

Placenta percreta con invasión vesical en útero con cicatriz uterina previa. Reporte de caso

Placenta percreta with bladder invasion in a previously scarred uterus. Case report

Rivadeneira-Proañó Francisco

<https://orcid.org/0000-0003-4813-9370>
Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, Cirugía General, Quito, Ecuador
frprfrancisco@hotmail.com

DeVicente-Padrón Jose Gregorio

<https://orcid.org/0009-0003-7779-7249>
Universidad San Francisco de Quito, Posgrado de Imagenología, Quito, Ecuador
jdevicente@estud.usfq.edu.ec

Sarzosa-Albán Melissa

<https://orcid.org/0000-0002-2421-3401>
Ministerio de Salud Pública, Medicatura rural, Ecuador
melissa1999mariam@gmail.com

Correspondencia:

Francisco Rivadeneira
frprfrancisco@hotmail.com

Recibido: 20 de agosto 2025

Aprobado para revisión: 27 de enero 2026

Aceptado para publicación: 14 de mayo 2026

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v51i2.8631>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 51, Número 2, Año 2026
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: La placenta percreta con invasión vesical es una complicación infrecuente y grave. Su diagnóstico oportuno llevado a cabo mediante técnicas de imagen es clave para planificar el manejo posterior y evitar complicaciones.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con placenta percreta y compromiso vesical, diagnosticada oportunamente y reflexionar sobre su manejo multidisciplinario.

Presentación del caso: Mujer de 45 años con antecedente de dos cesáreas previas y dos abortos espontáneos. En el control de las 31 semanas y 4 días, la ecografía Doppler evidenció múltiples lagunas vasculares y ausencia del plano retroplacentario. En la resonancia magnética se confirmó placenta anterior con pérdida focal del miometrio, interfase útero-vesical y probable invasión vesical. A las 34 semanas y 3 días se realizó cesárea programada con extracción fetal por incisión alta e histerectomía total con placenta in situ y resección parcial de la vejiga. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al quinto día.

Discusión: El diagnóstico oportuno permitió que un equipo multidisciplinario intervenga, evitando complicaciones como hemorragia masiva o lesión urinaria. La literatura respalda procedimientos como la histerectomía con placenta in situ y resección vesical parcial en casos avanzados, a diferencia de opciones conservadoras que resultan poco seguras en gestaciones a término con alto riesgo hemorrágico.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de la ecografía y la resonancia magnética como estudios complementarios para un abordaje individualizado.

Palabras clave: Placenta percreta; Histerectomía; Enfermedades de la vejiga urinaria; Invasión vesical.

Abstract

Introduction: Placenta percreta with bladder invasion is an infrequent and severe complication. Timely diagnosis using imaging techniques is key to planning subsequent management and avoiding complications.

Objective: To describe the case of a patient with placenta percreta and bladder involvement, diagnosed in a timely manner, and to reflect on its multidisciplinary management.

Case presentation: A 45-year-old woman with a history of two previous cesarean deliveries and two spontaneous abortions. At 31 weeks and 4 days of gestation, Doppler ultrasound revealed multiple vascular lacunae and absence of the retroplacental plane. Magnetic resonance imaging confirmed an anterior placenta with focal myometrial loss, obliteration of the uterovesical plane, and probable bladder invasion. At 34 weeks and 3 days of gestation, a planned cesarean section was performed with fetal extraction through a high uterine incision and total hysterectomy with placenta in situ and partial bladder resection. The patient had a favorable postoperative course and was discharged on the fifth day.

Discussion: Timely diagnosis allowed intervention by a multidisciplinary team, thereby preventing complications such as massive hemorrhage or urinary tract injury. The literature supports procedures such as hysterectomy with placenta in situ and partial bladder resection in advanced cases, in contrast to conservative approaches, which are considered unsafe in term pregnancies with a high risk of hemorrhage.

Conclusion: This case highlights the importance of ultrasound and magnetic resonance imaging as complementary studies for an individualized approach.

Keywords: Placenta percreta; Hysterectomy; Urinary bladder diseases; Bladder invasion.

Cómo citar este artículo: Rivadeneira-Proañó F, DeVicente-Padrón JG, Sarzosa-Albán M. Placenta percreta con invasión vesical en útero con cicatriz uterina previa. Reporte de caso. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2026may [cited]; 51(2):53-59. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v51i2.8631>



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Introducción

La adherencia anormal de la placenta es una causa poco frecuente de hemorragia en el tercer trimestre y en el posparto. Se estima que su incidencia mundial se ubica en 3 casos por cada 1 000 embarazos. Sin embargo, se asocia a complicaciones graves para la madre, especialmente en los casos inadvertidos¹.

La clasificación y la incidencia del espectro de placenta acreta (PAS) varían según el sitio de inserción. Del total de casos, 81,6% corresponde a placenta acreta, 11,8% a increta y 6,6% a percreta¹. Actualmente se observa un incremento de los casos, vinculado al aumento de nacimientos por cesárea, lo que convierte a esta intervención en el principal factor de riesgo. La placenta percreta es la de mayor gravedad, ya que invade la serosa de los órganos adyacentes².

La vejiga es la estructura más frecuentemente afectada cuando la placenta percreta invade órganos adyacentes. Esta condición puede ocasionar complicaciones como cistotomía inadvertida durante la histerectomía, la hemorragia masiva que requiere embolización terapéutica y la posterior necrosis vesical, la necrosis del manguito vaginal y la formación de fístula vesicovaginal³.

Cerca del 95% de pacientes tienen factores de riesgo identificables, por lo cual es de suma importancia sospechar esta entidad de forma precoz, para conformar un equipo multidisciplinario que participe en la planeación y ejecución de la cirugía, con lo cual se pueden lograr menores pérdidas sanguíneas, menor requerimiento de hemoderivados y estancias más cortas en la unidad de cuidados intensivos^{4,5}.

La ecografía y la resonancia magnética (RM) presentan alta especificidad y sensibilidad para la detección temprana de esta patología. En mujeres con factores de riesgo, el ultrasonido bidimensional, ya sea solo o acompañado de ecografía Doppler, es la prueba más difundida a nivel mundial y la más respaldada por

numerosos estudios de cribado y diagnóstico, con reportes de hasta un 95% de detección y una especificidad del 97%^{6,4}.

Los signos ecográficos para la detección de este trastorno incluyen lagunas placentarias, pérdida del espacio hipoeoico retroplacentario, anomalías de la interfaz uterovesical y alteraciones en el Doppler color, siendo este último el hallazgo con mayor sensibilidad diagnóstica⁷.

La ecografía Doppler muestra que gran parte de los trastornos del espectro de placenta acreta se asocian imagenológicamente con patrones de hipervascularización, descritos como un aumento de la señal Doppler color entre el miometrio y la pared posterior de la vejiga. Otros signos incluyen hipervascularización subplacentaria, vasos puente, vasos nutricios de las lagunas placentarias e hipervascularización intraplacentaria tridimensional⁷.

Por otro lado, la resonancia magnética (RM) está indicada cuando la evaluación ecográfica es dudosa o en pacientes con altos factores de riesgo. Además, en los casos en que la ecografía ya ha establecido un diagnóstico definitivo, la RM permite evaluar la invasión de estructuras adyacentes y planificar la intervención quirúrgica en situaciones complejas. Asimismo, en placentas posteriores el aumento de la profundidad y la presencia de partes fetales dificulta una evaluación ecográfica completa de la interfaz uteroplacentaria, limitaciones que no afectan a la RM^{6,8}.

La sensibilidad y especificidad de la resonancia magnética varían entre 75% y 100%, y entre 65% y 100%, respectivamente. Sin embargo, debido a que no es un método utilizado para tamizaje, gran parte de la literatura presenta sesgos relacionados con el limitado tamaño muestral⁷.

Dentro de los hallazgos imagenológicos se encuentran el abombamiento uterino anormal, las bandas intraplacentarias hipointensas en secuencias ponderadas en T2, la intensidad de señal heterogénea dentro de la placenta, la vasculatura placentaria desorganizada y la

interrupción de la zona uteroplacentaria⁷

El presente estudio tiene como objetivo analizar el impacto del manejo multidisciplinario y del diagnóstico por imagen en la reducción de la morbimortalidad materno-fetal en una gestante de 31 semanas y 4 días con espectro de placenta acreta con invasión vesical.

Caso Clínico

Paciente de 45 años en su quinta gestación, con antecedentes obstétricos de dos cesáreas y dos abortos previos, con comorbilidades de obesidad, diabetes gestacional e hipotiroidismo primario, quien cursaba un embarazo de 31 semanas y 4 días, fue referida por hallazgos ecográficos sugerentes de acretismo placentario. Previo a la referencia y al diagnóstico la paciente presentó sangrado vaginal intermitente y autolimitado a las 9 y 16 semanas. En emergencia refirió dolor pélvico tipo cólico; sin embargo, al momento de la admisión hospitalaria permaneció hemodinámicamente estable, sin sangrado, dolor o contracciones uterinas.

El abordaje imagenológico especializado llevado a cabo a las 31,4 semanas reveló una placenta previa centro-oclusiva total con signos sugerentes de percretismo placentario: múltiples lagunas vasculares intraplacentarias (fenómeno del “queso suizo”) de flujo turbulento, marcada disminución de la interfase uterovesical, adelgazamiento miometrial anterior, y vasos puente que se extendían hacia la pared anterior y posterior del cérvix (**Figura 1**).

Con este antecedente, a las 31,6 semanas, durante su hospitalización, se complementó con una resonancia magnética (RM) pélvica con protocolo específico para patología obstétrica, se adquirieron cortes en secuencias T2 en plano axial, sagital y coronal, sin contraste, dada la condición gestacional. La RM reportó pérdida focal del plano miometrial en el segmento uterino inferior, áreas altamente sugestivas de inercetismo y percretismo combinados, compromiso de la grasa perivesical y signos indirectos de compromiso de la pared

muscular vesical en el fondo, visualizándose una hiperseñal lineal en la superficie vesical sin plano de clivaje graso visible (**Figura 2**). La vejiga se hallaba desplazada parcialmente por el útero grávido, sin signos de obstrucción de vías urinarias ni hidronefrosis en ese momento.

Ante los hallazgos compatibles con un espectro de placenta acreta y probable compromiso vesical, lo que conlleva a una alta morbimortalidad materna asociada, particularmente por el riesgo de hemorragia masiva, lesiones urológicas y necesidad de cirugía compleja, se conformó una junta médica multidisciplinaria que modificó radicalmente la conducta.

Obstetricia y Medicina Interna estabilizaron a la paciente durante su hospitalización, optimizando sus glucemias mediante un esquema de insulina NPH (hasta 10 UI) e insulina cristalina, permitiendo alcanzar las 34,3 semanas de gestación. Medicina Transfusional calculó un sangrado permisible de 1406 ml (Score de riesgo moderado de 7 puntos) y activó el protocolo de hemorragia masiva.

A las 34,3 semanas se procedió a la resolución quirúrgica, donde el equipo de urología intervino al inicio del procedimiento realizando una cistoscopia profiláctica y la colocación de catéteres ureterales (catéteres doble J bilaterales) para prevenir lesiones del tracto urinario y facilitar el reconocimiento anatómico. Anestesiología llevó a cabo un manejo hemodinámico complejo, induciendo hipotensión controlada y relajación uterina con nitroglicerina para facilitar la extracción fetal, lo que requirió el uso concomitante de norepinefrina para mantener las presiones de perfusión. Mediante histerotomía fúndica se extrajo un recién nacido vivo (Apgar 9-9) de 2470 gramos (percentil 99), con la asistencia inmediata de Neonatología. Sin intentar el alumbramiento, se evidenció un incremento de vascularidad aberrante hacia la cara posterior de la vejiga, hallazgo macroscópico intraoperatorio altamente sugestivo de invasión a la serosa vesical. Se procedió a una histerectomía obstétrica total con placenta

in situ. Para el manejo del compromiso vesical, se realizó una cistotomía controlada que permitió delimitar la zona afectada, seguida de una resección del área adherida y una reconstrucción vesical en dos planos anatómicos.

La pérdida sanguínea estimada fue de 1 000 ml, catalogándose como hemorragia obstétrica grado II con choque hipovolémico. Gracias al manejo médico profiláctico, la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intermedios Maternos (UCIM) extubada, con autonomía respiratoria, saturando >90% y sin requerimiento de soporte vasopresor

postoperatorio. Se indicó reposición hídrica y antibioticoterapia de amplio espectro por el riesgo séptico derivado de la manipulación pélvica.

El seguimiento urológico determinó el retiro de la sonda Foley al cuarto día postoperatorio, constatando diuresis espontánea clara, manteniendo los catéteres Doble J para su retiro posterior por consulta externa. El egreso fue llevado a cabo al quinto día posquirúrgico con buena tolerancia oral y movilización progresiva para seguimiento programado con urología y ginecología oncológica.

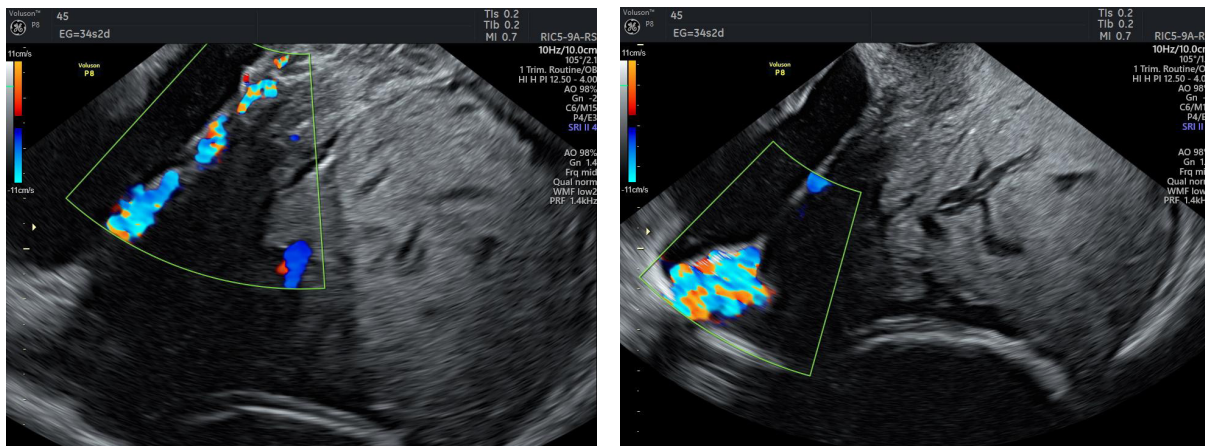


Figura 1. Ecografía Doppler. Se evidencia placenta anterior con múltiples lagunas vasculares de flujo turbulento que se extienden hasta el miometrio, con interrupción de la zona hipocóica retroplacentaria y pérdida del plano de separación con la vejiga, hallazgos concordantes con placenta percreta.

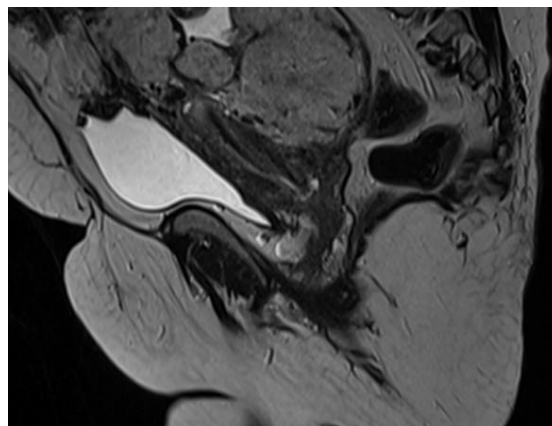


Figura 2. Resonancia magnética de pelvis, corte sagital en secuencia T2 ponderada. Se observa útero grávido con placenta anterior implantada en el segmento uterino inferior, con pérdida de la interfase miometrio-serosa, adelgazamiento marcado del miometrio y presencia de lagunas vasculares intraplacentarias. Se identifica además borramiento del plano de clivaje con la pared vesical, hallazgo sugestivo de placenta percreta.

Dada la complejidad del abordaje de la histerectomía, el diagnóstico definitivo de placenta percreta con invasión vesical se estableció mediante los hallazgos patognomónicos en la RM y la confirmación visual directa durante el acto quirúrgico, compatible con la invasión de la serosa vesical.

Discusión

La placenta percreta con invasión vesical es una complicación de gran severidad con una incidencia de 1 por cada 10 000 embarazos y con una alta morbimortalidad materna y neonatal⁹. El caso reportado de esta complicación con presencia de invasión vesical, evidenciada por RM, es un hallazgo poco habitual que requiere un manejo quirúrgico especializado y multidisciplinario, especialmente debido a los factores de riesgo de la paciente, tales como placenta previa, edad avanzada, el antecedente de cesáreas previas, que se encuentran acordes a lo descrito en la literatura como determinantes para el acretismo placentario severo⁹.

Los hallazgos ecográficos iniciales guiaron el diagnóstico temprano, el cual se confirmó evidenciando pérdida focal del miometrio y ausencia de la interfase útero-vesical, relacionados como signos de invasión profunda, descritos por Jauniaux et al. quienes subrayan la utilidad de la RM para identificar el grado de extensión y la planificación quirúrgica posterior^{10,11}.

Existe literatura sobre casos exitosos basados en la intervención quirúrgica programada con equipo multidisciplinario, preservación de la placenta in situ y realización de histerectomía subtotal junto con resección parcial y reconstrucción vesical¹². Esta estrategia evita el riesgo de hemorragia secundaria, infecciones y complicaciones urológicas tardías, pero limita la posibilidad de preservar el útero. Sin embargo, existen referencias sobre el manejo conservador con placenta in situ y metotrexato para involución posterior, en casos diagnosticados en el posparto o en etapas tempranas del embarazo, siendo una

estrategia poco adecuada en gestaciones avanzadas con feto viable y alto riesgo de hemorragia como el presente caso¹³.

En síntesis, este caso enfatiza la importancia del diagnóstico mediante imagen de alta resolución, la preparación multidisciplinaria y la ejecución quirúrgica para disminuir la morbimortalidad. Asimismo, refuerza que la decisión entre manejo quirúrgico o conservador debe individualizarse según los recursos disponibles, la experiencia del equipo y el estado clínico de la paciente. Este caso es relevante debido a la rareza de la invasión vesical y su importancia para la planificación quirúrgica.

Una limitación del presente reporte es que, al tratarse de un único caso clínico, la generalización de los resultados está restringida; también, la no disponibilidad del estudio histopatológico limitó la confirmación microscópica de invasión trofoblástica verdadera.

La importancia del diagnóstico prenatal mediante ecografía Doppler y RM cuando existe una sospecha de placenta percreta con compromiso vesical radica en que permite anticipar las complicaciones quirúrgicas y organizar un manejo multidisciplinario especializado. La adecuada planificación preoperatoria y el abordaje conjunto entre ginecología y obstetricia, urología, anestesia y medicina transfusional son fundamentales para reducir la morbimortalidad materna y optimizar el desenlace quirúrgico en una patología de alta complejidad como el presente caso.

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado escrito de la paciente para la publicación del caso y las imágenes clínicas, garantizando la confidencialidad de la información.

Contribución de autoría

Conceptualización: Rivadeneira Proaño Francisco, De Vicente Padron Jose Gregorio, Sarzosa Alban Melissa

Supervisión: Rivadeneira Proaño Francisco
Validación: Rivadeneira Proaño Francisco
Redacción – borrador original: Rivadeneira Proaño Francisco, De Vicente Padron Jose Gregorio, Sarzosa Alban Melissa
Redacción – revisión y edición: Rivadeneira Proaño Francisco, De Vicente Padron Jose Gregorio, Sarzosa Alban Melissa

Conflicto de intereses

No se tiene conflicto de intereses en el trabajo presentado.

Financiamiento

Los autores declaran que los recursos

financieros para la preparación del presente caso clínico no provienen de ningún fondo, sino de su autogestión.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Para mejorar la claridad y la corrección del lenguaje, los autores utilizaron herramientas de inteligencia artificial únicamente como apoyo en la edición del texto de este reporte de caso clínico. Dichas herramientas no fueron empleadas en la atención del paciente ni en la elaboración del contenido clínico, el análisis del caso o la formulación de conclusiones, los cuales corresponden exclusivamente al criterio y responsabilidad de los autores.

Referencias:

1. García-de la Torre JI, González-Cantú G, Rodríguez-Valdéz A, Mujica-Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J, et al. Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex.* 2018;86(6):357–67. doi:10.24245/gom.v86i6.2034.
2. Nieto-Calvache AJ, Sanín-Blair JE, Buitrago-Leal HM, Benavides-Serralde JA, Maya-Castro J, Rozo-Rangel AP, et al. Colombian Consensus on the Treatment of Placenta Accreta Spectrum (PAS). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2022;73(3):283. doi:10.18597/rcog.3877.
3. Green BW, Marshall J, Haskins A, Krambeck A, Occhino JA. Surgical management of placenta percreta complicated by bladder necrosis, vaginal cuff necrosis, and vesicovaginal fistula. *Ann Laparosc Endosc Surg.* 2023;8:29. doi:10.21037/ales-22-39.
4. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):27–36. doi:10.1016/j.ajog.2017.02.050.
5. Comino-Delgado R, López-Criado MS. Placental accretism. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56(5):285-98. doi:10.1016/j.pog.2013.04.004.
6. Hechem HR, Araez AC, Mattiello G, Guzman GA. Diagnóstico prenatal de acretismo placentario por resonancia magnética. *Seram.* 2024;1(1). Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10015>
7. 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 Gynecol Obstet.* 2018;140(3):274–80. doi:10.1002/ijgo.12408.
8. Kilcoyne A, Shenoy-Bhangle AS, Roberts DJ, Sisodia RC, Gervais DA, Lee SI. MRI of placenta accreta, placenta increta, and placenta percreta: pearls and pitfalls. *AJR Am J Roentgenol.* 2017;208(1):214–21. doi:10.2214/ajr.16.16281.
9. Muzzupapa G, Damiani GR, Trojano G, Gaetani M, Stomati M, Di Gennaro D, et al. Bladder invasion of placenta percreta: review of literature and our experience. *Ital J Gynaecol Obstet.* 2023;35(1):15–20. doi:10.36129/jog.2022.26.
10. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S, Duncombe G, et al. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;146(1):20–4. doi:10.1002/ijgo.12761.

-
11. D'Antonio F, Iacovella C, Palacios-Jaraquemada J, Bruno CH, Manzoli L, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;44(1):8–16. doi:10.1002/uog.13327.
 12. Matsubara S, Ohkuchi A, Yashi M, Izumi A, Ohwada M, Kuwata T, et al. Opening the bladder for cesarean hysterectomy for placenta previa percreta with bladder invasion. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009;35(2):359–63. doi:10.1111/j.1447-0756.2008.00941.x.
 13. Timmermans S, Van Hof AC, Duvekot JJ. Conservative management of abnormally invasive placentation. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62(8):529–39. doi:10.1097/01.ogx.0000271133.27011.05.