JOURNAL OF THE Selva Andina Research Society
Official Journal of the Selva Andina Research Society.

Case Report

ISSN 2072-9294 (print edition)
JSARS
ISSN 2072-9308 (online edition)

Percretismo placentario, manejo quirúrgico

Placental percretism, surgical management

Cárdenas Rodríguez Jorge Daniel[2], Robles Granda Eliana Piedad[3], Mora Lino Karen Tatiana[2], Cruz Freire Oscar Jorge[2], Vélez Astudillo Ana María[2], Calderón León María Fernanda[1*]

Datos del Artículo

[1] Ministerio de Salud Pública.
Hospital General Enrique Ortega Moreira.
km 2.5 de la vía Durán-Tambo.
Ecuador.

[2] Ministerio de Salud Pública.
Sistema de Salud del Gobierno Nacional.
Hospital Universitario de Guayaquil.
Calle 24A NO, Vía Perimetral.
Guayaquil, Ecuador.

[3] Universidad de Guayaquil.
Av. Delta, Guayaquil 090510.
Quito-Ecuador.

***Dirección de contacto**:

Ministerio de Salud Pública.
Hospital General Enrique Ortega Moreira.
km 2.5 de la vía Durán-Tambo.
Ecuador.
Tel: +593 98 236 5566.

María Fernanda Calderón León
E-mail address : dracalderonleon@hotmail.es

Palabras clave:

Desarrollo placentario,
desprendimiento de placenta,
enfermedades placentarias,
percretismo placentario.

J. Selva Andina Res. Soc.
2026; 17(2):172-181.
ID del artículo: 212/JSARS/2025

Historial del artículo

Recibido abril 2025.
Devuelto agosto 2025.
Aceptado mayo 2026.
Disponible en línea, agosto 2026.

Editado por:
Selva Andina
Research Society

Keywords:

Placental development,
placental abruption,
placental diseases,
placental percretism.

Resumen

Se presenta el caso de una paciente femenina de 31 años, con edad gestacional de 29.2 semanas según ecografía. Antecedentes: dos cesáreas previas, esquema de maduración pulmonar incompleto (una dosis hace una semana) y seis controles prenatales. Ingresa a emergencia por sangrado transvaginal espontáneo con expulsión de coágulos de tres horas de evolución. Al examen físico: útero gestante con producto único vivo en presentación cefálica, sangrado transvaginal evidente, edema leve en extremidades inferiores y reflejos osteotendinosos conservados. La ecografía institucional reporta placenta previa oclusiva total. Se realiza cesárea de emergencia, encontrándose percretismo placentario. El diagnóstico histológico posoperatorio permite establecer la concordancia con los hallazgos transoperatorios. Las instituciones que atienden a pacientes con este cuadro deben contar con unidades de terapia intensiva materna y neonatal, así como con banco de sangre disponible las 24 horas para enfrentar sangrados masivos y necesidad de poli transfusión. El diagnóstico prenatal disminuye la morbimortalidad y puede realizarse mediante ecografía 2D o, en casos seleccionados, resonancia magnética. El tratamiento de elección es la histerectomía electiva; sin embargo, en pacientes que desean preservar la fertilidad pueden considerarse técnicas conservadoras, siempre informando a la paciente y su familia sobre los riesgos de hemorragia e infección, que podrían requerir finalmente una histerectomía de emergencia. El percretismo placentario constituye una condición de alta mortalidad materno-fetal, cuyo manejo debe ser individualizado y realizado por un equipo multidisciplinario para reducir complicaciones y optimizar resultados.

2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. Todos los derechos reservados.

Abstract

A case is presented of a 31-year-old female patient with a gestational age of 29.2 weeks according to ultrasound. Medical history: two previous cesarean sections, incomplete pulmonary maturation scheme (one dose administered one week ago), and six prenatal check-ups. She was admitted to the emergency department due to spontaneous vaginal bleeding with clot expulsion of three hours' duration. Physical examination: gravid uterus with a single live fetus in cephalic presentation, evident vaginal bleeding, mild edema in the lower extremities, and preserved osteotendinous reflexes. Institutional ultrasound reported total occlusive placenta previa. An emergency cesarean section was performed, revealing placental percretism. Postoperative histological diagnosis confirmed concordance with intraoperative findings. Institutions managing patients with this condition must have maternal and neonatal intensive care units, as well as a blood bank available 24 hours a day to address massive hemorrhage and the need for multiple transfusions. Prenatal diagnosis reduces morbidity and mortality and can be achieved through 2D ultrasound or, in selected cases, magnetic resonance imaging. The treatment of choice is elective hysterectomy; however, in patients wishing to preserve fertility, conservative techniques may be considered. In such cases, it is essential to inform the patient and her family about the risks of subsequent hemorrhage and infection, which may ultimately require emergency hysterectomy. Placental percretism represents a condition of high maternal-fetal mortality, whose management must be individualized and carried out by a multidisciplinary team to reduce complications and optimize outcomes.

2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. All rights reserved.

Introducción

Los trastornos placentarios refieren un incremento en los últimos años, con una incidencia que oscila entre 0.12 y 0.31 %, y una tasa de mortalidad cercana al 7 %. Entre ellos, el *percretismo placentario* representa uno de los mayores desafíos en el manejo perinatal dentro de la gineco-obstetricia. Este cuadro patológico se caracteriza por una inserción anómala de la placenta, con penetración del tejido placentario a través de la pared uterina previamente dañada, extendiéndose hacia estructuras vecinas como la vejiga urinaria y otros tejidos adyacentes[1-4].

Los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de esta condición incluyen: edad materna avanzada (≥ 35 años), antecedente de múltiples cesáreas, peritonización de las plicas vesicouterinas durante la histerorrafia, presencia de placenta previa, uso de tecnologías de reproducción asistida y antecedentes de procedimientos uterinos previos[4-7].

Debido a la elevada morbimortalidad asociadas, resulta imprescindible contar con un equipo multidisciplinario altamente especializado, integrado por un obstetra con experiencia en medicina materno-fetal, especialistas en imágenes para la detección de anomalías placentarias mediante ecografía, cirujanos pélvicos (ginecólogo y uro-ginecólogo), anestesiólogo con formación en anestesia obstétrica o cardíaca, urólogo, cirujano general, radiólogo intervencionista y neonatólogo. Asimismo, las instalaciones deben disponer de unidades de cuidados intensivos (UCI) tanto neonatales como para adultos, con disponibilidad permanente de intensivistas, así como de un banco de sangre que garantice el acceso inmediato a hemocomponentes, dada la alta probabilidad de transfusión por hemorragia masiva. Esta complicación se produce debido a la imposibilidad de separación espontánea de la placenta durante el parto, lo que hace necesaria la realización de una histerectomía cesárea para controlar la hemorragia uterina y prevenir la muerte materna[8,9].

La identificación del percretismo placentario antes del parto resulta altamente deseable para prevenir complicaciones materno-fetales. La evaluación de la apariencia placentaria mediante ecografía 2D constituye una herramienta accesible y eficaz, que permite al equipo médico anticiparse y planificar el manejo adecuado. Asimismo, posibilita brindar información oportuna a la paciente y a sus familiares. Es importante señalar que todas las mujeres en quienes se sospeche la presencia del espectro de acretismo placentario presentan un riesgo elevado de complicaciones y secuelas, entre ellas hemorragia masiva, necesidad de transfusiones sanguíneas, histerectomía postcesárea y admisión en UCI[10-12].

En cuanto al enfoque terapéutico, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda la realización de una histerectomía electiva por cesárea con la placenta *in situ*, dado que su extracción puede provocar hemorragia masiva y/o lesión de órganos circundantes, comprometiendo la vida materna[13]. Sin embargo, esta opción puede no ser aceptada en pacientes con deseos genésicos. En tales circunstancias, se debe valorar la posibilidad de un tratamiento conservador, que puede incluir: extracción gradual de la placenta, manejo expectante con la placenta retenida, el procedimiento Triple-P, entre otras técnicas quirúrgicas conservadoras[14,15].

Cuando la placenta se deja *in situ* tras el parto, el manejo incluye la embolización de la arteria uterina, mediante la oclusión de la arteria ilíaca común y de la aorta infrarrenal, complementado con la administración de metotrexato en dosis bajas (0.11 %) y la realización de un legrado guiado por ultrasonido.

Con estas medidas, la placenta pierde progresivamente su flujo sanguíneo y se reabsorbe de manera completa. No obstante, es fundamental informar y recalcar que la principal desventaja de este abordaje es el tiempo prolongado requerido para la reabsorción total del tejido placentario hasta 20 semanas, que implica necrosis progresiva y un riesgo elevado de hemorragia secundaria, sepsis y la eventual necesidad de una histerectomía de emergencia[16,17].

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue presentar un caso de percretismo placentario y su manejo quirúrgico.

Presentación del caso

Paciente femenino de 31 años de edad, fecha de última regla desconoce, edad gestacional 29.2 semanas por ecografía, antecedentes gineco-obstétricos: gestas 4, abortos 2 cesáreas 2, periodo intergenésico 4 años, antecedentes quirúrgicos: 2 cesáreas previas, antecedentes personales patológicos niega, antecedentes familiares niega, alergias niega, vacunas: antitetánica 2 dosis, inmunización COVID-19, 3 dosis, esquema de maduración pulmonar incompleta, 1 sola dosis hace una semana, controles prenatales 6.

Motivo de consulta: Sangrado transvaginal.

Evolución de la enfermedad: Paciente, acude a la emergencia por presentar sangrado transvaginal de inicio espontáneo con expulsión de coágulos de más o menos 3 h de evolución. Signos vitales: presión arterial 115/76 mmHg, frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto (rpm), temperatura 36.6º C, proteinuria: negativo. MAMA Score: 1, al momento consciente, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, Glasgow 15/15, campos pulmonares claros y ventilados, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen: con útero gestante, ocupado por producto único vivo longitudinal cefálico, dorso derecho, latidos cardíacos fetales 144 lpm, altura uterina 32 cm, actividad uterina: 2 contracciones cada 10 min de 35 s de duración, se evidencia sangrado transvaginal, extremidades inferiores edema leve, reflejos osteotendinosos conservados.

Ecografía particular reporta presencia de placenta previa marginal.

Monitoreo fetal categoría 1.

Riesgo obstétrico 7 puntos, muy alto.

Resultados de ecografía obstétrica institucional reporta: producto único vivo, longitudinal cefálico, con placenta previa oclusiva total.

Se trata de una paciente con muy alto riesgo obstétrico con necesidad de histerectomía abdominal, por antecedentes de placenta previa y/o necesidad de transfusión de glóbulos rojos concentrados, por alto riesgo de morbimortalidad materno fetal. Se aplicó dosis de maduración pulmonar y se brinda información tanto a paciente como a familiar.

Se indica pasar a cirugía de emergencia, solicitar 2 unidades de glóbulos rojos concentrados por presentar diagnóstico de: placenta previa con hemorragia, atención materna por cicatriz uterina previa, esterilización quirúrgica voluntaria y embarazo de 29.2 semanas por ecografía.

Se realiza activación de clave roja, control de signos vitales, MAMA Score de acuerdo puntuación, pendiente resultados de laboratorio solicitados al ingreso (biometría hemática completa, VIH, VDRL, grupo sanguíneo, tiempos de coagulación, nada por vía oral, informe médico a familiar, firma de consentimientos informados, interconsulta a neonatología, colocar sonda de Foley, canalizar dos vías periféricas: cloruro de sodio 0.9 % 1000 cm^3, pasar 500 cm^3 a goteo rápido y luego 40 gotas por min, Lactato de Ringer 1000 cm^3 pasar 500 cm^3 a goteo rápido y luego 40 gotas por min, aplicar dexametasona 12 mg intramuscular STAT y pasar a cirugía de emergencia.

Ecografía obstétrica al ingreso: Embarazo único vivo cefálico, dorso derecho, placenta previa anterior oclusiva total, se evidencia flujo sugerente de sangrado activo en polo distal. ILA 7.7, peso 1620 g, latido cardiaco fetal 138 por min. Cervicometria, cérvix homogéneo cerrado.

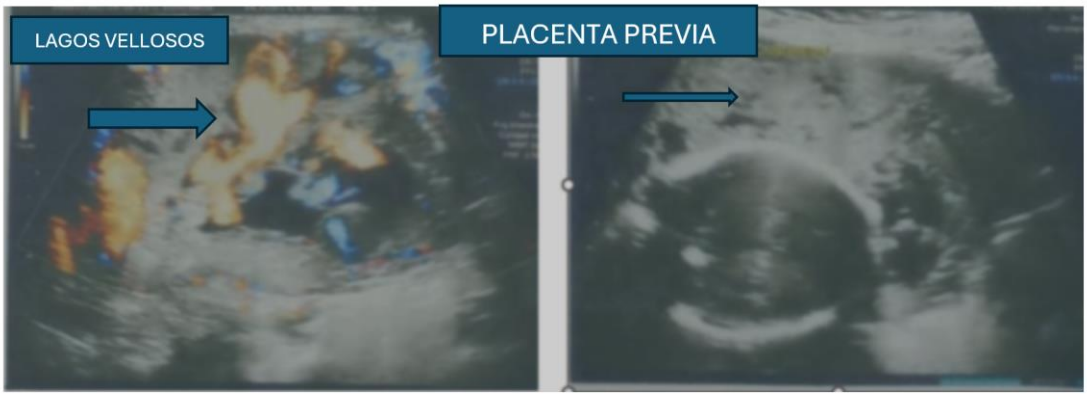


Figura 1 Imagen ecográfica de embarazo de 26.2 semanas de gestación más placenta previa marginal, donde se evidencia presencia de lagos vellosos placentarios

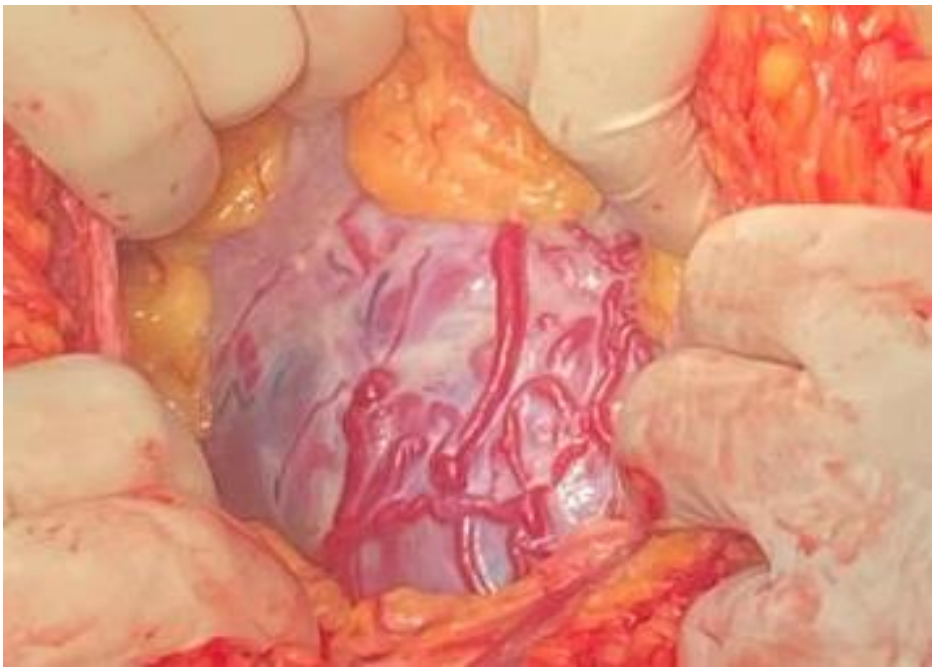


Figura 2 Imagen durante transoperatorio de cesárea, se explora cavidad abdominal mediante incisión infra media umbilical y antes de realizar histerotomía corporal para extracción de producto, se visualiza cara anteroinferior de útero con presencia de grandes vasos placentarios que infiltran la región anterosuperior de la vejiga

Se realiza cesárea corporal + histerectomía abdominal total + adhesiolisis.

Hallazgos: Cicatriz uterina previa 2 veces, tejido celular subcutáneo aproximado de 8 cm, síndrome adherencial severo, útero gestante acorde a edad gestacional, líquido amniótico claro en moderada cantidad, recién nacido vivo, sexo femenino en presentación podálico, peso 1535 g, talla 34 cm, edad gesta-

cional: 29 semanas gestación, Apgar 5/7/8 anexos macroscópicamente normales, sangrado aproximado durante el transquirúrgico de 2000 cm^3, placenta previa oclusiva total, inserción anormal de la placenta, ausencia total de la decidua basal, penetración de las vellosidades coriales en el miometrio con focos de percretismo placentario con infiltración de vejiga. Diuresis clara y permeable por sonda vesical, debito de 600 cm^3.

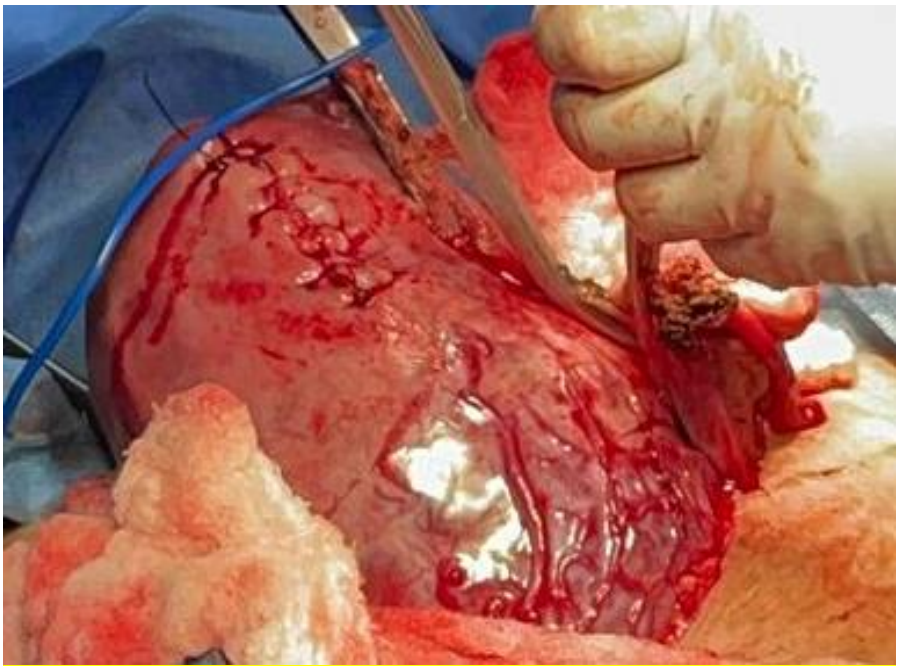


Figura 3 Imagen durante transoperatorio de histerectomía por percretismo placentario, se visualiza útero con histerorrafia corporal, en cuyo interior se encuentra la placenta, además se evidencia en cara anteroinferior de útero, presencia de grandes vasos placentarios que infiltran en región anterosuperior de vejiga

Técnica quirúrgica: Previa asepsia y antisepsia-colocación de campos estériles-diéresis antes descrita - apertura de cavidad abdominal por planos anatómicos: piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, musculo, peritoneo - exposición de campo quirúrgico - clivaje de vejiga - histerotomía corporal, se evidencia placenta oclusiva total, la cual se atraviesa para proceder a extraer el producto, se evidencia líquido amniótico claro en moderada cantidad, extracción de producto femenino en presentación podálico - se realiza clampeo y sección del cordón umbilical - extracción de muestra sanguínea de cordón umbilical, se entrega recién nacido a pediatra de turno - se procede a clampeo del cordón umbilical proveniente de la placenta, se introduce la placenta en la cavidad uterina y se procede a realizar histerorrafia en 2 planos para luego proceder a realizar pinzamiento sección y ligadura de ligamentos redondos, a continuación se realiza pinzamiento sección y ligadura de ligamentos útero - ováricos, se realiza descenso de peritoneo anterior y posterior, se realiza pinzamiento sección y ligadura de arterias uterinas y ligamentos cervicovaginales, se extrae pieza quirúrgica, reforzamiento de pedículos de vasos ováricos, uterinos y de cúpula vaginal. se verifica hemostasia, durante el transquirúrgico se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos con-

centrados y 1 de plasma, se revisan correderas paritocólicas, se verifica indemnidad de vejiga, se cuenta material, se realiza síntesis por planos de pared abdominal. Se realiza revisión de cúpula por vía vaginal, no identificándose sangrado activo, orina clara. Paciente sale de quirófano en condiciones clínicas estables, pasa a UCI al momento respira espontáneamente no necesitó ventilación mecánica invasiva, no realizó alteración hemodinámica, por reposición de componentes hemáticos durante el transquirúrgico y control estricto del sangrado.

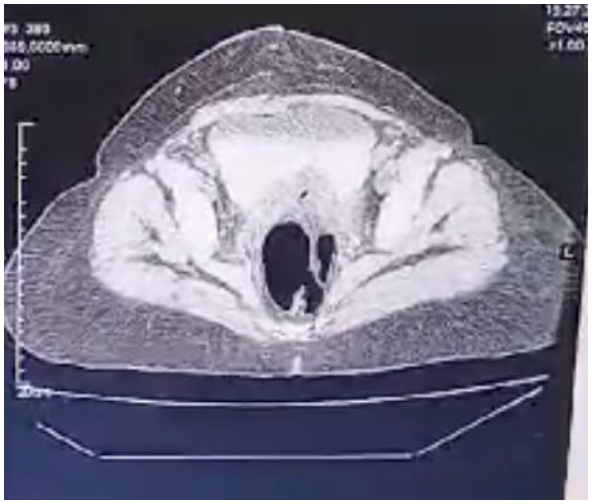


Figura 4 TAC de abdomen: control postquirúrgico dentro de limites normales

Evolución: paciente permanece durante 72 h en área de UCI bajo tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 1 g intravenoso cada 12 h, analgesia, hidratación, con hemodinámica estable, consiente orientada en tiempo y espacio con control estricto de parámetros y monitorización continua, diuresis clara y conservada.

Resultado de biometría hemática de control a las 24 h postquirúrgico: Leucocitos 12.84, hematocrito 37.7 %, hemoglobina 12.2, Plaquetas: 262×10^3/µL (o 262 000/µL)., neutrófilos 73.2 %.

Llama la atención en el examen físico presencia de masa regular que se palpa en región pélvica indolora, que no genera molestia a paciente, Se envía a realizar ecografía transvaginal la cual reporta: vejiga de paredes semi distendida sin contenido anómalo, útero ausente por histerectomía, anexo derecho e izquierdo no valorable, hacia la cavidad pélvica se observa imágenes refringentes heterogéneas de bordes irregulares, al Doppler color no muestra vascularización anómala mide 55 x 44 x 57 con un volumen de 70.7 cm^3. Diagnóstico: restos hemáticos, correlacionar con antecedentes quirúrgicos de la paciente y eventual tomografía contrastada simple y de pelvis.

Se realiza tomografía de abdomen, descartándose presencia de masa, hematoma o colección, que amerite reintervención de paciente.

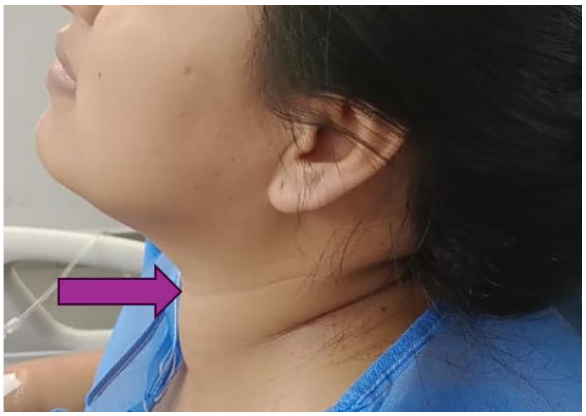


Figura 5 Se observa región anterior de cuello con bocio por agrandamiento de glándula tiroides

Paciente pasa a sala de alto riesgo al cuarto día para continuar su evolución clínica, permanece hemodinámicamente estable, deambula, se evidencia al examen físico general bocio tiroideo, se solicitan pruebas hormonales de laboratorio, reportan: T3 libre: 2.87 pg mL^{-1}, T4 libre: 0.98 ng dL^{-1} TSH: 1.13 µUI mL^{-1}. *Ecografía tiroidea*: Lóbulo tiroideo derecho de volumen conservado de contornos regulares homogéneos mide 3.9 x 1.4 x 1.9 cm, volumen 5.9 cm^3, el istmo de grosor normal homogéneo mide 0.18 cm lóbulo tiroideo izquierdo aumentado de volumen de contornos regulares heterogéneos mide 4.1 x 2.9 x 3.8 cm volumen 24.8 cm^3, se visualiza lesión heterogénea mixta de contornos poco definidos que miden aproximadamente 4 x 2.8 cm que al Doppler color no presenta captación del

flujo ganglios en cadenas yugulo carotideas de tamaño morfología conservada TI-RADS 4 A.

Discusión

Un estudio reveló que los principales factores de riesgo para los trastornos de inserción placentaria fueron: edad materna mayor de 32 años, antecedente de dos o más cesáreas, multiparidad (≥ 3) y antecedentes de placenta previa. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por diversos autores en la literatura científica[8,18,19].

Una revisión sistemática señaló que el diagnóstico prenatal de acretismo o percretismo placentario se asocia con una menor necesidad de cesáreas de emergencia, mayor frecuencia de histerectomía electiva, menor pérdida sanguínea y menor requerimiento de transfusión de glóbulos rojos, en comparación con los casos de espectro de placenta accreta sin diagnóstico prenatal. Por ello, una evaluación exhaustiva mediante ecografía y, en caso necesario, resonancia magnética (RMI) puede ser utilizada para predecir la invasión placentaria en mujeres con alto riesgo. Finalmente, el diagnóstico histológico posoperatorio permite establecer la concordancia entre los hallazgos transoperatorios y el tipo específico de trastorno presente[7,14,20].

El manejo del percretismo placentario debe ser individualizado, considerando el tipo de paciente, sus factores de riesgo y sus deseos genésicos. En mujeres con maternidad satisfecha, el tratamiento estándar consiste en histerotomía, pinzamiento de las arterias uterinas e hipogástricas, seguido de histerectomía total, con el objetivo de prevenir la morbimortalidad asociadas a la hemorragia secundaria a placenta previa anormalmente adherida en sus distintos grados de invasión trofoblástica al miometrio.

Por otro lado, en pacientes que desean preservar su fertilidad, pueden considerarse estrategias de tratamiento conservador, tales como la realización de cesárea sin histerectomía total y la ligadura de la arteria uterina mediante la técnica de sutura en trébol, destinada a comprimir el sitio de hemorragia y controlar el sangrado[21,22].

En contraste con nuestro caso, la literatura reporta un caso de placenta previa accreta central (CPPA) con percretismo vesical focal en una mujer embarazada de 29 años, con antecedentes obstétricos de un parto vaginal y cuatro legrados posteriores a un aborto espontáneo. La paciente fue atendida en el Hospital Universitario S. Marco de Catania a las 20 semanas de gestación, donde se diagnosticó CPPA mediante ecografía. A las 31 semanas, la resonancia magnética (RMI) confirmó el diagnóstico de CPPA con percretismo vesical focal.

Tras alertar al equipo multidisciplinario y disponer de unidades de sangre, se planificó una cesárea a las 34 semanas, motivada por la presencia de un área de desprendimiento con sangrado evidenciada por ecografía. La paciente y su esposo fueron informados de los riesgos y firmaron el consentimiento informado, aceptando la posibilidad de histerectomía y transfusiones sanguíneas.

Tras alertar al equipo multidisciplinario y disponer de unidades de sangre, se planificó una cesárea a las 34 semanas, motivada por la presencia de un área de desprendimiento con sangrado evidenciada por ecografía. La paciente y su esposo fueron informados de los riesgos y firmaron el consentimiento informado, aceptando la posibilidad de histerectomía y transfusiones sanguíneas.

El procedimiento consistió en una laparotomía de Pfannestiel, con incisión uterina corporal transversal, ligadura uterina bilateral, taponamiento uterino y retiro del tejido placentario separado durante la extracción fetal. Se dejó in situ la porción de placenta correspondiente al área de percretismo, lo que permitió una intervención conservadora con preservación del

útero, obteniéndose buenos resultados tanto para la madre como para el recién nacido.

Cabe señalar que este tipo de abordaje se realiza asumiendo riesgos y aún no forma parte de los protocolos establecidos en hospitales públicos de nuestro país. En cuanto a las complicaciones urológicas, se ha descrito una incidencia del 15.4 % (IC 95 %: 8.1-24.6) en procedimientos planificados y del 24.6 % (IC 95 %: 13.0-38.5) en intervenciones de emergencia[6,23].

Conclusión

El percretismo placentario constituye una condición de elevada mortalidad materno-fetal que requiere el manejo por un equipo multidisciplinario, con el objetivo de prevenir complicaciones graves. La institución que atienda a una paciente con este diagnóstico debe disponer de un área de terapia intensiva materna y neonatal, así como de un banco de sangre con hemocomponentes disponibles las 24 h, para responder oportunamente ante un sangrado masivo con necesidad de politransfusión.

El diagnóstico prenatal disminuye la morbimortalidad y puede realizarse mediante ecografía 2D y, en casos seleccionados, resonancia magnética. El tratamiento de elección es la histerectomía electiva; sin embargo, en pacientes que desean preservar su fertilidad pueden considerarse técnicas conservadoras para evitar la extracción del útero. En estos casos, es indispensable informar y explicar a la paciente y a sus familiares los riesgos asociados, como infección y hemorragia secundaria, que podrían requerir finalmente una histerectomía de emergencia.

Fuente de financiamiento

Sin fuentes externas de financiamiento, fondos propios de los autores.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al Hospital Universitario por permitirnos tener acceso a la historia clínica y a la paciente para desarrollar la presente investigación.

Consideraciones éticas

Para la presente publicación se solicitó autorización de la paciente mediante firma de consentimiento informado, en la presente descripción de caso no se coloca identificación de paciente. Se obtuvo autorización de la paciente para publicación de fotos y revisión de historia clínica.

Limitaciones en la investigación

Falta de aleatorización, no se puede generalizar los resultados a gran escala.

Permisos para la publicación

Se adjunta documento firmado por paciente donde autoriza la publicación del caso clínico.

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores en el articulo

Los autores declaran haber contribuido en la idea original (*María Calderón*), diseño de la investigación (*Jorge Cárdenas*), recolección de datos (*Eliana Robles, Karen Mora, Oscar Cruz, María Calderón, Ana Vélez*), análisis de datos (*María Calderón, Eliana*

Robles), redacción del borrador y redacción del artículo (*María Calderón, Jorge Cárdenas, Karen Mora, Ana Vélez, Oscar Cruz, Eliana Robles*).

Uso de inteligencia artificial

Damos por sentado que todo el documento fue redactado en base a los criterios éticos y profesionales, y no se utilizó la IA para realizar las imágenes o texto.

Literatura citada

1. Morlando M, Sarno L, Napolitano R, Capone A, Tessitore G, Maruotti GM, et al. Placenta accreta: incidence and risk factors in an area with a particularly high rate of cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 2013;92(4):457-60. DOI: https://doi.org/10.1111/aogs.12080. PMID: 23347183.
2. Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clément D, Cabrol D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. Obstet Gynecol 2004;104(3):531-6. DOI: https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000136086.78099.0f. PMID: 15339764.
3. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. Am J Obstet Gynecol 1996; 175(6):1632-8. DOI: https://doi.org/10.1016/s0002-9378(96)70117-5. PMID: 8987952.
4. Habek D. Vesicouterine plication during caesarean section - risk factor for placental percretism into the urinary bladder? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020;245:219-20. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.12.037. PMID: 31892434.
5. Dare FO, Oboro VO. Risk factors of placenta accreta in Ile-Ife, Nigeria. Niger Postgrad Med J 2003;10(1):42-5. PMID: 12717464.
6. Leanza V, Verzì MG, Genovese F, Colaleo FM, Leanza G, Palumbo M. Central placenta praevia accreta with focal bladder percretism. Conservative management. Ann Ital Chir 2021;10:S2239253X21035386. PMID: 33994388.
7. Sugai S, Yamawaki K, Sekizuka T, Haino K, Yoshihara K, Nishijima K. Pathologically diagnosed placenta accreta spectrum without placenta previa: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM 2023;5(8):101027. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101027. PMID: 37211089.
8. Alanwar A, Al-Sayed HM, Ibrahim AM, Elkotb AM, Abdelshafy A, Abdelhadi R, et al. Urinary tract injuries during cesarean section in patients with morbid placental adherence: retrospective cohort study. J Matern Fetal Neonatal Med 2019; 32(9):1461-7. DOI: https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1408069. PMID: 29157027.
9. Pan W, Chen J, Zou Y, Yang K, Liu Q, Sun M, et al. Uterus-preserving surgical management of placenta accreta spectrum disorder: a large retrospective study. BMC Pregnancy Childbirth 2023;23 (1):615. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05923-9. PMID: 37633887; PMCID: PMC10464453.
10. Bai GQ, Chen WL, Huang XH, Zhao SJ, Zhao SP, Chen XJ, et al. Risk factor assessment and adverse outcome prediction of placenta accreta in pregnant women after cesarean section complicated with placenta previa: a national multicenter retrospective study. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2023; 58(1):26-36. Chinese. DOI: https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112141-20221009-00615. PMID: 36720612.
11. Self A, Cavallaro A, Collins SL. Placenta accreta spectrum: imaging and diagnosis. Obstet Gynaecol 2025;27(1):15-28. DOI: https://doi.org/10.1111/tog.12956
12. Comstock CH. The antenatal diagnosis of placental attachment disorders. Curr Opin Obstet Gyne

col 2011;23(2):117-22. DOI: https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328342b730. PMID: 21252665.

13. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum. Obstet Gynecol 2018;132(6):e259-e275. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002983. PMID: 30461695.
14. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. BJOG 2019;126(1):e1-48. DOI: https://doi.org/10.1111/1471-0528.15306. PMID: 30260097.
15. Sentilhes L, Kayem G, Chandraharan E, Palacios-Jaraquemada J, Jauniaux E. FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management. Int J Gynaecol Obstet 2018;140(3):291-8. DOI: https://doi.org/10.1002/ijgo.12410. PMID: 29405320.
16. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. N Engl J Med 2018;378(16):1529-36. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMcp1709324. PMID: 29669225.
17. Garita Méndez E, Salas Morgan JP, Angulo Moya LC. Acretismo placentario: Revisión bibliográfica. Cienc Salud 2022;6(2):39-48. DOI: https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.390
18. El Gelany S, Mosbeh MH, Ibrahim EM, Mohammed M, Khalifa EM, Abdelhakium AK, et al. Placenta accreta spectrum (PAS) disorders: incidence, risk factors and outcomes of different management strategies in a tertiary referral hospital in Minia, Egypt: a prospective study. BMC Pregnancy Childbirth 2019;19(1):313. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-019-2466-5. PMID: 31455286; PMCID: PMC6712589
19. Schiffer V, van Haren A, De Cubber L, Bons J, Coumans A, van Kuijk SM, et al. Ultrasound evaluation of the placenta in healthy and placental syndrome pregnancies: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2021;262:45-56. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.042. PMID: 33984727.
20. Liu Q, Zhou W, Yan Z, Li D, Lou T, Yuan Y, et al. Development and validation of MRI-based scoring models for predicting placental invasiveness in high-risk women for placenta accreta spectrum. Eur Radiol 2024;34(2):957-69. DOI: https://doi.org/10.1007/s00330-023-10058-8. PMID: 37589907.
21. Zhu L, Lu J, Huang W, Zhao J, Li M, Zhuang H, et al. A modified suture technique for the treatment of patients with pernicious placenta previa and placenta accreta spectrum: a case series. Ann Transl Med 2021;9(14):1140. DOI: https://doi.org/10.21037/atm-21-2318. PMID: 34430581; PMCID: PMC8350683.
22. Villegas-Cisneros A, Ortega-Montoya C, García-López A. Técnica quirúrgica vascular integral avanzada (VIVA) aplicada en pacientes con placenta previa anormalmente adherida con feto in situ. Ginecol Obstet Méx 2019;87(1):36-45. DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v87i1.2616
23. Lucidi A, Jauniaux E, Hussein AM, Coutinho CM, Tinari S, Khalil A, et al. Urological complications in women undergoing Cesarean section for placenta accreta spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2023;62(5):633-43. DOI: https://doi.org/10.1002/uog.26299. PMID: 37401769.

Nota del Editor:
Journal of the Selva Andina Research Society (JSARS) **se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales publicados en mapas y afiliaciones institucionales, y todas las afirmaciones expresadas en este artículo pertenecen únicamente a los autores, y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, o las del editor, editores y revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo o reclamo que pueda hacer su fabricante no está garantizado ni respaldado por el editor.**