, Capurro 35.2 weeks was obtained. Hematic loss 750 cc, he was sent to hospitalization, he was discharged with an outpatient appointment for postpartum follow-up. **Conclusion:** At present, it is increasingly common to associate the diagnosis of PAS with comorbidities that increase the risk of bleeding by up to 50 %, for which the early detection of abnormal placentation

KEY WORDS

Placental insertion disorders, treatment, obstetric hemorrhage.

¹Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, Secretaría de Salud, México. Universidad Autónoma del Estado de México, México.

*Autor para correspondencia: dr.carlosarturopaniagua@gmail.com

Introducción

Las anomalías en la inserción placentaria (placenta previa y acretismo placentario) se asocian a graves complicaciones que se presentan al momento del nacimiento y son las causantes de elevadas tasas de morbilidad materna y perinatal. El sangrado asociado a placenta previa es la causa del 2.3 % de la mortalidad perinatal mundial.^{1,2}

La placenta acreta fue redefinida a mediados de los 60 por Luke et al³ como un espectro de desórdenes de placentación anormal. Estos desórdenes incluyen placenta adherente, también llamada placenta acreta (PAS) por los patólogos, cuando las vellosidades están adheridas directamente a la superficie del miometrio sin invasión, placenta increta cuando las vellosidades penetran profundamente en el miometrio hasta la serosa y placenta percreta cuando las vellosidades penetran a través de la serosa uterina y pueden alcanzar los tejidos, vasos y órganos pélvicos circundantes. Se ha demostrado que los diferentes grados del espectro de PAS pueden coexistir en el mismo espécimen.^{4,5}

La incidencia de PAS oscila entre 1 y 90 por cada 10000 partos y varía según la frecuencia poblacional de cesáreas previas.⁶ Han existido múltiples terminologías para definir los criterios diagnósticos de PAS, entre ellos: adherente, invasiva, no invasiva, etc.; por tal motivo, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), mediante el panel de consenso de expertos en el diagnóstico y manejo de los desórdenes del espectro de PAS⁷ desarrolló una clasificación general que incluye: Grado I placenta anormalmente adherida, Grado II placenta anormalmente invasiva (increta), Grado III placenta anormalmente invasiva (percreta).⁸

Con relación a la fisiopatología de estos trastornos placentarios, se ha descrito una asociación entre daño endometrial y alteraciones durante la cicatrización uterina, que pueden ocurrir durante la instrumentación uterina (como legrado) o durante el corte de las paredes del útero como en la cesárea o miomectomía.⁹

El factor de riesgo más importante para el desarrollo de PAS es el antecedente de cesárea previa, revisado en un estudio prospectivo que incluyó a 723 mujeres con placenta previa sometidas a cesárea; con una incidencia de primera cesárea (3 %), segunda (11 %), tercera (40 %), cuarta (61 %) mayor de 5 (67 %).^{10,11}

Tradicionalmente, el concepto de anomalías en la inserción placentaria hace referencia a la placenta previa y al acretismo placentario, aunque las definiciones de los tipos de placenta previa han variado considerablemente en los últimos años. El equipo multidisciplinario de trabajo del Instituto Americano de Ultrasonido en Medicina ha recomendado no emplear más los términos de placenta central total, previa marginal o parcial y, en cambio sí utilizar los términos de placenta previa ante la presencia del borde placentario sobre el orificio cervical interno, así como el término de inserción baja de placenta cuando el borde inferior de la placenta se encuentre a menos de 20 mm del orificio cervical interno, sin llegar a obstruirlo.^{7,12}

Partiendo de la teoría de que, tal como el acretismo, existe una decidua-lización defectuosa hipovascularizada, debido a cirugías previas o embarazos múltiples, que provocan la implantación del trofoblasto o el crecimiento unidireccional hacia al inferior de la cavidad uterina.^{13,14} Dicha patología puede presentarse en una prevalencia de 4 por cada 1000 nacimientos,^{18,19} teniendo un aumento año con año debido al número de cesáreas que se llevan a cabo, compartiendo factores de riesgo con el acretismo placentario como el parto previo por cesárea que aumenta hasta en 47 %¹³ y 60%.¹⁴ La placenta previa tiene una asociación importante con el acretismo, esto se revisó en un estudio prospectivo de 723 mujeres con placenta previa sometidas a cesárea, se evidenció que la incidencia de la primera cesárea y PAS fue de 3 %, segunda 11 %, tercera 40 %.¹⁰

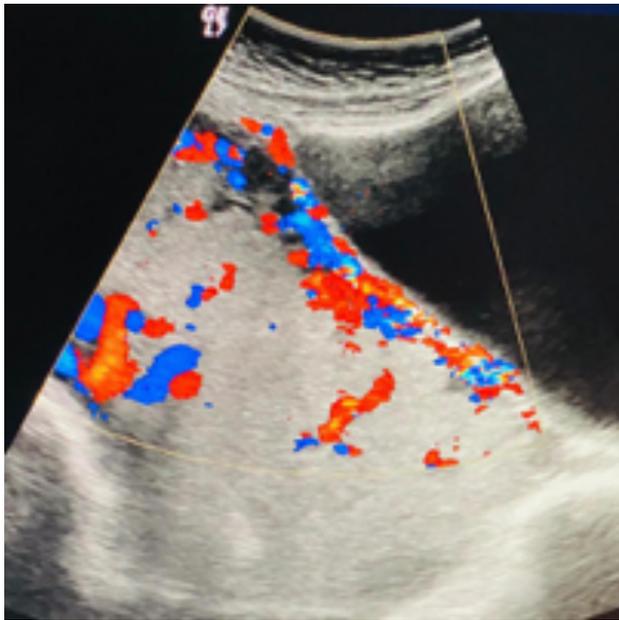


Imagen 1

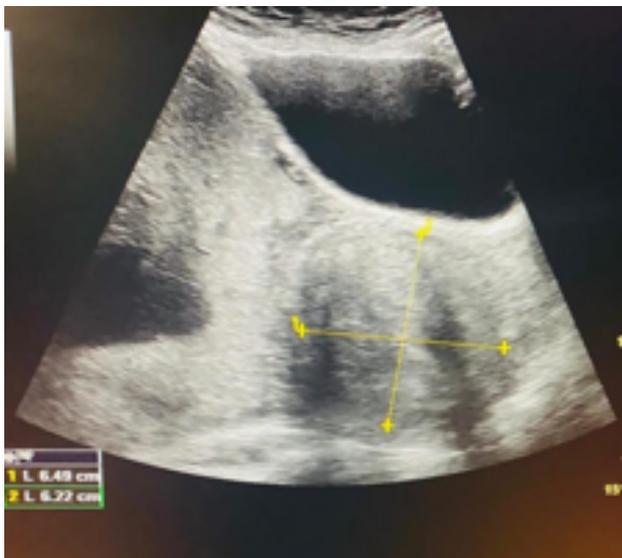
Placenta de localización previa total, con borde placentario inferior a menos de 20 mm que cubre orificio cervical interno, Grado II, con pérdida de interfase, lagunas placentarias, flujo en lagos placentarios a la aplicación de Doppler color sugestiva de acretismo placentario.

Fuente: Elaboración propia.

Imagen 2

Imagen hipocogénica y homogénea a nivel de canal cervical de 6.49 x 6.22 cm, sugestiva de mioma.

Fuente: Elaboración propia



Los leiomiomas uterinos (también denominados fibromas o miomas) son el tumor pélvico más común en las mujeres;¹⁵ se habla de tumores monoclonales benignos del músculo liso del útero, caracterizados por mutación celular, disfunción del factor de crecimiento y anomalías en la matriz extracelular.¹⁶ Se pueden clasificar en tres tipos: Intramurales (FIGO tipo 3,4,5) dentro de la pared uterina, Submucosos (FIGO tipo 0,1,2) que se derivan de las células miometriales justo debajo del endometrio, Subserosos (FIGO tipo 6,7) que se originan en el miometrio en la superficie serosa del útero, Cervicales (FIGO tipo 8). Existe una relación importante en la presentación de miomas y placenta previa al igual que acretismo.^{9,17}

En México, se considera una de las principales causas de hemorragia obstétrica, y las anomalías en la inserción placentaria se asocian a complicaciones graves durante el nacimiento que provocan altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal.^{18,19} Por su rareza, dificultad técnico-quirúrgica y el interés clínico de la relación de tales entidades, se describe el excepcional caso clínico de una paciente con presencia de placenta previa total, acretismo placentario y miomatosis cervical.

Caso Clínico

Paciente de 36 años, casada, docente, con carga genética por parte de rama materna para hipertensión arterial crónica, antecedentes ginecoobstétricos: gesta 3, primer embarazo resuelto vía abdominal por presentación pélvica sin complicaciones, segundo embarazo resuelto vía abdominal por presentación pélvica y período intergenésico corto sin complicaciones, gesta 3 actual. Ingresa al servicio de urgencias del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” (HMPMPS), con embarazo de 30.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación con presencia de sangrado transvaginal el cual comenzó ocho días antes de acudir; escaso en cantidad, sin actividad uterina, con cinética fetal adecuada, no datos de hiperdinamia, con los siguientes signos vitales: TA 113/72 mmHg, FC 72 latidos por minuto, FR 22 respiraciones por minuto, Temperatura de 36°C, Saturación de oxígeno 98 %, con frecuencia cardiaca fetal basal de 140 latidos por minuto, a la exploración física neurológicamente íntegra, hemodinámicamente estable, precordio rítmico, buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no datos de irritación peritoneal, altura de fondo uterino 26 cm, presentación cefálico, situación longitudinal, dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca fetal 145 lpm, genitales acordes a edad y género, a la especuloscopia se observan coágulos en canal vaginal que se retiran encontrado cérvix posterior, dehiscente, con presencia de leucorrea fétida, resto sin alteraciones que mencionar.

Dentro de la evaluación intrahospitalaria se realiza ultrasonido obstétrico reportando embarazo intrauterino con feto único vivo de 33 semanas de gestación por fetometría promedio, cordón umbilical sin alteraciones, placenta de localización previa total, con borde placentario inferior a menos de 20 mm que cubre orificio cervical interno, Grado II, con pérdida de interfase, lagunas placentarias, flujo en lagos placentarios a la aplicación de Doppler color, lo que sugiere acretismo placentario (Imagen 1), peso fetal estimado de 2150 g, e imagen hipocogénica y homogénea a nivel de canal cervical de 6.49 x 6.22 cm, monográficamente sugestiva de mioma (Imagen 2), flujometría Doppler fetal normal, estudios de laboratorio hemoglobina 11.9 gr/dl, hematocrito

37.1%, leucocitos 7000/ μ l, plaquetas 223000/ μ l, glucosa 111 mg/dl, urea 12.8 mg/dl, creatinina 0.43 mg/dl, BUN 6 mg/dl, ácido úrico 2.6 mg/dl, tiempo de protrombina 12.6%, INR 1.16, tiempo de tromboplastina parcial activada 27.1 s, examen general de orina patológico.

Por alta morbilidad materna, paciente ingresa a la clínica de PAS del HMPMPS, se mantiene en monitorización continua con el siguiente tratamiento: esquema de maduración pulmonar a base de betametasona (12 mg intramuscular c/24 hrs por dos dosis), utero-inhibición con calcio antagonistas de acción rápida (nifedipino 10 mg vía oral c/8 h), tratamiento antibiótico a base de cefalosporina de tercera generación para infección de vía urinarias (ceftriaxona 1 gr intravenoso c/12 h), e inhibidor de los ácidos nucleicos en óvulos vaginales para cervicovaginitis. Se solicita cistoscopia la cual reporta neovascularización en pared vesical posterior lo cual sugiere el diagnóstico de percreta placentario; durante la hospitalización presenta un episodio de sangrado transvaginal escaso que remitió espontáneamente, motivo por el cual como conclusión del comité intrahospitalario de placenta invasora se solicita interrupción programada de la gestación por equipo multidisciplinario a las 35 semanas el cual incluye valoración preoperatoria por terapia intensiva, preparación quirúrgica con doble catéter de alto flujo y línea arterial, ferulización de ureteros con catéter doble J 6 Fr de 24 cm.

Se realiza plan quirúrgico el cual consiste en incisión media infraumbilical, cesárea con incisión transversal cuerno a cuerno, placenta in situ e hysterectomía convencional, anestesia regional y protocolo hospitalario de Código Mater y hemorragia obstétrica.

Se reportan los siguientes hallazgos: placenta previa total, con espectro de placenta acreta grado II de la FIGO (increta), mioma a nivel cervical de 3x5 cm, líquido amniótico claro, cordón umbilical trivascular, múltiples adherencias parietoepiloicas. Se obtuvo un recién nacido vivo femenino con peso de 2024 g, talla 46 cm, Apgar 8/9, Capurro 35.2 semanas de gestación. Sangrado estimado 750 cc durante transquirúrgico con presión arterial no invasiva (PANI) de 91/49 a 121/74, FC 130-80 lpm, FR 12-15 rpm, Saturación de O₂ 95 a 98% y EKC sinusal. Se transfundieron 2 concentrados eritrocitarios y 2 plasmas frescos congelados, manteniendo estabilidad hemodinámica, posteriormente se traslada a paciente al área de recuperación postquirúrgica, sin complicaciones.

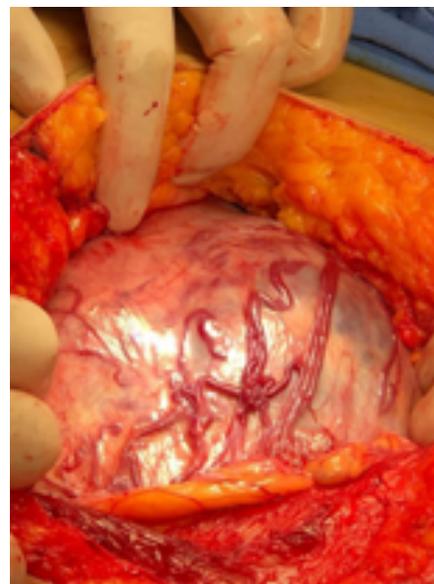
Se ingresa a hospitalización para continuar con la vigilancia del puerperio quirúrgico por 4 días, y al no presentar eventualidades y recuperación hacia la mejoría se decide su egreso a domicilio, hemodinámicamente estable, herida quirúrgica sin datos de infección o colecciones, con escaso sangrado, se brinda cita en consulta externa para continuar seguimiento de puerperio.



Imagen 3 y 4

Útero gestante en cabeza de medusa.

Fuente: Elaboración propia.



Discusión

La trascendencia del diagnóstico correcto y oportuno de las alteraciones relacionadas a la placentación ha confirmado que disminuye de forma radical y considerable la proporción de complicaciones y muerte maternas. El manejo multidisciplinario y la programación quirúrgica son la pieza fundamental para el éxito en el pronóstico y tratamiento de éstas pacientes ya que en la actualidad, y debido al incremento en la proporción parto/cesárea este fenómeno es cada vez más frecuente.

El HMPMPS se caracteriza por ser un centro de referencia regional para manejo de éste tipo de patologías, ya que prevalece la constante actualización en el diagnóstico y terapéutica de ésta entidad.



Imagen 5

Incisión uterina vertical cuerno a cuerno.

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

En la actualidad es cada vez más frecuente asociar el diagnóstico de PAS con comorbilidades que incrementan hasta en 50 % el riesgo de hemorragia posparto, recordando que la hemorragia obstétrica al cierre del año 2020 ocupó el cuarto lugar como causa agrupada de defunción materna con una razón de mortalidad de 6.4 %, ²⁰ dentro de estas, los trastornos de la placentación representa una de las principales causas de hemorragia y choque asociado a mortalidad materna, motivo por el cual es de primordial importancia la detección temprana de la placentación anormal antes de la semana 32, así como determinar la longitud del borde placentario inferior y el orificio cervical interno para su pronta referencia a unidades de tercer nivel.

Referencias

1. RM, Silver. Abnormal Placentation: Placenta previa, Vasa previa, and placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2015; 654-68.
2. Cynthia S. Shellhaas, MD, MPH, Sharon Gilbert, MS, MBA, Mark B. Landon, MD, et al. The Frequency and Complication Rates of Hysterectomy Accompanying Cesarean Delivery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2009, Vol. 114.
3. Luke RK, Sharpe JW, Greene RR. Placenta accreta: The adherent or invasive placenta. *Am J Obstet Gynecol.* 1966; 95: 660-668.
4. P. Tantbirojn a, C.P. Crum a, M.M. Parast b. Pathophysiology of Placenta Creta: The Role of Decidua and Extravillous Trophoblast. *Placenta.* 2008; 29: 639.
5. Khong, T Y. The pathology of placenta accreta, a worldwide epidemic. *J Clin Pathol.* 2008; 61: 243-246.
6. Azar Mehrabadi, MSc, Jennifer A. Hutcheon, PhD, Shiliang Liu, MD, PhD, Sharon Bartholomew, MHSc et al. Contribution of Placenta Accreta to the Incidence of Postpartum Hemorrhage and Severe Postpartum Hemorrhage. *The American College of Obstetricians and Gynecologist.* 2015; 125: 4.
7. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Introduction. *J Gynecol Obstet.* 2018; 140: 261-264.
8. Alison G. Cahill, MD, MSCI, y otros. Placenta Accreta Spectrum. *The Society of Gynecologic Oncology.* 2018; 7.
9. Shobeiri F, Jenabi E. Smoking and placenta previa: a meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30: 2985.
10. Robert M. Silver, MD, Mark B. Landon, MD, Dwight J. Rouse, MD et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* 2006; 107: 6.
11. Carolyn M. Zelop, MD, Bernard L. Harlow, PhD, Fredric D. Frigoletto, Jr., MD, et al. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 168: 5.
12. Reddy UM, Abuhamad AZ, Levine D, Saade GR. Fetal Imaging Workshop Invited. *J Ultrasound Med.* 2014; 33: 745-57.
13. Ananth2, A. S. Faiz1 and C. V. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 2003; 13: 175-190.

14. Cande V. Ananth, PhD, MPH, a John C. Smulian, MD, MPH,” b and Anthony M. Vintzileos, MD b. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 20-25.
15. Donna Day Baird, PhD,a David B. Dunson, PhD,b Michael C. Hill, MD,c D et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: Ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188: 1.
16. Pardo-Novak Antonio Jose, Aduato-Luizaga Jhoanna Valery, Duran-Flores Dayana Sthephan, et al. Mioma submucoso y acretismo placentario: reporte de un caso. *Rev Méd-Cient “Luz Vida”.* 2014; 5: 1.
17. Edgar Allan Villagómez-Mendoza, Jaime Edgar Martínez Niño. Hemorragia obstétrica secundaria a placenta previa y leiomioma retroplacentario gigante cervical. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2019; 87: 202-207.
18. Sarah Glaze, MD, Pauline Ekwilanga, MD, Gregory Roberts, BSc, Ian Lange, MD, et al. Peripartum Hysterectomy 1999 to 2006. *The American College of Obstetricians and Gynecologist.* 2008; 111: 3.
19. AG Eller, TF Porter, P Soisson, RM Silver. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2009; 116: 648–654.
20. Secretaría de Salud de México. Observatorio de mortalidad materna. [En línea] 01 de Enero de 2021. Citado el: 27 de mayo de 2021. Disponible en: www.omm.org.mx.