



Tratamiento conservador del acretismo placentario. Reporte de tres casos y revisión de la literatura

Alberto Kably Ambe,¹ Marcos Acosta Martínez,² Yasiu Bustamante Quan,³
Gustavo Enrique Sánchez Villanueva,⁴ Horacio Lozano Zalce,⁴ José Antonio Pérez Mendizabal⁴

Resumen

Introducción: El acretismo placentario (AP) es una de las condiciones obstétricas más graves y con elevada morbilidad cuya incidencia se ha reportado hasta en 1 de cada 333 nacimientos, incrementándose notoriamente los últimos años. Los reportes de mortalidad por complicaciones asociadas son hasta de 7% y podría ser aún mayor. **Objetivo:** Reportar tres casos de pacientes en quienes se realizó manejo conservador del AP asociado a placenta previa, comentar los resultados y realizar la literatura al respecto. **Casos clínicos:** Se presentan tres casos de tratamiento conservador del AP y una revisión de la literatura de diversas bases de datos, tales como PubMed, Science, ACOG y la revista de Ginecología y Obstetricia de México. **Discusión y conclusiones:** Actualmente es posible llevar a cabo un manejo conservador planteándose diversos abordajes; sin embargo, es importante recordar que el manejo debe ser individualizado, de manera general se ha recomendado la interrupción del embarazo entre la semana 34 y 35. Por otra parte, debe tenerse en consideración que el manejo conservador es una buena opción para mujeres que desean conservar la fertilidad o en casos en los que se encuentra adherida a órganos adyacentes como vejiga o intestino incrementando el riesgo de lesión.

Palabras clave: Acretismo placentario, hemorragia obstétrica, tratamiento conservador.

Summary

Introduction: Placenta accreta (PA) is one of the most serious obstetric condition with a high morbidity. The incidence has been reported in up to 1 in 333 births, increasing notably in recent years. Reports of mortality associated are up to 7% and could be even higher. **Objective:** To report three cases of patients in whom conservative management of the PA associated to placenta previa was performed, to comment the results and to review the literature. **Clinical cases:** We present three cases of conservative treatment of PA and review literature of several databases such as PubMed, Science, ACOG, and the journal of *Ginecología y Obstetricia México*. **Discussion and conclusions:** Currently it is possible to carry out a conservative management considering several approaches, however, it is important to remember that the management should be individualized, but in general has been recommended the interruption of pregnancy between the week 34 to 35. In addition, conservative management is a good option for women wishing to preserve fertility or in cases where it is attached to adjacent organs such as bladder or bowel, increasing the risk of injury.

Key words: Placenta accreta, obstetric hemorrhage, conservative management.

¹ Director del Centro de Fertilidad del CEPAM.

² Ginecología y Obstetricia.

³ Residente de 4º año de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina UNAM.

⁴ Jefatura del Servicio de Radiología e Imagen.

Hospital Ángeles Lomas.

Correspondencia:

Dr. Alberto Kably Ambe

Correo electrónico: dr.kably@gmail.com

Aceptado: 22-06-2017.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario (AP) continúa siendo una de las principales causas de cesárea-histerectomía en países desarrollados y una de las condiciones obstétricas más graves; su incidencia se ha reportado hasta en uno de cada 333 a 533 nacimientos. De hecho, es una de las complicaciones del embarazo con mayor morbilidad, incluso es posible que llegue a hemorragia obstétrica grave que puede culminar en la muerte de la paciente y del feto.¹

Este incremento ha sido más notorio en los últimos 20 años, en parte debido a su relación con el aumento en la tasa de cesáreas; no obstante, es importante tener en consideración otros factores de riesgo como la edad materna,

multiparidad, antecedente de legrado uterino instrumentado y de otras cirugías uterinas.^{2,3} Además existe una fuerte asociación con la placenta previa que se presenta hasta en 9% de las pacientes con esta patología.⁴

Los reportes de mortalidad por complicaciones asociadas al AP son hasta de 7% y podrían ser aún mayores en lugares donde no se cuenta con la infraestructura adecuada para el manejo. Es importante tener en cuenta que se asocia a hemorragia masiva, especialmente si existe el antecedente de extirpación o de intento de remover la placenta.^{1,5}

El AP es referido como una causa de histerectomía obstétrica; esta cirugía de alta morbilidad y mortalidad materna conlleva un alto riesgo de hemorragia con sus colaterales complicaciones hematológicas asociadas por la coagulación intravascular diseminada. Por lo tanto, se han hecho diversos esfuerzos para evitar o diferir la histerectomía hasta el momento en el que se aminoren las condiciones agravantes. En este orden de ideas el manejo llamado "conservador" consiste precisamente en retrasar la histerectomía a través de medios físicos y químicos hasta que mejoren las condiciones vasculares del útero y permitan reducir la morbilidad por hemorragia.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es reportar tres casos de pacientes en quienes se realizó manejo conservador del AP asociado a placenta previa, comentar los resultados y realizar una revisión de la literatura al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan tres casos clínicos de tratamiento conservador del AP y una revisión de la literatura de diversas bases de datos, tales como PubMed, Science, ACOG y la revista de Ginecología y Obstetricia de México. Entre el material adicional a una cesárea convencional se requirió cistoscopia, catéteres JJ, sala de hemodinamia, un catéter femoral, metotrexate (50 mg en cada caso) y partículas de polivinilo hasta observar por fluoroscopia que el flujo había disminuido en aproximadamente 95%.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1. Paciente de 30 años, G3C2, con antecedentes de laparoscopia por dismenorrea en 2005 y litotripsia extracorpórea en 2013. La primera cesárea se realizó en 2009 por presentación pélvica y trabajo de parto pretérmino a las 36 semanas de gestación; la segunda cesárea en 2011 a las 37 semanas por trabajo de parto y periodo intergenésico corto. En la semana 20 del tercer embarazo, el ultrasonido estructural reportó datos sugestivos de AP,

por lo que en la semana 28 se realizó resonancia magnética, la cual evidenció la presencia de acretismo con datos de placenta percreta, placenta previa total y abundante vascularización a miometrio. El embarazo se interrumpió en la semana 35.2.

Caso clínico 2. Paciente de 34 años, primigesta, con antecedente de miomectomía por laparoscopia en 2003 y embolización de miomas en 2005. Embarazo logrado con fertilización *in vitro* con transferencia de embriones (FIVTE), en la semana 26 se hallaron indicios sugestivos de placentación anómala y en la semana 31.2 se realizó el diagnóstico de placenta previa total y AP por medio de resonancia magnética. El embarazo se interrumpió en la semana 36.6.

Caso clínico 3. Mujer de 47 años, secundigesta, ambos embarazos logrados con FIVTE, con antecedente de embarazo gemelar doble, el cual se resolvió a las 25 semanas a través de cesárea por preeclampsia severa acompañada de síndrome de HELLP (ambos neonatos murieron), durante el control prenatal del segundo embarazo se documentó la presencia de AP, con percretismo a sigmoides en la imagen obtenida por resonancia magnética. La paciente presentó actividad uterina, sangrado transvaginal y elevación de transaminasas séricas el día previo a la cesárea. Se interrumpió el embarazo en la semana 34.6.

Manejo conservador

Las pacientes se hospitalizaron un día previo a la cirugía para la valoración por urología, anestesiología y neonatología, así como para la logística de quirófano, banco de sangre y unidad de terapia intensiva.

El abordaje en los tres casos fue mediante incisión vertical en pared abdominal y cesárea corporal, obteniéndose un recién nacido vivo en cada caso y dejando la placenta *in situ*. El sangrado transquirúrgico fue menor de 500 mL en los tres casos y las cirugías transcurrieron sin eventualidades. En el caso 1 y 2 se realizó cistoscopia descartándose invasión placentaria intravesical y se cateterizaron los ureteros con catéter JJ. En el caso 3 no se realizó cistoscopia, puesto que no existían datos sugestivos de invasión vesical. En los tres casos se colocó un catéter femoral antes de la cesárea y al terminar la misma se aplicó metotrexate (50 mg) a través de las arterias uterinas, las cuales posteriormente se embolizaron con partículas de polivinil alcohol (PVA) hasta disminuir el flujo sanguíneo en aproximadamente 95%. La paciente del primer caso cursó con íleo, por lo que fue valorada por cirugía, se trató de forma conservadora con adecuada evolución y egresó al quinto día postquirúrgico. Las otras dos pacientes egresaron en el día tres postquirúrgico, sin eventualidades. La paciente del caso tres reingresó en el puerperio tardío (día 24 postquirúrgico) por hemorragia

uterina con datos de descompensación hemodinámica, por lo que se requirieron hemoderivados, ingresó a terapia intensiva e histerectomía total abdominal (HTA). Durante la cirugía se observó la presencia de secreción purulenta proveniente de cavidad uterina de la cual se aisló *Escherichia coli*; continuó con manejo antibiótico y analgésico, egresó en el quinto día postquirúrgico. La paciente del primer caso cursó con sangrado transvaginal escaso de forma intermitente que interfería con la calidad de vida, por lo que a los 10 meses de la cesárea se le realizó HTA. Durante la cirugía se detectó persistencia de remanentes placentarios adheridos a la vejiga y al realizar la disección de los mismos ocurrió una lesión vesical de 2 cm, la cual se reparó sin eventualidades y la paciente egresó tres días después de la histerectomía con sonda vesical que se retiró a los 10 días. La paciente del segundo caso recobró su ciclo menstrual de forma habitual a los seis meses de la cesárea, se realizó ultrasonido pélvico de control que reveló útero de 85 x 63 x 73 mm, endometrio de 7 mm con múltiples calcificaciones y ovarios normales.

DISCUSIÓN

La placentación anormal es una patología cuya incidencia ha incrementado de forma importante y se ha asociado a procedimientos quirúrgicos del útero. Por lo anterior, evidentemente el aumento en las tasas de cesárea se relaciona directamente con la elevación de la casuística de placentación anómala. Por otro lado, gracias al diagnóstico temprano, la mortalidad en estas pacientes ha disminuido y actualmente es posible llevar a cabo un manejo conservador en algunos casos, para los cuales se han propuesto diversos abordajes. Es importante recordar que el manejo debe ser individualizado, pero de manera general se ha recomendado la interrupción del embarazo entre la semana 34 y 35 con el objetivo de disminuir la probabilidad de una intervención de urgencia que incrementaría el riesgo de complicaciones.^{6,7}

En el tratamiento definitivo de esta patología se considera el manejo conservador como una buena opción para mujeres que desean conservar la fertilidad o en casos en los que se encuentra adherida a órganos adyacentes como vejiga o intestino y una cesárea-histerectomía aumentaría el riesgo de lesión, principalmente en las vías urinarias.⁶

El tratamiento conservador puede realizarse de dos formas: la primera opción es resecar la porción de la pared uterina anterior que incluye la placenta con adherencia mórbida seguida de una reconstrucción uterina y la segunda, que es la que se llevó a cabo en estos casos, es practicar una cesárea sin remover la placenta, realizar la histerorrafia y mantener un manejo expectante con la placenta *in situ* aunado a la aplicación de metotrexate intravascular a través

de un catéter femoral que transcurre por los vasos uterinos para que el fármaco llegue directamente a la placenta. Posterior a la aplicación del mismo, se inicia un procedimiento de radiología-intervencionista en el que debe llevarse una planeación con suficiente tiempo de antelación para tener disponible una sala de hemodinamia y conocer perfectamente la localización de la placenta, así como la magnitud de la invasión de la misma, lo cual puede evaluarse con suficiente certeza por medio de resonancia magnética para llevar a cabo el procedimiento de embolización de arterias uterinas seleccionando los vasos nutricios de la placenta apoyados por medio de fluoroscopia, todo esto en conjunto servirá para provocar la reducción y/o expulsión posterior de la placenta.¹

Cuando se planea un manejo conservador, se recomienda una incisión vertical en piel como la que se efectuó en los casos presentados para facilitar una incisión corporal, fúndica o posterior en útero y evitar un abordaje transplacentario.^{5,6}

En dos de los tres casos presentados, las pacientes mostraron una muy buena evolución con regresión del tejido placentario. En el caso en el que se conservó el útero la paciente volvió a menstruar de forma regular a partir del sexto mes posterior a la cirugía, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura en la cual se menciona que la expulsión espontánea de tejido placentario puede ser desde cuatro semanas postprocedimiento hasta nueve o 12 meses. Sin embargo, es importante recordar que como cualquier procedimiento quirúrgico no está libre de riesgos y que cuando se deja la placenta *in situ* pueden surgir complicaciones como formación de fístulas enterocutáneas o infección del sitio quirúrgico como ocurrió en uno de los casos presentados, en el cual se manifestó endometritis, acompañada de hemorragia y datos de descompensación hemodinámica que ameritaron una intervención activa. Por otro lado, en un estudio multicéntrico retrospectivo Sentilhes⁸ describe los resultados del tratamiento conservador de la placenta accreta, analizando 167 casos provenientes de 25 instituciones con resultados obtenidos a lo largo de 14 años. El tipo de manejo fue a criterio del obstetra, el procedimiento más común (37.1%) fue la embolización de arterias uterinas y se observó que el manejo fue exitoso en 78.4% de los casos y 18 pacientes requirieron histerectomía por hemorragia postparto. Por otra parte se reportó 6% de casos con morbilidad severa y un caso de muerte materna, aparentemente secundaria a la aplicación de metotrexate.⁸

Meyer⁹ reportó 12 casos con manejo conservador en un hospital del Reino Unido de 2008 a 2010, en este centro se les realizó ultrasonido transabdominal para delimitar el borde superior de la placenta y realizar una incisión apropiada, se colocaron balones en arterias uterinas y se retiraron posterior a la cirugía; sólo una paciente requirió histerectomía. El tiempo promedio de estancia intrahospi-

talara fue de siete días y en todas las pacientes se realizó seguimiento con b-hCG seriada y ultrasonido pélvico para confirmar la resolución de la patología placentaria.⁹

En los casos presentados el diagnóstico se realizó de forma temprana, lo cual permitió que se llevara a cabo un seguimiento estrecho y favoreció las condiciones para la interrupción del embarazo de forma oportuna, controlando diversas variables, con resultados considerados excelentes en dos de los tres casos presentados, ya que el tercero tuvo una complicación grave en puerperio tardío que se resolvió favorablemente gracias al manejo multidisciplinario y la infraestructura hospitalaria; sin embargo, antes de intentar este tipo de tratamiento es importante tomar en consideración si se cuenta con los recursos necesarios, ya que no están disponibles en todos los centros hospitalarios.

En relación con el uso del metotrexate, dentro de las últimas investigaciones se encuentra la realizada por Lin et al.,¹⁰ la cual describe el manejo conservador con este método en 24 pacientes hemodinámicamente estables a una dosis de 50 mg/m² de superficie corporal, administrada de forma intramuscular el día uno y el día ocho del tratamiento, con mediciones de beta-hCG los días 4, 7, 11 y 14, además de ultrasonido Doppler los días 1, 7 y 14. Se describió una media de 52.7 días para que se registraran niveles indetectables de beta-hCG, sangrado persistente en cinco pacientes e infección en otras cinco, así como necesidad de dilatación y curetaje en cuatro casos e histerectomía en un caso. Además se reportó menstruación regular de dos a seis meses posterior a procedimiento y embarazo subsecuente en ocho pacientes.¹⁰

CONCLUSIONES

El incremento en la incidencia de la placenta previa y de AP guarda relación con el aumento en el número de procedimientos quirúrgicos uterinos, principalmente cesáreas.

Es importante considerar que el manejo conservador del AP es una opción adecuada de manejo en ciertas pacientes, no sólo en aquéllas en las que se desea pre-

servar la fertilidad, sino también en las que se desea disminuir el riesgo de morbilidad; sin embargo, es crucial conocer los alcances del hospital donde se llevará a cabo el procedimiento, pues en ello también radica el éxito del manejo. Por lo tanto, es necesario destacar que en estos centros hospitalarios se debe contar con un equipo multidisciplinario que incluya una unidad de cuidados intensivos adecuada, especialistas en medicina materno-fetal, cirugía general, urología, cirugía vascular, radiología intervencionista, medicina crítica y neonatología, así como con un apropiado laboratorio y banco de sangre con hemoderivados suficientes para responder ante una emergencia obstétrica de gran magnitud.

REFERENCIAS

1. Silver RM, Fox KA, Barton JR, Abuhamad AZ, Simhan H, Huls CK et al. Center of excellence for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 212 (5): 561-568.
2. Eshkoli T, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 208 (3): 219.e1-7.
3. Bailit JL, Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW et al. Morbidly adherent placenta treatments and outcomes. *Obstet Gynecol*. 2015; 125 (3): 683-689.
4. Noguera-Sánchez MF, Karchmer-Kravitzy S, Rabadán-Martínez CE, Antonio-Sánchez P. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. *Ginecol Obstet Mex*. 2013; 81 (02): 99-104.
5. Fox KA, Shamshirsaz AA, Carusi D, Secord AA, Lee P, Turan OM et al. Conservative management of morbidly adherent placenta: expert review. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 213 (6): 755-760.
6. Pacheco LD, Gei AF. Controversies in the management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011; 38 (2): 313-322, xi.
7. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2012; 120 (1): 207-211.
8. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2010; 115 (3): 526-534.
9. Meyer NP, Ward GH, Chandrahara E. Conservative approach to the management of morbidly adherent placentae. *Ceylon Med J*. 2012; 57 (1): 36-39.
10. Lin K, Qin J, Xu K, Hu W, Lin J. Methotrexate management for placenta accreta: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291 (6): 1259-1264.