

CASO CLÍNICO

Espectro de placenta acreta en paciente nulípara sin antecedentes de cesárea: desafío diagnóstico y terapéutico

Gómez-Sánchez, C.^{a*}; Aquino-Hernández, M. J. L.^a

RESUMEN

Introducción: El espectro de placenta acreta (EPA) constituye una de las principales causas de hemorragia obstétrica masiva y en consecuencia de la mortalidad materna. Se caracteriza por la implantación anormal de las vellosidades coriales con invasión del miometrio debido a alteraciones en la decidua basal y la capa de Nitabuch. Su presentación clásica se asocia a placenta previa y antecedentes de cesárea, también puede manifestarse en pacientes nulíparas sin cicatrices uterinas, lo que representa gran desafío diagnóstico y terapéutico. **Objetivo:** Describir un caso clínico de espectro de placenta acreta en una paciente nulípara sin antecedentes de cesárea, resaltando las dificultades, el abordaje y la importancia del reconocimiento oportuno para disminuir la morbilidad materna. **Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 26 años, primigesta, con embarazo de 23 semanas, quien ingresó por patología gástrica. Durante la hospitalización persistió con dolor en hipocondrio derecho y anemia progresiva, presentando deterioro hemodinámico súbito, choque hipovolémico y hemoperitoneo, se activó el protocolo de respuesta obstétrica y se realizó laparotomía exploratoria urgente. Se identificó ruptura uterina asociada a infiltración placentaria compatible con EPA, realizándose histerectomía obstétrica en bloque con sangrado de 2,000 ml. La paciente evolucionó favorablemente en cuidados intensivos y el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de EPA. **Resultados y Discusión:** Este caso evidencia que el EPA puede presentarse en ausencia de factores de riesgo clásicos. La coexistencia de placenta previa, dolor abdominal intenso, anemia progresiva e inestabilidad hemodinámica debe hacer sospechar hemorragia obstétrica oculta. El ultrasonido constituye el método diagnóstico inicial, reservando la resonancia magnética en casos seleccionados. En situaciones de choque hipovolémico, la histerectomía obstétrica en bloque continúa como tratamiento de elección para controlar la hemorragia y preservar la vida materna.

Palabras clave: Espectro de placenta acreta; Placenta previa; Choque hipovolémico; Histerectomía obstétrica; Hemorragia obstétrica.

<https://doi.org/10.64507/ejrohs29>

^a Hospital de la Mujer y Neonatología, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Puebla, México.

*hmyn.ense.investigacion@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El espectro de placenta acreta (EPA) constituye un grupo de trastornos caracterizados por la adherencia e invasión anormal de las vellosidades coriales al miometrio mediante una alteración en la deciduización del segmento uterino inferior y alteración de la capa de Nitabuch (1-6).

En la actualidad, el EPA es reconocido como una de las principales causas de hemorragia obstétrica masiva, transfusión sanguínea, histerectomía periparto no planificada, ingreso a unidades de cuidados intensivos y mortalidad materna a nivel mundial (7-10). Durante las últimas décadas, la incidencia del EPA ha experimentado un incremento sostenido, relacionado principalmente con el aumento global de la tasa de cesáreas y otros procedimientos uterinos que alteran la integridad del endometrio.

Entre los factores asociados se encuentran la placenta previa, la edad materna avanzada, las técnicas de reproducción asistida y otras alteraciones de la implantación placentaria (8-10). La fisiopatología del EPA es compleja y multifactorial. También se ha descrito debido a una mayor expresión de factores angiogénicos como el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), factor de crecimiento placentario (PlGF) y diversas metaloproteinasas de matriz (MMP-2 y MMP-9), las cuales promueven la degradación de la matriz extracelular y facilitan la penetración del trofoblasto. En condiciones fisiológicas, la decidua basal y la capa fibrinoide de Nitabuch actúan como una barrera que limita la invasión trofoblástica durante la implantación embrionaria (6). Aunque clásicamente se asocia con antecedentes de una cicatrización uterina anormal, la literatura actual reconoce que también puede presentarse en pacientes primigestas y sin cicatrices uterinas previas (3).

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, el EPA continúa representando un desafío para la práctica clínica debido a la variabilidad de su presentación y a la posibilidad de manifestarse en pacientes sin factores de riesgo convencionales (8). La descripción de casos poco frecuentes, como el presentado en una paciente nulípara sin antecedentes de cesárea, contribuye a ampliar el conocimiento sobre esta enti-

dad y enfatiza la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica para establecer un diagnóstico temprano, implementar un tratamiento oportuno y disminuir la morbilidad materna y perinatal.

Por lo anterior, el objetivo del presente texto es describir un caso clínico de espectro de placenta acreta en una paciente nulípara sin antecedentes de cesárea, resaltando las dificultades, el abordaje y la importancia del reconocimiento oportuno para disminuir la morbilidad materna.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 26 años, originaria de Ajalpan, Puebla, escolaridad licenciatura. Gesta uno, ingresa con embarazo de 23 semanas de gestación por fecha de última menstruación tipo 1, control prenatal en primer nivel de atención con cuatro consultas prenatales y dos ultrasonidos obstétricos. La mujer acudió al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer y Neonatología el día 17 de noviembre de 2024 al presentar cuadro clínico de náuseas, vómitos en múltiples ocasiones, dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio y evacuación diarreica posterior a ingesta de alimentos colecistoquinéticos. Antecedente quirúrgico de importancia colecistectomía abierta en 2021, sin otros antecedentes patológicos relevantes.

A su ingreso clínico, se observó hemodinámicamente estable, sin datos de urgencia obstétrica, por lo que se decidió manejo conservador en el área de vigilancia.

Dentro de sus antecedentes de importancia destacaron dos hospitalizaciones previas durante el embarazo por amenaza de aborto y estudios ultrasonográficos obstétricos con hallazgos sugestivos de placenta previa. El ultrasonido obstétrico (USG) de atención privada del día 05-10-24 fue realizado a las 16.3 semanas; éste reportó placenta que cubría completamente el orificio cervical interno, mientras que el ultrasonido obstétrico institucional del día 09-10-24 fue realizado a las 17.1 semanas, el cual reportó probable placenta previa.

Durante su estancia hospitalaria persistió con dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, asociado a signo de Murphy positivo, además de anemia moderada documentada por laboratorio inicial el 18-11-24, conjuntamente a hemoglobina de 8.4 g/dL y hematocrito de 24.5%. Debido a la persistencia del cuadro clínico se decidió su ingreso a hospitalización para vigilancia, más el inicio de medidas preventivas mediante reposo relativo, prevención de anemia materna y vigilancia de sangrado transvaginal, así como realización de estudios complementarios y control obstétrico.

Horas posteriores a su ingreso, la paciente presentó deterioro clínico súbito caracterizado por dolor abdominal intenso de inicio brusco, hipotensión arterial, datos clínicos de choque hipovolémico y descenso significativo de hemoglobina hasta 6.9 g/dL. Se realizó rastreo ultrasonográfico, el cual evidenció líquido libre en cavidad abdominal y presencia de vitalidad fetal. Ante la sospecha de hemorragia intraabdominal secundaria a probable desprendimiento placentario, se activó el Código Oro (Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica), iniciándose

reanimación hídrica más transfusión sanguínea y laparotomía exploratoria de urgencia. Debido a la gravedad de la paciente el procedimiento quirúrgico se realizó en el Hospital de la Mujer y Neonatología, correspondiente a un segundo nivel de atención.

Se ejecutó una incisión mediana supra e infraumbilical. Una vez en cavidad abdominal se evidenció macroscópicamente el área de infiltración placentaria y se identificó hemoperitoneo secundario a ruptura uterina, asociada a probable espectro de placenta acreta **Imagen 1**.

Se reportó sangrado aproximado de 2000 mililitros y hallazgo de útero de 25×20 centímetros conteniendo feto y placenta con sospecha de invasión placentaria anormal **Imagen 2**.



Imagen 1. Útero gestante, aumentado de tamaño, con dilatación de la red vascular y neovasos que penetran en su totalidad en cuerno uterino derecho, realizándose manejo quirúrgico de urgencia mediante histerectomía obstétrica en bloque para preservar la vida materna.



Imagen 2. Producto de histerectomía total (317g) e infartos vellosos.

Posteriormente, la paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde evolucionó favorablemente con estabilidad hemodinámica, sin requerimiento de vasopresores ni soporte ventilatorio avanzado. Recibió manejo multidisciplinario con control estricto de líquidos, vigilancia de herida quirúrgica, antibioticoterapia empírica, analgesia y movilización asistida. Durante su estancia hospitalaria se activó el Código Mariposa, éste es un protocolo de atención médica y hospitalaria diseñado para brindar un acompañamiento digno, empático y humanizado a las madres y familias que sufren una pérdida gestacional, perinatal o neonatal. Consecuentemente, se logró su egreso hospitalario de manera convencional el 22-11-2024.

El estudio histopatológico del 24-12-2024 reportó microscópicamente una interfase uteroplacentaria anormal, con vellosidades coriales firmemente adheridas que invaden el músculo liso uterino, clasificándola como placenta acreta en fondo uterino **Imagen 3, Gráfica 1.**



Imagen 3. Espécimen quirúrgico, se observa implantación anormal de placenta acreta en fondo uterino.

Gráfica 1. Diagrama de Gantt 1

Fase	Evento cronológico	Año 2021	octubre 2024	17-nov-2025	18-11-2025	22-11-2024	24-12-2026
Fase 1: Antecedentes y control prenatal	Colecistectomía abierta (Antecedente- 2021) •4 consultas Prenatales •Amenaza de aborto (Primeros meses 2024) •USG Privado (16.3 SDG): Placenta previa total (05 Oct 2024) •USG Institucional (17.1 SDG): Probable Placenta previa (09 Oct 2024)						
Fase 2: Ingreso y manejo conservador	Ingreso Urgencias (Cuadro biliar/GI simulado (17 Nov 2024) •Estabilidad clínica y observación (17 Nov 2024) •Laboratorios: Anemia moderada Hb 8.4 (18 Nov 2024) •Persistencia dolor / Ingreso a Hospitalización (18 Nov 2024)						
Fase 3: Evento agudo y cirugía de urgencia	• Choque Hipovolémico / Dolor súbito, Hb 6.9 (18 Nov 2024 - Horas Post.) •USG: Líquido libre / Vitalidad fetal (18 Nov 2024) •Activación de Código Oro (ERIO) (18 Nov 2024) •Laparotomía, Histerectomía en bloque (2L) (18 Nov 2024)						
Fase 4: cuidados intensivos y recuperación	• Estancia en UCI (Evolución favorable de Posquirúrgico •Activación de Código mariposa (Duelo) • Alta / Egreso hospitalario convencional (22 Nov 2024)						
Fase 5: Seguimiento histopatológico	Reporte definitivo: Placenta Acreta en fondo (24 Dic 2024)						

DISCUSIÓN

El presente caso clínico corresponde a una presentación poco frecuente, pero altamente grave de EPA. La principal manifestación clínica en este caso fue dolor abdominal agudo progresivo con evolución hacia choque hipovolémico secundario a hemoperitoneo por ruptura uterina espontánea.

Diversos autores describen que la ruptura uterina asociada al espectro de placenta acreta durante el segundo trimestre es una complicación extremadamente rara, pero potencialmente mortal, cuyo diagnóstico suele ser difícil debido a la ausencia inicial de sangrado vaginal y a la similitud clínica con patologías gastrointestinales, apendicitis, colecistitis o desprendimiento placentario (1,3). El diagnóstico diferencial oportuno de abdomen agudo y choque hipovolémico durante el embarazo es fundamental para establecer el tratamiento adecuado y reducir la morbilidad materna y perinatal. La presencia de dolor abdominal intenso, anemia progresiva, hipotensión y líquido libre intraabdominal debe generar sospecha de hemorragia obstétrica oculta y obliga a realizar intervención quirúrgica inmediata (1,5).

Con relación al diagnóstico prenatal, las guías del *American College of Obstetricians and Gynecologists* y de la *Society for Maternal-Fetal Medicine* establecen que el ultrasonido obstétrico constituye el método diagnóstico inicial de elección y Doppler para identificar espectro de placenta acreta (1). La literatura también señala el diagnóstico mediante resonancia magnética como una herramienta complementaria en casos complejos, especialmente cuando existe sospecha de invasión profunda o hallazgos ultrasonográficos no concluyentes (1,2). No obstante, su disponibilidad es limitada ya que requiere personal con experiencia para una adecuada interpretación. Además, en el contexto de este caso clínico no se realizó un abordaje de EPA al no identificar dicha patología de primera instancia.

Entre los hallazgos ecográficos más importantes de EPA destacan, placenta previa o inserción baja, pérdida de la zona hipoeoica retroplacentaria, lagunas vasculares placentarias, adelgazamiento miometrial y aumento de vascularidad uterovesical (1,2). En este caso, la paciente presentó desde etapas tempranas datos de placenta previa, factor que debió incre-

mentar la sospecha diagnóstica, aun en ausencia de cesárea previa (2). La placenta previa (PP) se denomina cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. Su presentación más común es como hallazgo ocasional en la ecografía de las 20 semanas donde se deberá corroborar la ubicación de la placenta. En caso de confirmar el diagnóstico, se recomienda derivar a la paciente a tercer nivel de atención para soporte debido a que la PP se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbilidad perinatal alta (2).

Sin embargo, en escenarios de urgencia obstétrica con inestabilidad hemodinámica, como el presente caso, la prioridad terapéutica es el control quirúrgico del sangrado (1).

Respecto al tratamiento, las recomendaciones internacionales coinciden en que la histerectomía obstétrica en bloque constituye el manejo Gold Standard en pacientes con hemorragia masiva secundaria a espectro de placenta acreta, particularmente cuando existe ruptura uterina, choque hipovolémico o imposibilidad de separación placentaria segura (1,2). Asimismo, existen otras técnicas como la oclusión profiláctica con balón arterial mediante radiología intervencionista, embolización arterial uterina, ligadura de arterias uterinas y ligadura de arterias hipogástricas (ilíacas internas) todas con el fin de disminuir la presión del pulso arterial sin interrumpir totalmente el flujo sanguíneo pélvico en un 50% (1,7).

Las guías del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) y de la *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) recomiendan evitar la remoción manual de la placenta debido al elevado riesgo de hemorragia catastrófica (1,2).

En esta paciente, la realización de laparotomía exploratoria urgente con histerectomía en bloque fue una acción adecuada y alineada con la evidencia científica actual, ya que permitió el control rápido de la hemorragia y la estabilización materna (1,5). Debido al estado de gravedad de la mujer, se optó por realizar de primera instancia la histerectomía en bloque sin realizar alguna técnica de desarterializa-

ción ni ligadura de arterias hipogástricas (ilíacas internas) ya que ambas son medidas de control vascular (7), la omisión de no realizarlas no repercutió en el estado hemodinámico de la paciente, ya que nos encontrábamos ante un choque hipovolémico severo antes del procedimiento quirúrgico, el cual no progresó al detectar la hemorragia de forma inmediata, realizando la histerectomía en bloque como tratamiento definitivo y de elección, sin avanzar a una falla multiorgánica ni la muerte de la paciente. Asimismo, el manejo multidisciplinario desempeñó un papel fundamental en la supervivencia de la mujer. Las recomendaciones actuales enfatizan la necesidad de protocolos de hemorragia obstétrica, la disponibilidad de transfusión masiva, el ingreso a cuidados intensivos y la vigilancia hemodinámica estrecha (1,3). La activación del Código Oro, el inicio oportuno de transfusión sanguínea y el manejo en terapia intensiva fueron estrategias para disminuir mortalidad materna asociada a hemorragia obstétrica severa (1,3).

Desde el punto de vista histopatológico esto constituye el estándar de referencia para confirmar el diagnóstico del espectro de placenta acreta. Microscópicamente se observó una interfase uteroplacentaria anormal, con vellosidades coriales firmemente adheridas que invaden el músculo liso uterino, hallazgos característicos de placenta acreta (4), clasificándola como placenta acreta en fondo uterino (6).

CONCLUSIONES

El EPA, representa una de las principales causas de hemorragia obstétrica masiva y mortalidad materna (7).

En la práctica clínica el reconocimiento oportuno, modifica de manera significativa la estrategia terapéutica y mejora los desenlaces maternos y perinatales (1,3).

El incremento sostenido de la incidencia del EPA representa un reto para los sistemas de salud y la necesidad de fortalecer la organización de la atención obstétrica (9,10).

La histerectomía obstétrica en bloque se define como la resección total del útero durante el embarazo (7). Ésta es la cirugía más compleja que el obs-

tetra puede practicar y casi siempre es de urgencia, como último recurso para salvar la vida de la madre. En el presente caso clínico nos basamos en las consideraciones éticas que aseguran la integridad en la práctica médica mediante la obtención de un consentimiento informado, para garantizar que no sólo se contribuya al conocimiento médico, sino que también respete los derechos y la dignidad de la mujer atendida. Por esta razón, se cuenta con el dictamen de aprobación para publicación científica emitido el 09-05-2026 por el Comité de Ética e Investigación del Hospital de la Mujer y Neonatología, registro: CEI/SSP/GO/2026-0014.

REFERENCIAS

1. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR; Society of Gynecologic Oncology, American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Placenta Accreta Spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Dec;219(6): B2-B16. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.09.042
2. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;153(1):40-48. DOI: 10.1002/ijgo.12408
3. Silver RM, Branch DW. Placenta accreta spectrum. *N Engl J Med.* 2018;378(16):1529-1536. DOI: 10.1056/NEJMc1709324
4. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO clasificación for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;146(1):20-24. DOI: 10.1002/ijgo.12761
5. Belfort MA. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(5):430-439. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.09.013
6. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Einerson BD, Healy AJ, Lee A, Warrick C, Combs CA, Hameed AB. Society for Maternal-Fetal Medicine Special Statement: Emergency checklist, planning worksheet, and system preparedness bundle for placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* 2024 Jan;230(1): B2-B11. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.09.001
7. Rouzi AA, Sulaimani M. Damage-Control Surgery for Maternal Near-Miss Cases of Placenta Previa and Placenta Accreta Spectrum. *Int J Womens Health.* 2021; 13:1161-1165. DOI:10.2147/IJWH.S334743
8. Bonanni G, et al. Guidelines on placenta accreta spectrum disorders: a systematic review. *JAMA Netw Open.* 2025;8(7): e2521909. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2025.21909
9. Einerson BD, Gilner JB, Zuckerwise LC. Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol.* 2023;142(1):31-50. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005229
10. Jauniaux E, et al. Placenta accreta spectrum. *Nat Rev Dis Primers.* 2025;11(1):40. DOI: 10.1038/s41572-025-00624-3