

## Placenta pércreta como causa de hemorragia masiva durante legrado uterino

### *Placenta percreta as cause of massive haemorrhaging during uterine curettage*

N. Zaballo<sup>1</sup>, J. Benito<sup>2</sup>, J. Pinillos<sup>1</sup>, C. Imízcoz<sup>1</sup>, A. Atarés<sup>2</sup>, R. Ezcurra<sup>2</sup>

#### INTRODUCCIÓN

La evacuación de restos embrionarios mediante legrado uterino es un proceso quirúrgico relativamente seguro, aunque hay riesgo de morbimortalidad de la paciente por atonía uterina, sepsis y coagulopatía. Puede haber complicaciones asociadas con la técnica quirúrgica como la perforación y la hemorragia incontrolable, que a menudo requieren laparotomía urgente e incluso histerectomía. La placenta áccreta puede causar hemorragia masiva, y se debe sospechar siempre que se presente sangrado excesivo durante legrado uterino. Describimos el manejo obstétrico y anestésico de una paciente que presentó hemorragia masiva intraoperatoria.

#### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 38 años, que ingresó por Urgencias con un cuadro de aborto diferido de 8 semanas de gestación, que se comprobó ecográficamente, siéndole colocado un tallo de laminaria para realizar un legrado evacuador de restos. Entre sus antecedentes obstétricos destacaban dos cesáreas, por presentación de nalgas en primigesta y por sufrimiento fetal agudo. La analítica de control mostró hemograma y pruebas de coagulación normales, con hematocrito de 40% y hemoglobina de 13 gr / dl, sodio 139 Eq/l y potasio

4,1 Eq/l. Transcurridas más de 8 horas de colocación del tallo de laminaria la paciente es trasladada a quirófano, donde tras monitorización no invasiva de presión arterial, E.C.G y saturación de oxígeno por pulsioximetría se realiza inducción de anestesia general con 150 mg de propofol manteniéndose en respiración espontánea en una mezcla de oxígeno a 33% y protóxido de nitrógeno al 66%. La presión arterial era de 120-60 y la frecuencia cardiaca de 110 l.p.m.

A los cinco minutos, mientras se realizaba el legrado, se presentó hemorragia vaginal profusa, que no cedía con la colocación de sonda de Foley intrauterina ni fármacos uterotónicos (metilergonovina y oxitocina intravenosos). Se realizó intubación orotraqueal urgente iniciándose maniobras de restauración de la volemia con solución de Ringer lactato mediante dos vías intravenosas gruesas antecubitales de calibre 16 G. A la vez se extrajo analítica de control así como pruebas cruzadas. La hemorragia no cedía y se decidió realizar laparotomía exploradora. La situación hemodinámica se complicó, con T.A. sistólica de 70 precisando vasopresores (efedrina 10 más 10 mg) y transfusión rápida de coloides (hidroxietilalmidón: 1 litro). Se realizó histerectomía subtotal al hallar el asentamiento de los restos embrionarios a nivel de cicatriz anterior y la presencia hasta cérvix de un gran hematoma infiltrante que invadía serosa, así como restos ovulares cervicales.

Las constantes remontaron progresivamente mientras se transfundían dos concentrados de hematíes así como dos unidades de plasma ante la

1. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
2. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Aceptado para su publicación el 24 de febrero de 1999.

#### Correspondencia

Nicolás Zaballo Barcala  
Servicio de Anestesiología y Reanimación  
Hospital Virgen del Camino  
Irunlarrea, 4  
31008 Pamplona  
Tfno. 948 429677  
Fax 948 170515

impresión clínica de coagulopatía de inicio. La suero-terapia durante las dos horas y media que duró la intervención consistió en 1 litro de hidroxietilalmidón y 3 litros de Ringer lactato. Las tensiones se mantuvieron alrededor de 110-55 y la frecuencia descendió a 80 l.p.m. La pérdida sanguínea estimada fue de 2.000 ml y la diuresis de 50 ml / hora. La analítica extraída al inicio de la intervención mostraba un hematocrito de 33 % con hemoglobina de 10 gr / dl, pero una hora después y a pesar de la transfusión hemática los valores eran de 18 % y 6 gr / dl respectivamente, con sodio de 134 Eq/l y potasio de 3,7 Eq/l. La anestesia se mantuvo con perfusión de propofol a 2-4 mg /kg/ h más bolus de fentanilo y atracurio una vez remontó el episodio hipotensivo.

Al alta de quirófano a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) la paciente estaba consciente y orientada, transfundiéndose allí otros 2 concentrados de hemáties. Un nuevo control analítico mostró porcentaje de protrombina de 64 %, tiempo de cefalina de 26 s, hemoglobina de 11 gr / dl y hematocrito de 32 %, plaquetas 107.000 / mm<sup>3</sup>. La paciente permaneció 4 horas en la URPA, con una diuresis total de 850 ml, manteniéndose asintomática y sin más eventualidades hasta el alta hospitalaria que se produjo una semana después. Los hallazgos anatomopatológicos consistieron en placenta ácreta pécrceta a nivel del segmento uterino anteroinferior con exagerada reacción trofoblástica en el sitio de implantación, así como residuos decido coriales retenidos, precisando diagnóstico diferencial con tumor trofoblástico, que se descartó al ser normales los niveles de  $\beta$  HCG.

## DISCUSIÓN

La incidencia global de placenta ácreta es de 1/ 2500-3000 partos<sup>2</sup>. La placenta ácreta es una placenta de 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 ácreta vera, íncreta y pécrceta. En la placenta pécrceta las vellosidades atraviesan toda la pared uterina pudiendo hacer muy difícil la separación de placenta y útero una vez producido el parto, o provocar rotura de la pared uterina al legrar los restos embrionarios<sup>3</sup>. La rotura uterina se puede producir también espontáneamente al crecer el embrión, aunque es más raro y suele suceder sobre todo en el segundo y tercer trimestre por el mayor tamaño de éste<sup>1</sup>.

Dicho cuadro clínico exige laparotomía urgente y la mayor parte de las veces histerectomía<sup>3</sup> (alrededor del 50 % de histerectomías obstétricas de emergencia están

relacionadas con placentas anormalmente adheridas). Su diagnóstico es fundamentalmente ecográfico y de sospecha ante la presencia de factores de riesgo. El diagnóstico ecográfico en el primer trimestre de gestación es muy difícil, y suelen ser diagnosticadas a posteriori al presentar clínica, como abortos, sangrado vaginal o rotura uterina<sup>1</sup>.

La placenta ácreta suele presentarse en placentas de inserción baja, y su incidencia aumenta en relación directa al número de cesáreas anteriores practicadas<sup>3</sup>. Así, las pacientes con placenta previa pero útero sano tienen un 5 % de riesgo de placenta ácreta; si hay una cesárea el riesgo aumenta al 24-31 %, con dos cesáreas es del 50 % y con 4 es de un 67 %<sup>2</sup>. La pérdida media de sangre en estas situaciones es de 2.000 a 5.000 ml, y la transfusión media requerida es de 7,9 concentrados de hemáties<sup>3</sup>. La reposición de fluidos es por término medio de 4.383 ml si no se requirió histerectomía y de 16.300 ml si se requirió histerectomía<sup>5</sup>.

De estos datos se deducen las siguientes cuestiones: el diagnóstico de placenta ácreta debe ser en primer lugar de sospecha<sup>6</sup> (si hay antecedentes de cirugía uterina previa o cesáreas o si ha habido placenta previa en otros embarazos). La confirmación es ecográfica en gran parte de los casos, sobre todo en el segundo y tercer trimestre<sup>1</sup>, pero en otros, como sucedió en nuestro caso, la ecografía en el primer trimestre no aportó datos.

La segunda cuestión importante radica en que una vez sospechada su existencia, el tratamiento tanto obstétrico como de reanimación ha de ser precoz y agresivo<sup>3</sup>. Los tratamientos más conservadores están asociados con cuádruple morbimortalidad. La histerectomía suele ser la mejor opción<sup>7</sup>, acompañada o no de ligadura de las arterias uterinas, ováricas, hipogástricas si es preciso. Si aún así sigue sin controlarse la hemorragia se puede recurrir a la embolización arterial selectiva en quirófano<sup>8</sup>, controlando angiográficamente la circulación colateral que a menudo desarrollan las vellosidades invasoras. Debemos remarcar que la técnica quirúrgica es a menudo laboriosa y la hemostasia difícil,

ya que a la probable coagulopatía tanto de consumo como por activación de factores tisulares se une la especial friabilidad del tejido que rodea al cuello uterino. Y es precisamente en esa zona donde asentaba la placenta de nuestra paciente. La placenta áccreta, como ya se ha señalado, suele coexistir con placenta previa en casi el 50 % de las ocasiones. Además, el segmento uterino inferior no se contrae como es debido por la presencia de la placenta cerca del orificio cervical, lo que aumenta la hemorragia.

También hay que considerar las técnicas de reposición de líquidos y hemáticas. Nada más tener sospecha clínica se deben colocar vías intravenosas gruesas y comenzar con la restauración de volumen, porque la hemorragia muchas veces no se pone de manifiesto de forma progresiva sino que cuando lo hace es de forma abrupta y masiva. Como ya hemos visto la media de productos hemáticos transfundidos en situaciones similares a la que nos ocupa es abrumadora, por lo que creemos que la actitud energética fue fundamental en nuestro caso para corregir la hipovolemia y controlar el sangrado<sup>7</sup>. Las medidas uterotónicas, como masaje uterino, ergóticos, oxitócicos, pueden ayudar. La corrección precoz de la coagulopatía de consumo que probablemente se iba a desarrollar ante el gran sangrado también tendría algo que ver en la limitación y control definitivo de la hemorragia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. RASHBAUM WK, GATES EJ, JONES J, GOLDMAN B, MORRIS A, LYMAN WD. Placenta accreta encountered during dilation and evacuation in the second trimester. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 701-703.
2. CLARK SL, KOONINGS PP, PHELAN JP. Placenta previa / Accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 89-92.
3. ARÉN JJ. Hemorragia obstétrica. En: Miranda A, ed. *Tratado de Anestesiología y Reanimación en Obstetricia. Principios fundamentales y bases de aplicación práctica*. Barcelona: Masson, 1997; 21: 635-659.
4. BEZDEK J. Placenta percreta causing uterine rupture. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 853-855.
5. ARCARIO T, GREENE M, OSTHEIMER GW, DATTA S, NAULTY JS. Risks of placenta previa / accreta in patients with previous cesarean deliveries. *Anaesthesiology* 1988; V 69: A 659.
6. HARDEN MA, WALTERS MD, VALENTE P. Postbortal hemorrhage due to placenta increta: A case report. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 523-526.
7. DE NADAL M, SALUDES J, LÓPEZ MV, MIRANDA L. Placenta previa áccreta e histerectomía obstétrica. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1995; 42: 145-147.
8. KERR A, KARLIN D, MIKHAIL M, RASHBAUM WK, ANYAEBUNAM A. Intraoperative embolization for pelvic hemorrhage following termination of pregnancy. *Am J Perinatol* 1996; 13: 151-153.