



## Una alternativa quirúrgica para acretismo placentario

Esperanza Bautista-Gómez,\* Víctor Morales-García,\*\* Jenny Hernández-Cuevas,\*\*\* Omar Calvo Aguilar,\*\*\*\*  
Ana Luisa Flores-Romero,<sup>1</sup> Úrsula Santos-Pérez<sup>1</sup>

Nivel de evidencia: II-3

### RESUMEN

La placenta acreta es la segunda causa de hemorragia obstétrica en el mundo. En muchas ocasiones se requiere realizar una histerectomía obstétrica, circunstancia que incrementa la morbilidad y mortalidad maternas. Se comunica una alternativa quirúrgica a la histerectomía obstétrica que ha permitido reducir hasta el momento a cero nuestra tasa de muertes maternas por hemorragia obstétrica, además de reducir el tiempo quirúrgico y la morbilidad asociada, sin modificar los resultados perinatales.

**Palabras clave:** acretismo placentario, hemorragia obstétrica, histerectomía obstétrica de urgencia.

### ABSTRACT

The placenta accreta is the second leading cause of obstetric hemorrhage in the world. In many occasions it is necessary to make an obstetric hysterectomy, a circumstance that increases morbidity, and maternal mortality. Communicates a surgical alternative to hysterectomy obstetric that has enabled us to reduce until the time to zero our rate of maternal deaths by obstetric hemorrhage, in addition to reducing the surgical time and the associated morbidity, without changing the perinatal outcome.

**Key words:** Placenta accrete, obstetric hemorrhage, emergency obstetric hysterectomy.

### RÉSUMÉ

Le placenta accrete est la deuxième cause de saignement obstétrique dans le monde. Dans de nombreuses reprises est nécessaire de réaliser l'hystérectomie obstétrique, circonstance qui accroît la morbidité et de mortalité maternelle. La Commission est informée une alternative chirurgicale à la hystérectomie obstétriques qui a permis de réduire jusqu'à présent à zéro notre taux de mortalité maternelle par hémorragie obstétriques, en outre de réduire les temps chirurgicaux et la morbidité associée, sans modifier les résultats périnatales.

**Mots clés:** acretismo éte, hémorragie obstétriques, hystérectomie obstétriques d'urgence.

### RESUMO

A placenta accreta é a segunda principal causa de obstetrício hemorragia no mundo. Em muitas ocasiões que é necessário para tornar a histerectomia obstétrico, uma circunstância que aumenta a morbidade, e a mortalidade materna. Uma das alternativas cirúrgicas Comunica a histerectomias que nos permitiu obstétricas a reduzir até o momento de zero a taxa de mortes maternas hemorragia, por obstetrício além de reduzir o tempo cirurgico morbidades associadas, e sem alterar o desfecho perinatal.

**Palavras chave:** placenta accreta, obstetrício hemorragia, histerectomia emergência obstetrício.

\* Uroginecóloga adscrita al servicio de Ginecología.

\*\* Jefe del servicio de Ginecología.

\*\*\* Jefa de la División de Ginecología y Obstetricia.

\*\*\*\* Jefe del servicio de Obstetricia.

<sup>1</sup> Residente de tercer año de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.  
Hospital General Aurelio Valdivieso, Oaxaca de Juárez, Oax.

40Q, colonia Reforma. Oaxaca 68020, Oax. Correo electrónico: espejoba@hotmail.com

Recibido: marzo 9, 2011. Aceptado: marzo 10, 2011.

Este artículo debe citarse como: Bautista-Gómez E, Morales-García V, Hernández-Cuevas J, Calvo-Aguilar O, Flores-Romero AL, Santos-Pérez U. Una alternativa quirúrgica para acretismo placentario. Ginecol Obstet Mex 2011;79(5):298-302.

Correspondencia: Dra. Esperanza Josefina Bautista Gómez. Hospital General Aurelio Valdivieso. Oaxaca de Juárez, Porfirio Díaz

La mortalidad materna es un indicador del grado de desarrollo económico de un país y del alcance de su infraestructura de salud y asistencial. El estado de Oaxaca es uno de los de mayor tasa de muertes maternas (70 mujeres x 100,000 nacidos por año), con cifras superiores a la media nacional y que comparte con los estados de Guerrero y Chiapas.<sup>1,2</sup>

En el año 2009 se reportaron 63 muertes maternas en el estado. Las principales causas fueron: hemorragia y enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en 33% cada una. En el año 2010, hasta la trigésima semana epidemiológica se habían registrado 34 muertes maternas en el estado: 11 secundarias a hemorragia obstétrica.<sup>3</sup>

El hospital donde se realizó este estudio se ubica en la ciudad de Oaxaca, y es el principal sitio de referencia para el estado, con 8,000 nacimientos en promedio al año. En el año 2009 hubo 11 muertes maternas y la causa principal fue la hemorragia obstétrica (40% de los casos). Consecuencia de este panorama se puso en marcha una serie de estrategias dirigidas a disminuir la tasa de mortalidad.

Una de esas estrategias es una alternativa quirúrgica para pacientes con acretismo placentario, que hasta ahora ha dado excelentes resultados al disminuir la cantidad de transfusiones, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos, los días de estancia intrahospitalaria, sin modificar los resultados perinatales.

#### Descripción de la técnica quirúrgica

Se realiza una incisión tipo Maylard, o media infraumbilical (Figura 1). Se ingresa a la cavidad abdominal, se colocan compresas aislantes y un separador de balfour. Se exterioriza totalmente el útero (Figuras 2 y 3) y se localiza el ligamento redondo, al lado derecho. Se pinza, corta y liga y se verifica la hemostasia. Enseguida se realiza el mismo procedimiento contralateral: se localizan la salpinx, el ligamento útero-ovárico y parte del ligamento ancho derecho. Se pinza, corta y liga y se verifica la hemostasia; se realiza el mismo procedimiento contralateral. Se incide el peritoneo parietal anterior y posterior y se ligan ambas arterias uterinas. En ese momento se efectúa la cesárea tipo corporal (Figura 4), se extrae al niño, se pinza, liga y corta el cordón umbilical, sin traccionarlo, dejando la placenta *in situ* (Figuras 5 y 6). Se realiza histerorrafia en un solo plano (Figura 7) y finalmente se pinza, liga y cortan los ligamentos útero-sacos y cardinales y se retira la pieza quirúrgica. (Figuras 8 y 9)



Figura 1. Incisión tipo Maylard amplia



Figura 2. Útero exteriorizado



Figura 3. Pinzamiento de anexos

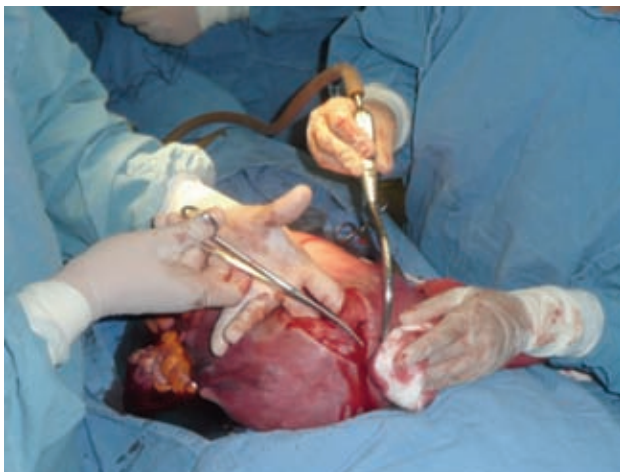


Figura 4. Incisión corporal



Figura 7. Histerorrafia en un plano

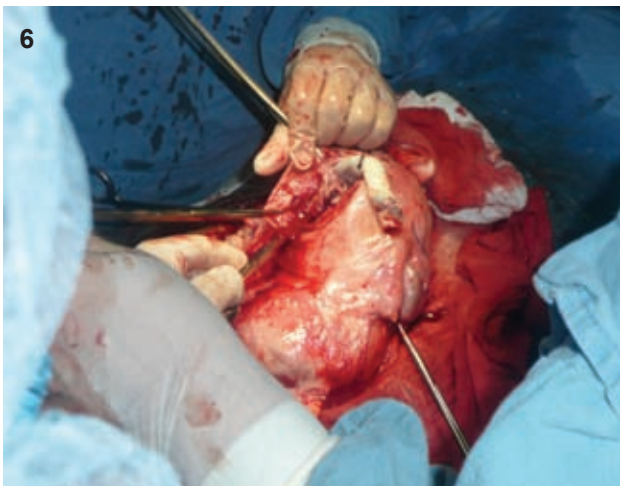


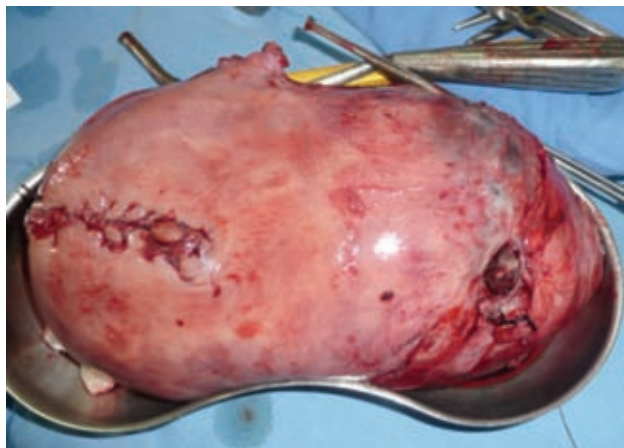
Figura 5 y 6. Ligadura del cordón umbilical, se deja la placenta *in situ*



Figura 8. Pinzamiento de úterosacos y cardinales

#### Primer caso

Paciente de 23 años, con tres embarazos y dos cesáreas, con diagnóstico de ingreso de: placenta previa total y embarazo de 38 semanas de acuerdo con la fecha de la última menstruación. Llegó de un hospital rural, luego de tres horas de traslado hasta nuestra institución. A su



**Figura 9.** Pieza final con datos de incretismo

ingreso, la paciente se encontraba en buen estado general, con fondo uterino a 32 cm del borde superior de la sínfisis púbica, con producto único vivo, tacto vaginal diferido sin evidencia de sangrado transvaginal. El ultrasonido en escala de grises mostró una fetometría de 38 semanas de gestación, con placenta previa total, componente anterior, con lagos venosos en el segmento uterino e irregularidad en la interfase útero placentaria. Esto hizo que se sospechara el diagnóstico de acretismo placentario. La cuantificación de la hemoglobina previa a la intervención quirúrgica fue de 12.9 mg/dL. El resto de los estudios de laboratorio fueron normales. Se programó para que al siguiente día de su ingreso se le realizaran cesárea y quizá histerectomía obstétrica. Para esto se contó con un equipo multidisciplinario formado por: pediatra, ginecoobstetra y uroginecólogo. La cesárea-histerectomía se realizó con la técnica descrita.

Se obtuvo un recién nacido de sexo masculino de 3,200 g, Apgar de 8-9, Capurro de 40 semanas de gestación, con sangrado aproximado de 600 cc y tiempo quirúrgico de 90 minutos.

La paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta del hospital al tercer día de la posthisterectomía, con una hemoglobina de control de 11 g/dL. No requirió transfusión sanguínea.

### Segundo caso

Paciente de 24 años de edad, con antecedentes de dos embarazos y una cesárea. Se recibió en el hospital con diagnóstico de embarazo de 38.5 semanas estimadas por

ultrasonido, con placenta previa total y probable acretismo placentario.

La paciente refirió que tuvo tres episodios de sangrado transvaginal durante su embarazo, el último cinco semanas antes del ingreso al hospital. En la exploración física la paciente se encontró con fondo uterino a 33 cm del borde superior de la sínfisis púbica, con producto único vivo. El dorso izquierdo pélvico con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto. El tacto vaginal se diferió. En la toalla testigo se observó escaso manchado. La hemoglobina prequirúrgica fue de 13.9 g/dL; el resto de los estudios de laboratorio se reportaron normales. La paciente se programó para cesárea y probable histerectomía obstétrica.

Durante el procedimiento quirúrgico se advirtió, al ingreso a la cavidad, pérdida de la continuidad uterina subserosa, con tejido placentario en el segmento; por esto se efectuó la histerectomía obstétrica, con la técnica descrita. Nació una niña de 2,960 g, Apgar 9-9, Capurro de 38 semanas de gestación, sangrado de 1,000 cc, tiempo quirúrgico de 96 minutos. La paciente se dio de alta del hospital al cuarto día posthisterectomía, sin complicaciones, con hemoglobina de control de 11.2 g/dL. Hasta el momento de enviar este manuscrito a publicación se habían operado cuatro pacientes con la técnica descrita y con resultados similares.

### DISCUSIÓN

La mortalidad materna en nuestro país aún está muy lejos de alcanzar las metas del milenio. Una de las causas principales de muerte materna en el mundo es la hemorragia obstétrica secundaria a atonía uterina en 53% de los casos y a acretismo placentario en 39%.<sup>4</sup> La incidencia de acretismo placentario va en aumento debido al incremento de cesáreas; se estima que puede ir de 1 por cada 540 a 1 por cada 70,000 nacimientos. La mortalidad materna asociada al acretismo placentario es de entre 7 y 11% de los casos.<sup>5,8</sup> La histerectomía obstétrica de urgencia por hemorragia obstétrica grave se relaciona con una significativa morbilidad, como: choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, daño a órganos vecinos, fiebre, infección de herida quirúrgica y mortalidad materna.<sup>4,7</sup>

Oaxaca es uno de los estados con mayor tasa de muerte materna pero preocupado por buscar nuevas estrategias para su disminución.

En el año 2009 la principal causa de muerte materna estatal e institucional fue la hemorragia obstétrica.<sup>3</sup>

Por estos motivos, en nuestra institución, que es el principal sitio de referencia estatal, se buscan nuevas alternativas que mejoren la atención y se reflejen en disminución de la mortalidad materna. Para esto, permanentemente se revisan las estrategias dirigidas a disminuir su incidencia, como la implantación de la técnica quirúrgica descrita, que hasta ahora ha dado excelentes resultados abriendo una expectativa más para la atención de las pacientes con hemorragia obstétrica secundaria a acretismo placentario.

---

#### REFERENCIAS

1. Díaz Echeverría D. Mortalidad materna. 1ª ed. México: Fundar, 2006.
2. www.cimacnoticias.com. Mantiene Oaxaca altos índices de mortalidad materna.
3. Secretaría de Salud de Oaxaca. Vigilancia epidemiológica, agosto 2010.
4. Steven L, Sze-ya Y, Jeffrey P, et al. Emergency Hysterectomy for Obstetric Hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1994;64:376-380
5. Briseño PC, Alaña F, Briceño SL, y col. Placenta percreta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2002;62:273-277.
6. Angulo Vásquez J, Ornelas Alcántar J, Rodríguez Arias E, y col. Mortalidad materna en el Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Revisión de 12 años. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:419.
7. Whiteman MK, Kuklina E, Hillis SD, et al. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2006;108:1486-1492
8. Sharma A, Farah R, Aziz AI. Caesarean and postpartum hysterectomy. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25:455-457.