

492 **Emma Vilanova Blanes**  
**M. Francisca Oltra Escoda**  
**José María Rodríguez Ingelmo**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. España.

**Correspondencia:**

Dra. E. Vilanova Blanes.  
Perú, 13 esc. 3, 5.º A. 03008 Alicante. España.  
Correo electrónico: emma.vilanova@terra.es

Fecha de recepción: 7/2/2006.

Aceptado para su publicación: 11/3/2008.

---

## **Rotura uterina por placenta percreta. Un caso clínico en útero bicorne unicollis**

*Uterine rupture due to placenta percreta. A case in uterus bicornis unicollis*

### **RESUMEN**

Se expone el caso de una gestante de 27 semanas de amenorrea, diagnosticada de útero bicorne-unicollis y portadora de cerclaje cervical, que acude a urgencias por dolor abdominal. No se observa dinámica. Tras empeoramiento general y progresivo en 4 h, se retiró el cerclaje y se indicó cesárea urgente por shock hipovolémico y sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. En la laparotomía se observó hemoperitoneo 2 l, útero bicorne, acretismo placentario con perforación de 3 cm en fondo del hemiútero gestante. Nació un feto mujer vivo de 1.030 g, que evolucionó satisfactoriamente.

### **PALABRAS CLAVE**

Placenta percreta. Placenta accreta. Útero bicorne. Rotura uterina.

### **ABSTRACT**

A woman in the 27th week of gestation, with a prior diagnosis of uterus bicornis unicollis and a cervical cerclage in situ, presented to the

emergency department with severe abdominal pain. No uterine dynamics were observed. The patient rapidly deteriorated shortly after admission, warranting removal of the cervical cerclage and emergency cesarean section delivery with the working diagnoses of hypovolemic shock and abruptio placentae. Laparotomy showed free blood in the peritoneum (2 liters) as well as a placenta accreta with a 3-cm perforation in the uterine fundus. A female infant, weighing 1030 g, was delivered and progressed satisfactorily.

### **KEY WORDS**

Placenta percreta. Placenta accreta. Uterus bicornis. Uterine rupture.

### **INTRODUCCIÓN**

El acretismo placentario es la adherencia anormalmente firme de la placenta a la pared uterina. Se debe a un desarrollo insuficiente de la decidua basal, que normalmente sirve de barrera a una mayor penetración del trofoblasto en la pared uterina<sup>1</sup>. En la etiopatogenia del acretismo, además del insuficiente desarrollo decidual, también desempeña un papel la falta de interacción entre la decidua mater-

na y las 2 fases de invasión trofoblástica, que tienen lugar en etapas tempranas de la placentación<sup>2</sup>. El acretismo placentario se puede presentar desde las primeras etapas de la implantación placentaria, en la segunda oleada de invasión trofoblástica, es decir, desde las 13-14 semanas de embarazo<sup>3</sup>. La placenta accreta, es por tanto, una inserción anómala que invade total o parcialmente el espesor de la pared uterina, e incluso otras vísceras pélvicas, y se puede clasificar según su penetración en accreta, íncreta y percreta<sup>1</sup>.

La incidencia de acretismo placentario es difícil de establecer, si bien globalmente oscila alrededor de 1/7.000 embarazos<sup>1</sup>. La placenta percreta es una entidad poco común, con una incidencia media de 1/30.000 partos<sup>4</sup>.

El útero bicorne es una malformación uterina derivada de un defecto de fusión de los conductos müllerianos, incluida en el grupo IV de la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (SAF). Aparece en el 1-2% de la población general. La gestación conseguida en pacientes con este tipo de malformación debe considerarse de riesgo alto, tanto para la madre como para el feto<sup>1</sup>.

Se presenta un caso de rotura uterina por placenta percreta en una mujer gestante de 27 semanas, diagnosticada previamente de útero bicorne-unicollis.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años, hipotiroidea en tratamiento con Levothroid<sup>®</sup>, diagnosticada de útero bicorne unicollis durante la primera gestación. Como antecedentes obstétricos tenía 2 abortos retenidos precoces (semanas 9 y 10 de amenorrea), ambas gestaciones localizadas en el hemiútero derecho. En ambos casos se realizó una evacuación uterina y se legraron las 2 cavidades. El primero de los legrados precisó un segundo raspado días después por persistencia de restos deciduocoriales. La gestación actual, situada en el hemiútero izquierdo, es la tercera de la paciente. Se realizó cerclaje profiláctico en la semana 13. El cribado (triple prueba) del segundo trimestre informó de riesgo elevado de defecto de tubo neural (determinación de alfafetoproteína en sangre elevada), por lo que se practicó una ecografía de alta resolución y amniocentesis genética;

ambas resultaron normales. Diagnosticada de amenaza de parto prematuro en la semana 26 de amenorrea, se inició tratamiento con ritodrina por vía oral.

Una semana más tarde, acude a urgencias de maternidad por percibir contracciones uterinas. A la exploración, el cérvix está cerrado y el cerclaje no a tensión, sin observarse dinámica en el registro cardiotocográfico. En las 4 h siguientes la paciente empeora su estado general de forma progresiva. Persistió el dolor abdominal, que refirió continuo y de mayor intensidad. Un nuevo hemograma reflejó un descenso de 2 g de hemoglobina en ese período. Se retira cerclaje y se indica cesárea urgente por sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y shock hipovolémico.

Durante la laparotomía se aprecia hemoperitoneo de 2 l y útero izquierdo gestante. Se procede a histerotomía segmentaria transversa; se extrajo un feto mujer vivo, con una puntuación en la prueba de Apgar de 2/4/4 y un peso de 1.030 g. El alumbramiento resultó imposible por acretismo placentario complicado con perforación de 3 cm en el fondo del hemiútero izquierdo. El hemiútero derecho se observó normal. Estabilizada hemodinámicamente la paciente, se procedió a realizar una histerectomía total de ambos úteros conjuntamente. Durante la intervención y el postoperatorio inmediato se transfundió un total de 6 concentrados de hemáties.

El postoperatorio cursó sin incidencias y se dio de alta a la paciente al séptimo día de la intervención. El neonato evolucionó se forma satisfactoria.

El diagnóstico anatomopatológico de la pieza de histerectomía fue (figs. 1 y 2): útero bicorne con cérvix único; útero gestante con perforación en fondo y cara posterior por placenta percreta e incisión de histerotomía, y útero pequeño con decidualización del endometrio.

## DISCUSIÓN

La placenta accreta y el útero bicorne son 2 trastornos muy raros, pero pueden asociarse, dado que la anomalía mülleriana se considera un factor de riesgo de acretismo placentario. El útero desempeña un importante papel en el proceso de anidación. Tanto el útero bicorne como el septo se asocian a un mayor índice de pérdidas gestacionales precoces

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3969392>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3969392>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)