

Placenta invasiva asociada a preeclampsia atípica: caso clínico

DOI:10.5281/zenodo.19065813

SANUM 2026, 10(2) 120-126

Cómo citar este artículo

Novo-Rodríguez Y, García-García A, Sánchez-Machado R, Ibáñez-Cayón F, Portales-Cárdenas Y.

Placenta invasiva asociada a preeclampsia atípica: caso clínico.

SANUM 2026, 10(2) 120-126

DOI: 10.5281/zenodo.19065813

© Los autores. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



AUTORES

Yembila Novo Rodríguez¹
(0000-0003-3589-5310)

Avelino García García¹
(0000-0002-6667-277X)

Rolando Sánchez Machado¹
(0000-0002-2202-8368)

Fernando Ibáñez Cayón¹
(0009-0009-8600-9500)


Yamilka Portales Cárdenas¹
(0000-0002-8589-1011)

Afiliaciones:

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Docente Ciro Redondo García, Artemisa, Cuba.

Autora de correspondencia:

Yembila Novo Rodríguez

 yembilanr@gmail.com

Resumen

Introducción: El acretismo placentario es una entidad que incrementa significativamente la morbimortalidad materna. Constituye una de las principales causas de hemorragia obstétrica y se caracteriza por una implantación placentaria anómala con invasión del miometrio, la serosa o estructuras adyacentes.

Objetivo: Presentar el caso de una gestante sin factores de riesgo conocidos diagnosticada de placenta percreta localizada en el fondo uterino, asociada a hemoperitoneo, como hallazgo intraoperatorio durante una cesárea primaria indicada por preeclampsia.

Conclusión: En el caso presentado no se identificaron los principales factores de riesgo descritos en la literatura para el acretismo placentario. Tanto la madre como el recién nacido presentaron una evolución clínica favorable.

Palabras clave:

Placenta Accreta;
Preeclampsia;
Hemoperitoneo;
Histerectomía;
Embarazo.

Invasive placenta associated to atypical pre-eclampsia: a case report

DOI:10.5281/zenodo.19065813

SANUM 2026, 10(2) 120-126

How to cite this article

Novo-Rodríguez Y, García-García A, Sánchez-Machado R, Ibáñez-Cayón F, Portales-Cárdenas Y.

Invasive placenta associated to atypical pre-eclampsia: a case report.

SANUM 2026, 10(2) 120-126

DOI: 10.5281/zenodo.19065813

© The authors. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Abstract

Introduction: Placenta accreta significantly increases maternal morbidity. It is one of the leading causes of obstetric hemorrhage due to abnormal placental implantation, in which the placenta invades the myometrium, serosa, or adjacent organs.

Objective: To present the case of a pregnant woman without known risk factors diagnosed with placenta percreta located at the uterine fundus, associated with hemoperitoneum, identified during a primary cesarean section performed due to preeclampsia. The diagnosis was confirmed by histopathological examination.

Conclusion: The main risk factors for placenta accreta described in the literature were not present. Both the mother and the newborn had a favorable clinical outcome.

Key words:

Placenta Accreta;
Pre-Eclampsia;
Hemoperitoneum;
Hysterectomy;
Pregnancy.

Información del artículo

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección: Ginecología y Obstetricia

F. recepción: 27-01-2026

F. aceptación: 16-03-2026

F. publicación: 29-04-2026

DOI: 10.5281/zenodo.19065813

Introducción

El acretismo placentario se define como la inserción anormal de la placenta en la pared uterina al sobrepasar la capa de fibrina o Nitabuch, secundario a la ausencia total o parcial de la decidua; de esta manera, las vellosidades del trofoblasto penetran el miometrio, incluso hasta la serosa uterina u órganos adyacentes.

El acretismo placentario es una entidad que incrementa considerablemente la morbimortalidad materna. Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, sobre todo en el tercer periodo del parto y el puerperio inmediato. Los resultados maternos dependen del diagnóstico antes o durante el parto y en particular de la diferenciación entre sus formas adherente e invasivas. Es un importante riesgo, por la patología misma, como también por el tratamiento aplicado. (1)

La incidencia de acretismo placentario es de 14,4 por cada 10 000 partos, siendo mayor en mujeres con placenta previa. Esta incidencia ha aumentado de manera paralela con el incremento de las cesáreas, de 1 en 30000 partos en 1960 y a 1 en 533 partos en 2020, lo que corresponde a un incremento de 60 veces en cinco décadas.(2)

Dentro de los principales factores de riesgo se encuentra la inserción baja placentaria, siendo el riesgo de acretismo de un 3% en aquellas pacientes sin una cesárea previa e incrementándose en un 10, 40 y 60% después de una, dos y tres cesáreas previas respectivamente.

Entre otros factores de riesgo se encuentran la edad superior a 35 años, la multiparidad, los defectos endometriales (síndrome de Asherman), la irradiación pélvica, la endometritis postparto, la extracción manual de la placenta en embarazos previos, los miomas submucosos, el tabaquismo, miomectomías, legrados uterino. El embarazo gemelar se asocia con mayor probabilidad de placenta previa (2.5 vs 2.1 por ciento únicos) y si se trata de embarazo bicorial el riesgo es mayor. (2)

Los embarazos logrados mediante técnicas de reproducción asistida, sobre todo por fertilización in vitro, tienen una tasa de acretismo placentario de 16 por cada 1000 embarazos con fertilización in vitro vs 1,2 por cada mil embarazos espontáneos. (3)

De acuerdo al grado de invasividad se clasifica en grado 1 la placenta anormalmente adherente (placenta adherente o acreta), grado 2 a la placenta anormalmente invasiva (increteta) y grado 3 a la placenta anormalmente invasiva (percreta) y esta a su vez en: 3a: limitado a la serosa uterina, 3b: con invasión de la vejiga urinaria y 3c: con invasión a otros tejidos/órganos pélvicos. (4)

Según la extensión se clasifica en focal cuando se adhieren pequeñas áreas de la placenta, parcial cuando uno o varios cotiledones se pegan y total cuando la superficie completa de la placenta está anormalmente adherida. (5)

El diagnóstico se puede hacer prenatal siendo asintomática o presentar sangramiento cuando se asocia a la placenta previa. En caso de invasión de órganos vecinos por una placenta percreta, pueden aparecer otros síntomas como la hematuria por afectación vesical. Cuando se diagnostica en el periodo de alumbramiento, aparece como extracción difícil o incompleta de la placenta acompañada o no de hemorragia posparto. (6)

El diagnóstico ultrasonográfico tiene una sensibilidad de 77 a 93% y una especificidad de 71 a 97% observándose desaparición o irregularidad del área hipoecoica retroplacentaria. Grosor miometrial retroplacentario inferior a 1 mm. Múltiples dilataciones vasculares, lagunas placentarias y áreas hipervasculares en el Doppler color. La presencia de lagunas placentarias múltiples e irregulares es el signo que aisladamente presenta una sensibilidad más elevada (93%). Se caracterizan porque el flujo es turbulento. Presencia de tejido placentario o vasos en el margen útero-placentario, en la interfase entre la serosa uterina y la vejiga urinaria o invadiendo la vejiga urinaria. (7)

En la flujometría Doppler se evidencia lagunas vasculares con flujo turbulento (pico sistólico máximo mayor a 15 cm/s). Hipervasculización en la interfase miometrio-vejiga. Dilataciones vasculares periféricas subplacentarios.

La resonancia magnética tiene una sensibilidad de un 77 a un 88% y especificidad del 96 al 100%. Indicada en ultrasonidos sospechosos pero no concluyentes y en placenta percreta, para definir de la extensión a los órganos. También es de ayuda cuando la placenta está en cara posterior.

En los exámenes de laboratorio se encuentran elevación de la alfa feto proteína: Durante el 2do trimestre, elevaciones mayores o igual a 2 múltiplos de la media (8) Otros marcadores bioquímicos como la creatinincinasa, las células libres del Ácido desoxirribonucleico (ADN) fetal, el Ácido ribonucleico mensajero (ARNm) placentario y los microarray ADN.

Presentación del caso

Gestante de 30 años con antecedentes patológicos personales de asma bronquial (sin crisis durante el embarazo) con historia obstétrica actual de un embarazo, no partos ni abortos, con edad gestacional de 34,1 semanas por la medición de la longitud

coronilla rabadilla del primer trimestre, que acude a cuerpo de guardia refiriendo molestias bajo vientre, niega contracciones o pérdidas vaginales. Al examen físico se constató signos de anemia (mucosas hipocoloreadas y frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto). Edema discreto en miembros inferiores. Útero grávido de tono normal con altura uterina de 35 centímetros, presentación cefálica, patrón contráctil normal y una frecuencia cardíaca fetal de 148 latidos por minuto.

Se realizó Hemoglobina: 6.6 g/dL y Hematocrito: 20% de urgencia y ultrasonido abdominal negativo y ultrasonido obstétrico que informó feto único cefálico, con latido cardíaco presente, movimientos corporales y respiratorios presentes. Placenta fúndica Grado II. Índice de líquido amniótico en 7, inferior al 2.5 percentil. Peso fetal: 2506 gramos (86 percentil). Se ingresó con una impresión diagnóstica de embarazo de 34,1 semanas, oligoamnios y anemia severa. Se inicia terapia transfusional y se mantiene en estrecha vigilancia del bienestar materno-fetal.

Al sexto día del ingreso se evidencia aumento del edema el cual ocupa cara y miembros inferiores y dolor abdominal difuso. Signos vitales dentro

de parámetros normales (tensión arterial 100/70 mm/Hg, frecuencia cardíaca 90 latidos por minutos, temperatura 36,2oC). Se realiza ultrasonido de hemiabdomen superior evolutivo que informó líquido de moderada cuantía en el espacio de Morrison, perihepático y periesplénico, escaso en base pulmonar izquierda. Feto único vivo cefálico con Índice de Líquido Amniótico de 0. Cardiotocografía simple tipo I. Perfil biofísico: 8 puntos.

La impresión diagnóstica fue: Embarazo de 35 semanas, preeclampsia atípica agravada por la presencia de poliserositis y amnios por lo que se discutió en colectivo con la propuesta de finalizar el embarazo por cesárea.

Durante la laparotomía se encontró un hemoperitoneo de sangre oscura de 600 mililitros, con un feto en presentación cefálica alta por encima del segmento inferior. Se realizó histerotomía segmento corpórea extrayendo recién nacido vivo, femenino, Apgar 9/9, peso de 2400 gramos. Placenta percreta y fúndica. Se procedió a realizar histerectomía obstétrica subtotal con placenta in situ. La paciente se mantiene hemodinámicamente estable y se recupera satisfactoriamente de la cirugía.



Figura 1. Pieza quirúrgica correspondiente a útero con placenta percreta, evidenciándose infiltración de las vellosidades coriales a través del miometrio hasta la serosa uterina. (Fuente: Elaboración propia)



Figura 2. Detalle macroscópico de placenta percreta que muestra la invasión completa del miometrio y la alteración estructural de la pared uterina. (Fuente: Elaboración propia).

El informe de Anatomía Patológica arrojó: Cuerpo de útero exvácuo con implantación de la placenta en el fondo y cara lateral, con vellosidades que infiltran todo el miometrio hasta la serosa. Persistencia de la muscularización e hipertrofia de la pared de las arteriolas residuales, vellosidades avasculares hialinizadas, numerosas calcificaciones. (Figura 1 y 2) Conclusiones: Placenta percreta con cambios morfológicos de preeclampsia.

Discusión

La placenta acreta la describieron Irving y Hertig en 1937 como “la adherencia anormal de la placenta, total o parcial a la pared uterina subyacente posterior al parto” y desde el punto de vista histológico como “la ausencia total o parcial de la decidua basal”.(9) Luke y colaboradores

clasificaron los trastornos de la inserción placentaria conforme al grado de profundidad de la invasión trofoblástica al miometrio y la serosa uterina en el sitio de implantación: placenta acreta (80%), increta (15%) y percreta (5%).(10) Hoy solo se denomina: "acretismo placentario". El diagnóstico histológico no se puede realizar sólo con la placenta, las muestras de miometrio son necesarias para la confirmación.

El término placenta de adherencia mórbida describe una placentación aberrante caracterizada por una placenta anormalmente implantada, invasiva o adherida. También se hace referencia a estos trastornos colectivamente como síndromes de acumulación y se usan estos términos indistintamente. La derivación de la acumulación proviene del latín *ac- + crescere*: adherirse o estar atada a.

Las fibras miometriales adheridas a la placa basal en un embarazo anterior son marcadores predictivos de una placenta acreta posterior (Linn, 2015; Miller,

2016). Esto implica un "defecto endometrial constitucional" antecedente en la mayoría de los casos. (11)

Ante la sospecha de un acretismo placentario, se realizará un seguimiento ecográfico estricto para confirmación diagnóstica, valorar el grado de invasión progresivo y óptima planificación de la cirugía. La vía del parto será la cesárea electiva, según el grado de sospecha y severidad entre las 34 y las 37 semanas. (12)

Dado el elevado riesgo de complicaciones, será necesario realizar una correcta planificación de la cirugía con un equipo multidisciplinario, la cual se ha asociado a una disminución de la morbilidad. La pérdida sanguínea media estimada en estas pacientes puede llegar a ser de tres a cinco litros. El tipo de incisión en piel y en útero dependerá principalmente de la localización de la placenta, intentando evitar la placenta al realizar la histerotomía. (13)

Un estudio realizado por Flores Molina en la Universidad Autónoma de México destacó que la relación placenta previa y acretismo incrementó la presencia de preeclampsia en un 7,6% pero no se reportaron casos de preeclampsia en pacientes con acretismo sin placenta previa en la muestra, por lo que no se puede concluir una relación directa entre acretismo y preeclampsia.(14)

En el caso presentado se destaca el hecho que la paciente no tenía factores de riesgo de acretismo placentario siendo una primigesta, por lo que no se sospechó y el diagnóstico se realizó durante

el acto quirúrgico. Tampoco tenía factores de riesgo de preeclampsia y esta se manifestó de forma atípica con serositis y oligoamnios coincidiendo con el acretismo, lo que ocasionó que se confundiera el hemoperitoneo con la serositis previamente establecida. Ambas patologías fueron confirmadas mediante el estudio anatomopatológico.

Discussion

Placenta accreta was described by Irving and Hertig in 1937 as "the abnormal adherence of the placenta, total or partial, to the underlying uterine wall after delivery" and from a histological point of view as "the total or partial absence of the decidua (9)". They classified disorders of placental insertion according to the degree of depth of trophoblastic invasion of the myometrium and uterine serosa at the implantation site: placenta accreta (80%), placenta accreta (15%) and percreta (5%). (10) Today denominated "placenta accreta"

*The histological diagnosis cannot be made with the placenta alone; myometrial samples are necessary for confirmation The term morbid adherent placenta refers to an aberrant placentation characterized by an abnormally implanted, invasive, or adherent placenta. These disorders are also collectively referred to as accumulation syndromes, and these terms are used interchangeably. The derivation of accumulation comes from the Latin *ac- + crescere*: to adhere or be attached to.*

Myometrial fibers adhered to the basal plate in a previous pregnancy are predictive markers of subsequent placenta accreta (Linn, 2015; Miller, 2016). This implies a pre-existing "constitutional endometrial defect" in most cases. (11)

When placenta accreta is suspected, close ultrasound monitoring is required for diagnostic confirmation, to assess the degree of progressive invasion, and to optimize surgical planning. The delivery method will be elective cesarean section, depending on the degree of suspicion and severity, between 34 and 37 weeks. (12)

Given the high risk of complications, careful surgical planning by a multidisciplinary team is essential, as this approach has been associated with a decrease in morbidity and mortality. The average estimated blood loss in these patients can reach three to five liters. The type of skin and external incision will depend primarily on the location of the placenta, with the aim of avoiding the placenta during the hysterotomy. (13)

A study conducted by Flores Molina at the Autonomous University of Mexico highlighted that the relationship between placenta previa and accreta increased the presence of eclampsia by 7.6 percent, but no cases of preeclampsia were reported in patients with accreta, leading me to conclude a direct relationship between accreta and placenta previa.(14)

In the case presented, it is noteworthy that the patient had no risk factors for placenta accreta, being a primiparous woman, so it was not suspected and the diagnosis was made during the surgical procedure. The patient presented with atypical serositis and oligohydramnios, coinciding with the accreta, which led to the hemoperitoneum being mistaken for the previously established serositis. Both pathologies were confirmed through histopathological examination.

Conclusiones

En este caso no se presentan los principales factores de riesgo de acretismo placentario que se recogen en la literatura como la edad materna mayor a 35 años, la obesidad, la multiparidad, las cirugías uterinas, miomas, radiaciones pélvicas, legrados etcétera; sino que se trata de una mujer joven y nulípara, sin embargo se asoció a preeclampsia agravada.

A pesar de que el diagnóstico de acretismo placentario fue un hallazgo transoperatorio, se logró realizar una cirugía efectiva y preservar la vida de la madre y el recién nacido con evolución favorable para ambos. Mostrando la importancia del trabajo coordinado en equipo durante el código rojo.

Conclusiones

In this case, the main risk factors for placenta accreta reported in the literature, such as maternal age over 35, obesity, multiparity, uterine surgeries, fibroids, pelvic radiation, dilation and curettage, etc., were not present; however, the patient was a young, nulliparous woman. Nevertheless, it was associated with aggravated placenta accreta.

Although the diagnosis of placenta accreta was an intraoperative finding, effective surgery was performed, preserving the lives of both the mother and the newborn, with a favorable outcome for both. This demonstrates the importance of coordinated teamwork during a code red situation.

DECLARACIONES

Financiación

Sin financiación.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido de este artículo.

Disponibilidad de datos

Los datos no están disponibles públicamente debido a consideraciones de confidencialidad.

Contribución de los autores (CRediT)

YNR: conceptualización, metodología, redacción – revisión y edición.

AGG: conceptualización, recogida de datos, redacción – borrador original.

RSM: metodología, supervisión, aprobación final del manuscrito.

FIC: análisis formal.

YPC: redacción – borrador original.

- **YNR:** Yembila Novo Rodríguez
- **AGG:** Avelino García García
- **RSM:** Rolando Sánchez Machado
- **FIC:** Fernando Ibáñez Cayón
- **YPC:** Yamilka Portales Cárdenas

Uso de Inteligencia Artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado inteligencia artificial generativa en la redacción ni en el análisis del contenido científico de este manuscrito.

Publicación

El presente trabajo ha sido presentado previamente en el **XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología** (mayo de 2023). No obstante, no ha sido publicado previamente en ninguna revista científica, medio académico o plataforma de difusión.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que el presente trabajo se ha realizado respetando los principios éticos de la investigación biomédica y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la institución, con

número de aprobación 5/23, en conformidad con la Declaración de Helsinki.

La paciente otorgó el correspondiente consentimiento informado para la publicación del caso clínico y de la información clínica e imágenes incluidas en el manuscrito. En todo momento se han adoptado las medidas necesarias para preservar su anonimato y garantizar la confidencialidad de los datos personales. Las imágenes clínicas aportadas son de elaboración propia.

Declaración de transparencia

El autor de correspondencia confirma que el manuscrito presentado constituye una descripción honesta, precisa y transparente del trabajo realizado. Se han seguido las recomendaciones internacionales para la publicación de investigación biomédica y las buenas prácticas editoriales.

REFERENCIAS

1. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;140(3):274–280. doi:10.1002/ijgo.12408
2. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Placenta previa and placenta accreta: diagnosis and management. *BJOG*. 2019;126(1):e1–e48. doi:10.1111/1471-0528.15306
3. Ruvalcaba-Ramírez MA, Reyes-Ibarra E, Mejía-Romo F, Cuadro-Bracamontes EH, Khalaf-Partida MS, Manzo-Arroyo FJ. Acretismo placentario en primigestas. Reporte de tres casos y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*. 2022;90(2):180–186. doi:10.24245/gom.v90i2.5835
4. López M, Masoller N, Izquierdo N, Genero M, Parra J. Protocolo: anomalías placentarias: placenta previa, placenta accreta y vasa previa [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic; Hospital Sant Joan de Déu; Universitat de Barcelona; 2024 [citado 2026 Mar 17].
5. Jiménez-Jiménez CE, Niño-González JE, Menses-Parra AL. Protocolo para el manejo de placenta percreta con cesárea, embolización uterina e histerectomía diferida. *Rev Colomb Cir*. 2022;37:106–114. doi:10.30944/20117582.945
6. Luke RK, Sharpe JW, Greene RR. Placenta accreta: the adherent or invasive placenta. *Am J Obstet Gynecol*. 1966;95(5):660–668. doi:10.1016/S0002-9378(16)34741-X
7. Esh-Broder E, Ariel I, Abas-Bashir N, Bdolah Y, Celnikier DH, Ariel I, et al. Placenta accreta is associated with IVF pregnancies: a retrospective chart review. *BJOG*. 2011;118(9):1084–1089. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.02976.x
8. Jauniaux E, Kingdom JC, Silver RM. A comparison of recent guidelines in the diagnosis and management of placenta accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021;72:102–116. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.06.007
9. De Oliveira Carniello M, Oliveira Brito LG, Sarian LO, Bennini JR. Diagnosis of placenta accreta spectrum in high-risk women using ultrasonography or magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;59(4):428–436. doi:10.1002/uog.24861
10. Beltrán-Vidal AL, Pacheco-Galindo D, Landi-Faicán EA. De la amenaza fetal al acretismo inadvertido: un caso de maternidad compleja. [revista no especificada]. 2025;9(2).
11. Galdino LH, Dias BB, Mallmann LLF, Ishizava MM, Pinheiro PF, Dumbra GAC, et al. Acretismo placentario diagnosticado intraparto: relato de caso. *LEV*. 2025;16(53):e8893.
12. Hernández Loc EA, Castro Apodaca FJ, Morgan Ortíz F, Heusinkveld JM, Magaña Ordorica D, Peña García GM, et al. Incidencia del espectro de acretismo placentario en la unidad de cuidados intensivos obstétricos del Hospital de la Mujer de Sinaloa. *Ginecol Obstet Mex*. 2024;92(4):137–144. doi:10.24245/gom.v92i4.9458
13. Garita Méndez E, Salas Morgan JP, Angulo Moya LC. Acretismo placentario: revisión bibliográfica. *Cienc Salud*. 2022;6(2):39–48.
14. Molina MTF. Asociación de placenta previa y acretismo con restricción de crecimiento y preeclampsia [tesis]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2025.