

Percretismo placentario. Compromiso vesical

Placental percretism. Vesical compromise

Dres. Martin, F.

Corbetta, J.P.

Urday, N.

Grippio, L*

INTRODUCCIÓN

El percretismo placentario con compromiso vesical es una rara complicación obstétrica. Los urólogos son consultados generalmente en forma tardía y cuando la vida materno-fetal se encuentra seriamente comprometida por las alteraciones hemodinámicas que esta patología acarrea.

Desde agosto de 1994 hasta enero de 2000 se presentaron en el Servicio de Urología del Hospital Francés de Buenos Aires, cuatro casos de percretismo placentario con compromiso vesical, dos de ellos como urgencia quirúrgica, por lo que no se cuenta con iconografía.

CASO CLÍNICO I

Se trata de una paciente de sexo femenino de 44 años de edad, H.C. n°2568774 cursando embarazo de 36,5 semanas la cual consulta por **metrorragia y hematuria macroscópica** al Servicio de Obstetricia de nuestro hospital quien decide su internación. Como antecedentes obstétricos presentaba dos cesáreas anteriores en 1978 y 1991, sin antecedentes personales de importancia. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, TA: 100/60 mm/Hg, FC: 98', altura uterina: 35 cm, tacto vaginal: 5 cm de dilatación uterina.

Como exámenes complementarios se le solicitaron:

- Monitoreo fetal: normal;
- laboratorio: hemograma: Hto: 30% - Hb: 10 ng/ml, básico de coagulación: Quick: 95% - kptt: 41" función renal: Urea: 0,30 ng/ml - Creatinina (ev): 1,35 ng/m;
- ecografía doppler, la cual informa la presencia de "Placenta previa oclusiva total. Compresión vesical. Índice de resistencia arterial normal".

Se completó dicho estudio con resonancia magnética nuclear, la que confirma el informe ecográfico, delimitando el área de invasión vesical.

Debido al estado hemodinámico de la paciente se decide su hemotransfusión y útero inhibición.

En dicha oportunidad es interconsultado nuestro Servicio siendo evaluada la paciente y sus exámenes complementarios, solicitándose uretrocistofibroscopia que confirma la **compresión e invasión placentaria de la cara anterior y fondo vesical trígono indemne, meatos normales.**

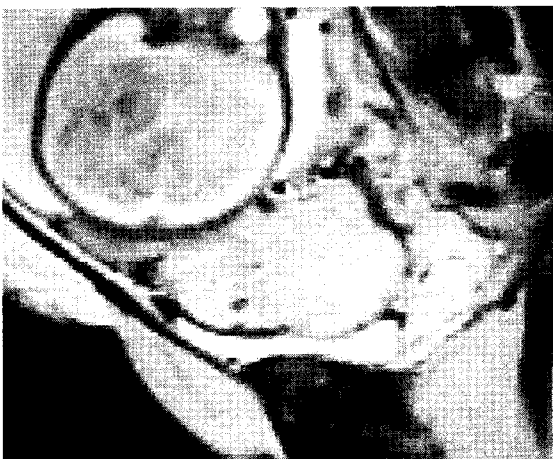
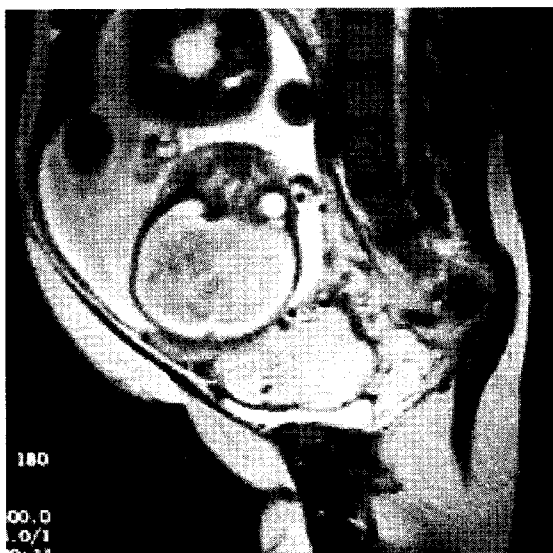
Se planifica operación cesárea con participación del Servicio de Urología realizándose cesárea - histerectomía - cistectomía parcial. Extrayéndose por polo cefálico feto vivo sexo masculino (37 semanas/apgar 8-10) y confirmándose percretismo placentario con invasión vesical. Debido al sangrado profuso, se realiza cistectomía parcial, se

deja colocados catéteres ureterales (k30), cistostomía y sonda uretral, histerectomía, transfusión intraoperatoria de 3 ugr.

La paciente ingresa a Unidad de Terapia Intensiva.

Cursa postoperatorio inmediato sin complicaciones, laboratorio de 24 horas: hemograma: Hto: 34%,

Hb: 11,9 ng/ml,- blancos: 14.000/mm, función renal: urea: 0,17 ng/ml,- creatinina (ev): 0,73 ng/m, se procede a la extracción de catéteres ureterales y cistostomía a las 72 horas. Retiro de la sonda vesical al décimo día postoperatorio; evaluada la paciente y constatándose micción espontánea se decide el alta urológica y posterior alta hospitalaria al duodécimo día postoperatorio, realizando los controles ulteriores por Consultorios externos de Urología y Obstetricia sin complicaciones.



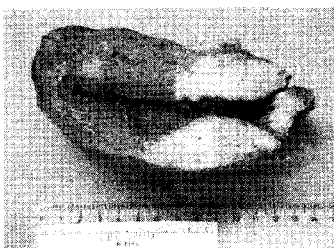
CASO CLÍNICO II

Paciente F. G., historia clínica n° 268.745 de 41 años de edad, cursando embarazo de 34 semanas consultó por **metrorragia y hematuria macroscópica** al Servicio de Obstetricia quien decide su internación. Como antecedentes obstétricos presentaba dos cesáreas anteriores (1978 y 1981) y legrado uterino en el año 2000.

Sin antecedentes personales de importancia al examen físico se presentaba hemodinámicamente estable:

- T.A: 95/65 mm/Hg / FC: 100'.
- Altura uterina: 30 cm, tacto vaginal: 4 cm de dilatación uterina.
- Exámenes complementarios solicitados:
- Monitoreo fetal: Normal.
- Laboratorio: Hemograma: Hto: 27% - Hb: 8 ng/ml
- Básico de coagulación: Quick:100% - kptt: 50"
- Función renal: Urea: 0,10 ng/ml - Creatinina (ev): 1,25 ng/m
- Diagnóstico por imágenes:
 - *Ecografía Doppler*: La cual evidencia la presencia de placenta previa oclusiva total con falta de visualización de pared uterina posterior. Índice de resistencia arterial normal. Se decide a fin de complementar los estudios imagenológicos solicitar:
 - *Resonancia magnética nuclear*: evidenciando la misma en cara póstero lateral de hemivejiga derecha la ausencia de plano de clivaje con la placenta.

El Servicio de Obstetricia decide, debido al estado



clínico de la paciente, solicitar la hemotransfusión y útero inhibición de la misma.

En dicha oportunidad es interconsultado nuestro Servicio quien decide no realizar U.C.F.C por presentar la R.M.N. datos sugestivos de compromiso vesical.

Se planifica operación cesárea con la participación del Servicio de Urología, se realiza operación cesárea con extracción por polo cefálico de feto vivo sexo femenino (35 semanas/apgar 7-10), se confirma **percretismo placentario** con invasión vesical y sangrado profuso, histerectomía, obligando a realizar cistectomía parcial se deja colocada sonda uretral y cistostomía y transfusión intraoperatoria de 5 ugr. Cursando la paciente postoperatorio inmediato sin complicaciones se solicitó laboratorio de 24 horas: Hemograma: Hto: 36% - Hb: 10,9 ng/ml Blancos: 13.000/mm - función renal: Urea: 0,27 ng/ml - Creatinina (ev): 0,83 ng/ml.

Retiro de la cistostomía a las 72 horas.

Evaluada la paciente y teniendo en cuenta su estado clínico se decide el alta hospitalaria con sonda vesical a permanencia al quinto día postoperatorio con posterior retiro de la misma al décimo día postoperatorio, constatándose micción espontánea. Se realizan los controles ulteriores por Consultorios externos de Urología y Obstetricia sin complicaciones y urocultivos negativos.

DISCUSIÓN

Percretismo placentario

Se entiende como tal a la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina, las vellosidades coriales atraviesan la totalidad del miometrio e incluso pueden invadir órganos vecinos; considerando la extensión placentaria involucrada, el percretismo se puede clasificar en:

- total
- parcial
- focal*

*(Cantanzarite V, Stanco L, Schrimmer S y col. Managing placenta previa/accreta. *Contemp Obstet Gynecol* 1996; 41: 66-95).

Descrita por primera vez en 1900 por Alexander y col., quien la relacionó con una alta tasa de morbimortalidad materno-fetal (Alexandroff, T: Einfall von uterustrupur waherend der 12: 447,1900). Ochorshorn y col. publican por primera vez 9 casos de percretismo placentario con invasión vesical en 1969 (Ochorshorn, A. *Obstetric Gynecol* 33: 677,1669).

Su incidencia es del 0,008% del total de los nacimientos (Hospital Kahan, Pakistan, *J Urology* 2000, 164: 1270-1274).

Etiología

Se atribuye a deficiencia focal o difusa de la decidua miometral. (Ecker JL, Sorem KA, Soodak L, y col. Placenta Increta Complicating a First trimester. Abortion A case report. *Journal Reproductive Medicine*. 1992; 37-10.)

Factores predisponentes:

- placenta previa (30%)
- legrados (25%)
- cesáreas (25%)
- multiparidad
- otros: Leiomiomas, malformaciones uterinas (Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, y col. Risk factors for placenta accreta. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 545-50):

Diagnóstico

Factores de riesgo como los mencionados anteriormente.

Sospecha de invasión vesical ante la presencia de hematuria microscópica o macroscópica en gestante.

- Ecografía Doppler: (80% sensibilidad y de valor predictivo positivo).*
- R.M.N: Confirma invasión vesical.*
- Uretrocistofibroscopia: Determina eventual grado de compromiso de la mucosa vesical.

Alfa feto proteína

O'Brien y col. han comunicado casos de elevación anormal de ésta en sangre materna, en ausencia de malformaciones fetales, correlacionado con la extensión de la invasión extrauterina.

(Kirkinen P, Helin-Martikainen HL, Vanninen R, Patanen K. Placenta accreta: imaging by gray-scale and contrast enhanced color Doppler somography and magnetic resonance imaging. *J Clin Ultrasound* 1998; 26: 90-94.)

Sumario de casos de percretismo placentario con invasión vesical informados en la literatura.

(Hung TH, Shau WY, Hsieh J *Urology* 2000, 164: 1270-1274).

- Número de pacientes: 27
- Edad: 26 a 42 años (media de 34).
 - El 100% presentaba por lo menos un cesárea previa.
 - En 75% no se llegó a un diagnóstico preoperatorio.
 - En 85% se realizó la cesárea en el tercer trimestre del embarazo
 - El 100% requirió transfusión sanguínea.
- Presentación
 - 37%: Hemorragia parto

- 25%: Hematuria macroscópica
 - 18%: Cesárea de elección
 - 11%: Metrorragia.
 - Otros: Dolor abdominal, preeclampsia
- **Tratamiento**
 - cesárea e histerectomía
 - cistectomía parcial: 67%
 - debridamiento y rafia vesical: 33%.
 - ligadura bilateral de arteria ilíaca interna: 33%.
 - Nuestra experiencia: 4 casos de cistectomía parcial

CONCLUSIONES

1. La incidencia de placenta percreta se incrementa en casos de múltiples cesáreas, legrados uterinos y enfermedades del endometrio.
2. Debe sospecharse en toda mujer con los antecedentes mencionados.
3. La presencia de hemorragias preparto, macro/microhematuria, síntomas urinarios bajos, deben alertar al obstetra y al urólogo sobre la posible invasión vesical.
4. La ecografía presenta un 80% de sensibilidad, siendo la R.M.N. un método de diagnóstico útil para confirmar el compromiso vesical.

5. Es una rara complicación obstétrica, que puede conllevar a un severo compromiso hemodinámico del paciente por hemorragia secundaria.
6. Un adecuado planeamiento multidisciplinario tanto pre, per y postoperatorio lograrán disminuir la morbimortalidad materno-fetal, en estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantanzarite V, Stanco L, Schrimmer S y col.: Managing placenta previa/accreta. *Contemp Obstet Gynecol* 1996; 41: 66-95.
2. Alexandroff, T: Einfall von uterustrupur waherend der 12: 447,1900.
3. A case report, Hospital Kahan, Pakistan, *J Urology* 2000, 164: 1270-1274.
4. Ecker JL, Sorem KA, Soodak L, y col.: Placenta Increta Complicating a First-Trimester Abortion A case report. *Journal Reproductive Medicine*. 1992; 37-10.
5. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, y col. Risk factors for placenta accreta. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 545-50.
6. Kirkinen P, Helin-Martikainen HL, Vanninen R, Patanen K.: Placenta accreta: imaging by gray-scale and contrast enhanced color Doppler sonography and magnetic resonance imaging. *J Clin Ultrasound* 1998; 26: 90-4.
7. Hung TH, Shau WY, Hsieh J.: Multicentric study, *Urology* 2000, 164: 1270-1274.