

CASO CLÍNICO

1. Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima, Perú.
 - a. Doctor en medicina, ORCID: 0000 - 0003 - 2789 - 4764
 - b. Bachiller en medicina, ORCID: 0000 - 0002 - 7023 - 5572

Recibido: 6 de octubre 2025

Aprobado: 28 de diciembre 2025

Publicación en línea: 6 de febrero 2026

Correspondencia:

Elías Alexis Valladares Gutiérrez

✉ alexye02@hotmail.com

Citar como: Valladares E, Trujillo A. Placenta previa percreta sin diagnóstico antenatal. Rev peru ginecol obstet. 2025;71(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2817>

Placenta previa percreta sin diagnóstico antenatal

Percretism without prenatal diagnosis

Elías Alexis Valladares Gutiérrez^{1,a}, Alfredo Stiven Trujillo Mendoza^{1,b}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2817>

RESUMEN

El espectro de placenta acreta y en particular la placenta previa percreta es causa importante de hemorragia obstétrica y morbilidad materna y perinatal grave, aún en los países e instituciones con experiencia y el soporte adecuado. Se presenta el caso de una gestante de 34 semanas 2 días, con antecedente de una cesárea y placenta previa, con diagnóstico intraoperatorio de percretismo a quien se le realizó cesárea histerectomía de emergencia. El manejo fue complejo pero exitoso y sin complicaciones. Se resalta la importancia de contar con las competencias necesarias para manejar la placenta previa percreta sin diagnóstico antenatal.

Palabras clave: Placenta previa, percreta.

ABSTRACT

The spectrum of placenta accreta and in particular placenta previa percreta is an important cause of obstetric hemorrhage and severe maternal and perinatal morbidity and mortality, even in countries and institutions with experience and adequate support. We present the case of a pregnant woman of 34 weeks 2 days, with a history of cesarean section and placenta previa, with an intraoperative diagnosis of percreta who underwent emergency cesarean hysterectomy. Management was complex but successful and without complications. The importance of having the necessary skills to manage placenta previa percreta without antenatal diagnosis is highlighted.

Keywords: Placenta previa, percreta.

INTRODUCCIÓN

El espectro de placenta acreta (EPA) se define como una invasión patológica parcial o total de las vellosidades coriónicas hacia el miometrio⁽¹⁾. El término se refiere a un rango variable de adherencia placentaria anormal e incluye la placenta acreta, la placenta increta y la placenta percreta. Es una de las patologías obstétricas más peligrosas y se caracteriza por distorsionar la anatomía del útero con o sin compromiso de estructuras y órganos vecinos, conduciendo a la pelvis a un estado vascular extremo de alto flujo^(1,2).

La placenta percreta registra el 5 - 7% del total de casos de EPA, es su forma más severa y compromete completamente el miometrio hasta la serosa o estructuras contiguas, con frecuencia invade la pared vesical y se asocia con hipervascularización anexial, lo que dificulta la cesárea e incrementa el riesgo de complicaciones intra y posoperatorias (2,3,4), asociándose con morbilidad materna extrema en el 82.1% de casos y con mortalidad materna en el 1.4%⁽⁵⁾.

La placenta previa ocurre cuando la placenta cubre parcial o completamente el orificio cervical interno, tiene una incidencia de 0.5% y una de sus complicaciones más importantes es la presencia percretismo⁽⁶⁾.

Los resultados clínicos de la placenta percreta empeoran cuando se asocia con placenta previa y cuando el diagnóstico se realiza durante la cirugía⁽²⁾. El diagnóstico prenatal reduce la morbilidad materna; sin embargo, hasta las dos terceras partes de los casos de EPA no tienen diagnóstico prenatal⁽⁷⁾.

En los últimos años, la incidencia de placenta previa complicada con percretismo ha incrementado significativamente⁽¹⁾. Se reporta un caso desafiante y raro de placenta previa con percretismo diagnosticado durante la cesárea y su manejo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años con dos partos previos (uno por cesárea), ingresó por emergencia al Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (HEVES) con los diagnósticos de: Gestante de 34 semanas 2 días por ecografía del II trimestre y hemorragia de la segunda mitad del embarazo por placenta previa. Presentó sangrado vía vaginal indoloro desde 30 minutos antes de su ingreso. Tenía dos ecografías institucionales, la primera a las 29 semanas 2 días reportó placenta corporal anterior alta grado II y la segunda a las 32 semanas 1 día, describió placenta anterior baja de inserción velamentosa que cubre orificio cervical interno. Por encontrarse hemodinámicamente estable, se decidió su hospitalización previa realización de test no estresante que concluyó feto activo reactivo y

ecografía obstétrica que confirmó una placenta previa grado II. Su hemoglobina era de 10.6 gr/dL. El tercer día de hospitalización se constató contracciones uterinas y sangrado vía vaginal por lo que se programó para una cesárea de emergencia. Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina 9.2 g/dL, grupo sanguíneo O Rh+ y plaquetas 179,000/mL.

Se realizó una incisión suprapúbica transversa tipo Pfannenstiel constatando la presencia de múltiples vasos tortuosos en la serosa de la pared uterina anterior y vejiga y afectación del miometrio mayor al 50% de la circunferencia axial del útero, con lo que se confirmó el diagnóstico de percretismo y que no se cumplían los criterios para manejo conservador⁽²⁾. Se realizó histerotomía corporal transversa para la extracción fetal evidenciando que la placenta estaba completamente adherida y comprometía el total del espesor de la pared uterina [Figura 1A]. Debido a la magnitud del sangrado se activó la Clave Roja, mientras que para minimizarlo se aplicó compresión aórtica interna y por no cumplir

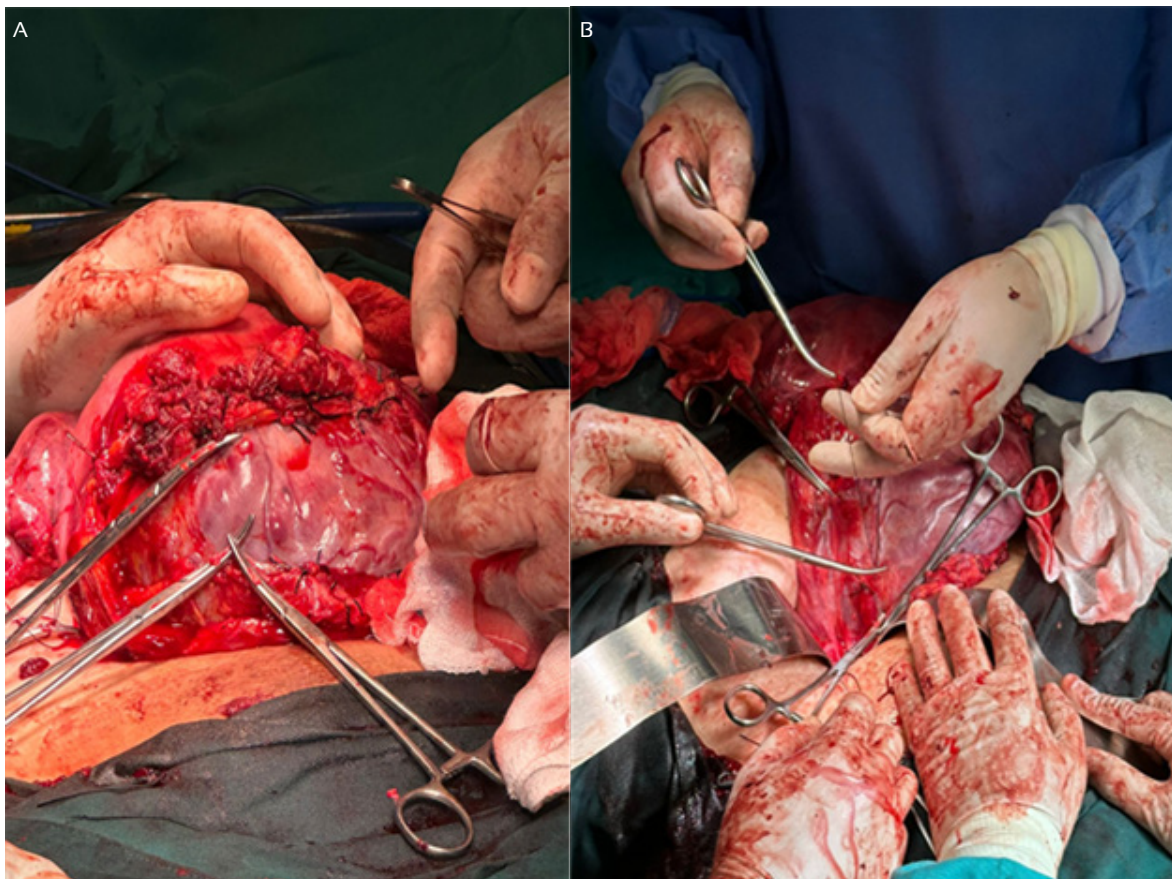


FIGURA 1. PLACENTA PERCRETA. (A) HISTERORRAFÍA CON TEJIDO PLACENTARIO IN SITU QUE COMPROMETE LA TOTALIDAD DEL MIOMETRIO Y LA SEROSA UTERINA. (B). DISECCIÓN RETROVESICAL MEDIANTE LIGADURA DE NEOVASOS.



criterios para manejo conservador se procedió a realizar histerectomía abdominal con la placenta in situ previa histerorrafia. Para ello se realizó disección retrovesical, traccionando la vejiga en sentido antero-caudal, identificando y ligando cada vaso que discurría entre la vejiga y el útero hasta exponer por completo el segmento uterino anterior [Figura 1B]. Asimismo, se identificaron los uréteres en su trayecto hasta su ingreso a la vejiga. Se continuó la histerectomía siguiendo los pasos que describe la técnica clásica de Richardson. Al tratarse de una cirugía de emergencia, programada solo como cesárea y debido a que el diagnóstico de espectro de placenta acreta fue intraoperatorio, no fue posible la participación del servicio de Urología por lo que no se cateterizaron los uréteres, procedimiento que suele realizarse en un primer tiempo operatorio antes del inicio de la cesárea. El sangrado intraoperatorio fue de 2.5 litros, y no se dejaron drenes porque la hemostasia fue segura. La paciente pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por el diagnóstico de shock hipovolémico, donde permaneció por 5 días y recibió transfusión de seis paquetes globulares. No presentó intercorrientes durante su posoperatorio, su hemoglobina posoperatoria fue de 8.1g /dL y el recuento plaquetario de 179,000/mL con perfil de coagulación normal. Fue dada de alta al segundo día de salir de la UCI. El estudio anatómico – patológico reportó presencia de vellosidades coriales que infiltraban y se extendían hacia el miometrio con compromiso de serosa, concluyendo como hallazgos histológicos consistentes con placenta percreta.

DISCUSIÓN

La asociación de placenta previa y percreta no es frecuente pero es una de las complicaciones obstétricas más mortales que se encuentran durante el intraoperatorio, especialmente cuando no existe diagnóstico antenatal^(4,9). El factor de riesgo más importante para el EPA es el antecedente de cesárea y cuanto más cesáreas previas, mayor es el riesgo de EPA⁽⁶⁾. El segundo factor de riesgo más frecuente es la ocurrencia de placenta previa, que se asocia con un riesgo del 1 al 4 % de cualquier forma de EPA; mientras que el mayor riesgo de EPA lo otorga la coexistencia de cesárea previa con placenta previa⁽⁶⁾.

Se confirmó que el factor de riesgo más importante para el parto es la hemorragia anteparto⁽¹⁰⁾,

que la cesárea se realiza alrededor de las 34 semanas de gestación⁽¹¹⁾, que cursa con hemorragia masiva y compromete órganos contiguos^(4,6), como la vejiga en este caso⁽¹⁰⁾.

La histerectomía es el tratamiento quirúrgico definitivo para los trastornos del EPA, especialmente para sus formas invasivas, y se le considera la opción más práctica y segura⁽⁹⁾. Sin embargo, la histerectomía no planificada de emergencia ocurre en el 40% de casos de EPA⁽¹²⁾ y desafortunadamente, en este caso no se sospechó el percreta, pese a la presencia de factores de riesgo.

El diagnóstico prenatal de EPA se asocia con menos morbilidad materna, cesáreas de emergencia, volumen de pérdida sanguínea y transfusiones de paquetes globulares⁽¹³⁾; mientras que la placenta previa percreta se asocia con morbilidad materna significativamente mayor y cirugías difíciles y complejas⁽¹⁴⁾, por lo que el escenario ideal es contar con el diagnóstico prenatal para programar un manejo multidisciplinario. Sin embargo; el presente caso de placenta previa percreta fue manejado exitosamente en un hospital nivel II – 2 con buenos resultados maternos y perinatales, a pesar de no tener el diagnóstico antenatal.

INFORMACIÓN SOBRE EL ARTÍCULO

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Declaración de uso de inteligencia artificial (IA): Los autores declaran no haber utilizado herramientas de IA para la elaboración del artículo.

Confidencialidad de datos y consentimiento informado: Se garantiza la privacidad de la información y por tratarse de un caso clínico se cuenta con el consentimiento informado correspondiente de la paciente.

Contribuciones de autoría: Elías Alexis Valladares Gutiérrez: Conceptualización, análisis formal, investigación, recursos, metodología, supervisión, redacción, revisión y edición. Alfredo Stiven Trujillo Mendoza: Curación de datos, administración de proyecto, visualización, escritura borrador original.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Einerson BD, Gilner JB, Zuckerwise LC. Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol*. 2023 Jul 1;142(1):31-50. doi: 10.1097/AOG.0000000000005229.
2. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. *BJOG*. 2019 Jan;126(1):e1-e48. doi: 10.1111/1471-0528.15306.
3. Zhao J, Li Q, Liao E, Shi H, Luo X, Zhang L, Qi H, et al. Incidence, risk factors and maternal outcomes of unsuspected placenta accreta spectrum disorders: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024 Jan 23;24(1):76. doi: 10.1186/s12884-024-06254-z.
4. Marcellin L, Delorme P, Bonnet MP, Grange G, Kayem G, Tsatsaris V, et al. Placenta percreta is associated with more frequent severe maternal morbidity than placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Aug;219(2):193.e1-193.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.049.
5. Matsuo K, Sangara RN, Matsuzaki S, Ouzounian JG, Hanks SE, Matsushima K, et al. Placenta previa percreta with surrounding organ involvement: a proposal for management. *Int J Gynecol Cancer*. 2023 Oct 2;33(10):1633-1644. doi: 10.1136/ijgc-2023-004615.
6. Okunowo AA, Ohazurike EO, Habeebu-Adeyemi FM. Undiagnosed placenta praevia percreta: A rare case report and review of management. *Niger Postgrad Med J*. 2019 Jan-Mar;26(1):61-64. doi: 10.4103/npmj.npmj_191_18.
7. Fratelli N, Prefumo F, Maggi C, Cavalli C, Sciarrone A, Garofalo A, et al. Third-trimester ultrasound for antenatal diagnosis of placenta accreta spectrum in women with placenta previa: results from the ADoPAD study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022 Sep;60(3):381-389. doi: 10.1002/uog.24889.
8. Nieto-Calvache AJ, Palacios-Jaraquemada JM, Aryananda R, Basanta N, Aguilera R, Benavides JP, López J, Campos C, Valencia L, Arboleda K, Cabrera V, Cabrera J, Tavera-Martínez GM, Sinisterra S, Maya J, Peña T, Burgos-Luna JM, Messa A. How to perform the one-step conservative surgery for placenta accreta spectrum move by move. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023 Feb;5(2):100802. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100802.
9. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018 Mar;140(3):265-273. doi: 10.1002/ijgo.12407.
10. Morlando M, Schwickert A, Stefanovic V, Gziri MM, Pateisky P, Chalubinski KM, et al; International Society for Placenta Accreta Spectrum (IS-PAS). Maternal and neonatal outcomes in planned versus emergency cesarean delivery for placenta accreta spectrum: A multinational database study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021 Mar;100 Suppl 1:41-49. doi: 10.1111/aogs.14120. Epub 2021 Mar 12. PMID: 33713033.
11. Lucidi A, Janiaux E, Hussein AM, Nieto-Calvache A, Khalil A, D'Amico A, et al. Emergency delivery in pregnancies at high probability of placenta accreta spectrum on prenatal imaging: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2024 Oct;6(10):101432. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101432.
12. Fishel Bartal M, Papanna R, Zacharias NM, Soriano-Calderon N, Limas M, Blackwell SC, et al. Planned versus Unplanned Delivery for Placenta Accreta Spectrum. *Am J Perinatol*. 2022 Feb;39(3):252-258. doi: 10.1055/s-0040-1714676.
13. Sugai S, Yamawaki K, Sekizuka T, Haino K, Yoshihara K, Nishijima K. Comparison of maternal outcomes and clinical characteristics of prenatally vs nonprenatally diagnosed placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023 Dec;5(12):101197. doi: 10.1016/j.ajogmf.2023.101197.
14. Saldarriaga-Hoyos JJ, Sarria-Ortiz D, Galindo-Velasco V, Rivera-Torres LF, Nieto-Calvache AJ. Morbidity associated with emergency surgery versus scheduled surgery in patients with placenta accreta spectrum. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024 Sep 6;46:e-rbgo74. doi: 10.61622/rbgo/2024rbgo74.