



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Percretismo placentario con invasión de vejiga y recto

Froilán Tórrez-Morales^{a,*} y Jesús Carlos Briones-Garduño^b

^a Medicina Crítica en Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, D.F., México

^b Unidad de Terapia Intensiva de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, D.F., México

Recibido el 30 de abril de 2015; aceptado el 27 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE

Percretismo
placentario;
Embolización;
Quimioterapia

Resumen

Antecedentes: El percretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, descompensación del estado hemodinámico y finalmente a la muerte. Con relación al tratamiento, la histerectomía obstétrica total de inicio se encuentra universalmente aceptada; sin embargo, el surgimiento de nuevas técnicas de abordaje, como la angioembolización de arterias uterinas y el uso de agentes quimioterapéuticos como el metotrexato, con el objetivo de disminuir las complicaciones asociadas, son alternativas también descritas en la literatura.

Caso clínico: Paciente femenina de 28 años de edad, multigesta, gesta 4, partos 2, cesárea una, que cursó con embarazo de 28.4 semanas por ultrasonografía del segundo trimestre, es diagnosticada de percretismo placentario con invasión vesical y rectal, mediante resonancia magnética. Ingresa bajo protocolo de manejo multidisciplinario y secuencial, cuyos componentes fueron cesárea con placenta *in situ*, embolización selectiva de arterias uterinas inmediatamente posterior a cesárea, quimioterapia semanal con metotrexato por 4 dosis y, finalmente, histerectomía obstétrica, previa ligadura bilateral de arterias hipogástricas. El resultado fue favorable, ya que la paciente egresó en buenas condiciones generales, sin presentar hemorragia ni otras complicaciones durante el tratamiento.

Conclusiones: El manejo protocolizado y secuencial, que incluye embolización selectiva de las arterias uterinas inmediatamente posterior a la cesárea con placenta *in situ*, quimioterapia con metotrexato de forma semanal y, finalmente, histerectomía obstétrica precedida de ligadura bilateral de las arterias hipogástricas es una alternativa terapéutica a considerar en casos de percretismo placentario.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Calle Coyoacán 1435, Edif. H 433. Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez. México, D.F. C.P.: 03100. Teléfono: +52 55 3516 0428.

Correo electrónico: lancimed@hotmail.com (J.C. Briones-Garduño).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.08.011>

0009-7411/© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Placenta accreta;
Embolisation;
Chemotherapy

Placenta percreta with bladder and rectum invasion

Abstract

Background: Placenta percreta may lead to massive obstetric haemorrhage, haemodynamic decompensation, and ultimately death. Total obstetric hysterectomy is universally accepted as treatment; however, the emergence of new techniques such as the uterine artery angioembolisation approach, and the use of chemotherapy agents such as methotrexate, are alternatives also described in the literature.

Clinical case: A 28 year-old patient, in her fourth gestation, with a previous history of 2 vaginal and 1 caesarean birth 4, in her 28.4 week of pregnancy, by second trimester ultrasound, was diagnosed with placenta percreta with bladder and rectal invasion using magnetic resonance imaging. Multidisciplinary and sequential treatment included: Caesarean with placenta *in situ*, uterine artery embolisation immediately after caesarean, chemotherapy with methotrexate weekly for 4 doses, and finally obstetric hysterectomy after bilateral hypogastric artery ligation. The outcome was favourable and the patient was discharged in good general condition.

Conclusions: The protocolled and sequential management including selective embolization immediately after caesarean section with placenta *in situ*, weekly chemotherapy with methotrexate and obstetric hysterectomy, preceded by bilateral ligation of the hypogastric arteries, is a therapeutic alternative to be considered in cases of placenta percreta.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El acretismo placentario se define como la inserción anormal de las vellosidades coriales en el miometrio, en ausencia de decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch¹ que, de acuerdo con el grado de penetración, se clasifica en placenta accreta (78% de los casos), que llega al miometrio pero no lo invade; placenta increta (17% de los casos), que invade el miometrio, y finalmente placenta percreta (5% de los casos), en la cual existe penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la capa serosa del útero, que puede alcanzar los órganos vecinos².

El acretismo placentario puede llevar a la hemorragia obstétrica masiva, con descompensación del estado hemodinámico y, finalmente, a la muerte, por lo que se constituye en un problema de salud pública. Hace poco, la Organización Mundial de la Salud calificó al acretismo placentario como una nueva pandemia, directamente relacionada con pacientes con el antecedente de 2 o más cesáreas previas. En México la tasa de cesárea se incrementó progresivamente, alcanzando niveles superiores al 36% en el 2012, consecuentemente también se han incrementado los casos de acretismo placentario³.

El American College of Obstetricians and Gynecologist indica que, si existen datos sugerentes de acretismo placentario, se deben tomar ciertas medidas para optimizar el nacimiento y el tratamiento, para así disminuir el riesgo de morbilidad materna. Estas medidas incluyen:

1. Advertir a la paciente de los riesgos de histerectomía y de transfusión sanguínea.
2. Se debe tener una reserva de hemoconcentrados disponibles.

3. Disponer de un lugar adecuado para la resolución del embarazo, no solo en instalaciones sino también en personal.
4. Evaluación previa por Anestesiología.
5. Si es necesario, se puede realizar embolización de las arterias pélvicas como alternativa a la histerectomía o para disminuir la pérdida sanguínea en la histerectomía⁴.

El objetivo de este caso clínico es presentar la evolución clínicoquirúrgica de una paciente con diagnóstico de percreta con invasión vesical y rectosigmoidea, tratada en la Unidad de Cuidados Intensivos de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

Caso clínico

Paciente femenina de 28 años de edad, multigesta que ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, referida del Hospital Materno Infantil del Estado de México (Toluca), con los antecedentes de: gesta 4, 2 partos eutócicos (hace 7 y 5 años), una cesárea (hace 9 años por circular de cordón) y los diagnósticos de embarazo de 28.4 semanas por ultrasonografía del segundo trimestre, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, síndrome anémico en tratamiento, placenta previa oclusiva total, percretismo hacia vejiga urinaria y recto sigmoides. Se integro el protocolo de estudio de placenta previa que incluyó: cistoscopia ultrasonido doppler y resonancia magnética nuclear, evidenciándose compromiso vesical y rectosigmoideo (fig. 1); al mismo tiempo, se inició con inductores de maduración pulmonar fetal. La ultrasonografía doppler, además, reportó placenta corporal anterior y previa total, presentación pélvica, acretismo y percretismo hacia vejiga y recto sigmoides.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831165>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831165>

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