



Hallazgos de acretismo placentario por resonancia magnética

Magnetic resonance imaging findings in placental accreta

Cynthia Nalleli González Ramírez,^{*,||} Carolina Martínez Ovis,^{*,**}
Joana Andrea Rebolledo Casas,^{‡,‡‡} Fernando Jaramillo Arriaga,^{‡,§§} Eduardo Alfredo Enríquez Muñoz,^{‡,¶¶}
Jessica Penagos Medina,[§] María de Guadalupe Gómez Pérez^{¶,***}

Citar como: González RCN, Martínez OC, Rebolledo CJA, Jaramillo AF, Enríquez MEA, Penagos MJ et al. Hallazgos de acretismo placentario por resonancia magnética. Acta Med GA. 2026; 24 (2): 139-141. <https://dx.doi.org/10.35366/122618>

Resumen

Este artículo describe un caso clínico de placenta increta, destacando la utilidad de la resonancia magnética (RM) para la evaluación del espectro de placenta acreta (PAS). La RM aumenta la precisión diagnóstica en pacientes de alto riesgo; también evalúa la extensión y la topografía de la microinvasión.

Palabras clave: reporte caso, acretismo placentario, resonancia magnética, placenta.

Abstract

This article describes a clinical case of placenta increta, highlighting the usefulness of magnetic resonance imaging (MRI) for the evaluation of placenta accreta spectrum (PAS). MRI increases the accuracy of evaluation in high-risk patients by evaluating the extent and topography of microinvasion.

Keywords: case report, placenta accreta spectrum, magnetic resonance imaging, placenta.

INTRODUCCIÓN

El espectro de placenta acreta (PAS) es consecuencia de la implantación patológica de la placenta en el miometrio.¹ Su identificación prenatal permite un tratamiento óptimo.

La resonancia magnética (RM) está indicada cuando la evaluación ecográfica es inequívoca o en pacientes con factores de riesgo. La RM ayuda en la evaluación de la placenta posterior, permitiendo planificar el parto por cesárea y la histerectomía.^{2,3}

Un metaanálisis reciente demostró que un 52% de los casos de trastorno PAS se diagnostica con ecografía, frente al 73.5% con RM. Metaanálisis recientes muestran una sensibilidad de la RM del 94.4% y una especificidad del 98.8% en la predicción de la profundidad de la invasión placentaria.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 35 años, con 28 semanas de gestación. Antecedentes ginecoobstétricos: tres gestas, dos

* Médico residente de Alta Especialidad en Resonancia Magnética de Cuerpo Completo, Hospital Angeles Pedregal (HAP). Ciudad de México, México.

‡ Médico residente de Alta Especialidad en Resonancia Magnética del Sistema Musculoesquelético, HAP. Ciudad de México, México.

§ Médico radiólogo, especialista en Resonancia Magnética. Médico adscrito al Servicio de Resonancia Magnética, HAP. Ciudad de México, México.

¶ Médico radiólogo, especialista en Resonancia Magnética. Profesor titular de los cursos de Alta Especialidad de Resonancia Magnética de Cuerpo Completo y Sistema Musculoesquelético, HAP. Ciudad de México, México.

** 0000-0001-6793-0171

‡‡ 0000-0002-9697-2167

§§ 0009-0008-3014-0078

¶¶ 0009-0004-4033-0183

*** 0009-0005-3498-5594

Correspondencia:

Cynthia Nalleli González Ramírez
Correo electrónico: cynthia.nglez@gmail.com

Recibido: 07-11-2024. Aceptado: 11-12-2025.

www.medigraphic.com/actamedica

ORCID:

|| 0000-0002-9767-900X



abortos. Acude referida para estudio de RM, por sospecha de acretismo placentario.

Se realiza la RM, evidenciado placenta de localización lateral izquierda con borde inferior adyacente al cuello uterino, datos sugestivos de placenta previa marginal, así como heterogeneidad de la placenta, con zonas de pérdida de la interfase con el miometrio.

DISCUSIÓN

Los trastornos PAS varían en gravedad, desde la adhesión superficial de la placenta al miometrio hasta diversos grados de invasión miometrial.¹

En la placenta acreta, las vellosidades están adheridas al miometrio, sin invasión muscular. En la placenta increta,

las vellosidades invaden parcialmente el miometrio. En la placenta percreta, las vellosidades penetran todo el miometrio para afectar órganos adyacentes.²

La clasificación FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) se basa en los hallazgos quirúrgicos, dividiendo estos trastornos en tres grados:

Grado 1: placenta adherente.

Grado 2: placenta mioinvasiva, con serosa intacta.

Grado 3: afectación de la serosa o invasión de órganos pélvicos, como la vejiga (3b) o incluso otros órganos (3c).¹

Las características por imagen en RM son: bandas oscuras interplanetarias en T2, pérdida de la línea retroplacentaria, vascularización anormal del lecho placentario,

Tabla 1: Hallazgos por resonancia magnética en los trastornos del espectro de placenta acreta.

Placenta acreta	Placenta increta		Placenta percreta
Placenta	Interfase uteroplacentaria	Miometrio	Invasión extrauterina
1. Bandas hipodensas en T2 2. Heterogeneidad de la señal 3. Contornos grumosos y ángulos agudos 4. Desorganización vascular	Adelgazamiento o pérdida del área hipodensa retroplacentaria	Adelgazamiento del miometrio Disrupción focal del miometrio	Invasión a órganos adyacentes Masa exofítica focal

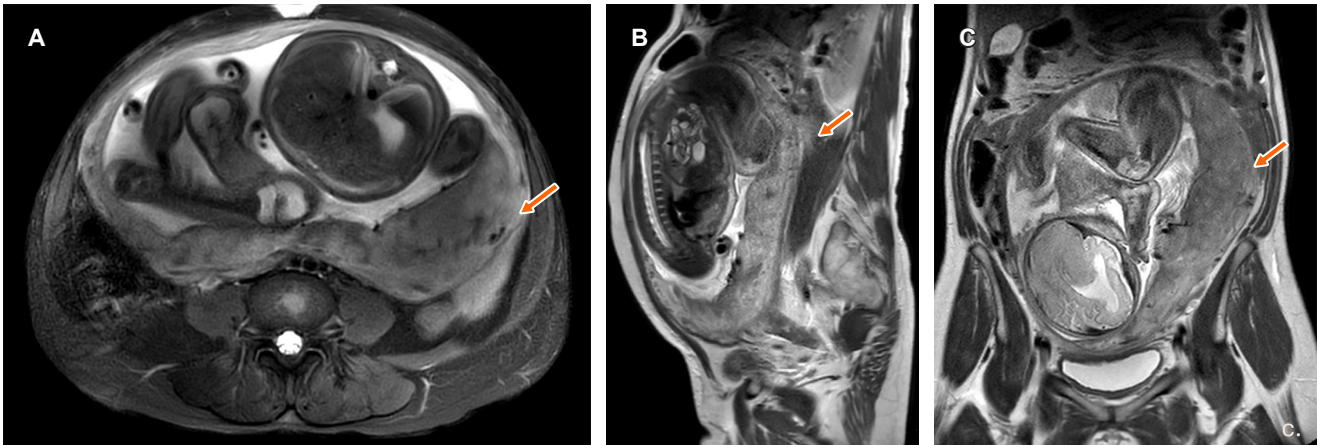
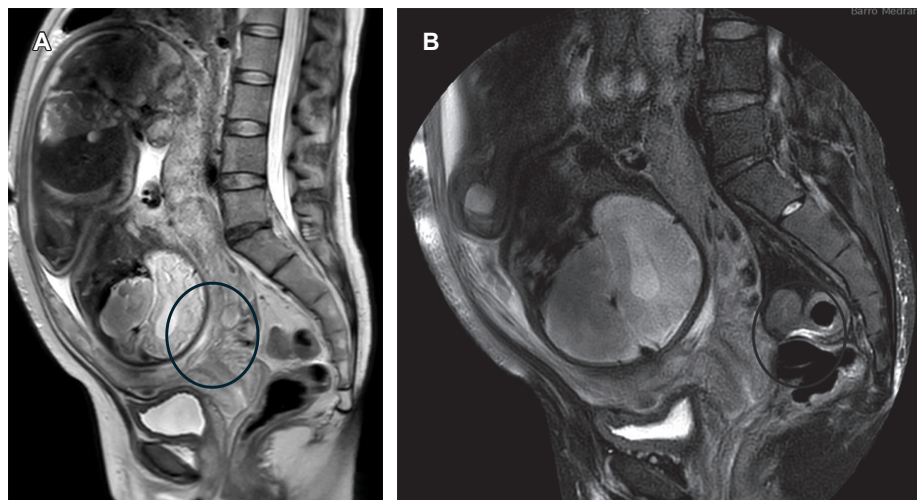


Figura 1: Imagen ponderada en T2 con saturación grasa plano axial (A) e imágenes ponderadas en T2 en plano sagital (B) y plano coronal (C), en donde se identifica placenta de bordes lobulados, heterogénea, con zonas lineales hipointensas en su interior, así como otras puntiformes de baja señal. Existen zonas de pérdida de la interfase con el miometrio, de predominio en su porción superior y lateral izquierdo (flecha).

Figura 2:

Imagen de resonancia magnética ponderada en T2 sagital (A) e imagen ponderada en T2 con saturación grasa. (B) Se observa la placenta localizada en el borde inferior ubicada a un lado de cuello uterino (círculo), sin llegar a contactar el orificio cervical interno.



abultamiento uterino-placentario, adelgazamiento del miometrio, masa exofítica focal e interrupción de la pared de la vejiga (Tabla 1),¹ dichos hallazgos se ejemplifican en las Figuras 1 y 2 en donde se identifica la placenta de bordes lobulados, heterogénea, con zonas lineales y otras puntiformes de baja señal en su interior. Coexisten zonas de pérdida de la interfase con el miometrio, así como localización de la placenta hacia el borde inferior del orificio del cervical interno.

CONCLUSIONES

Este reporte de caso resalta la utilidad de la RM para distinguir la profundidad de la invasión placentaria, en nuestro caso caracterizada como placenta increta. Este reporte resalta también la mayor sensibilidad y especificidad de la RM en comparación con el ultrasonido, lo que permite disminuir el riesgo quirúrgico y la morbilidad de las pacientes.

Es importante que los médicos tratantes conozcan este método de imagen. Se trata de un método seguro y que sirve como complemento en casos complicados.

Para evaluar los PAS, se recomienda el uso de resonadores de 1.5T o 3T, siendo el primero menos susceptible al movimiento fetal. Se sugiere un protocolo rápido de 15 minutos que incluya tres planos en T2 y una secuencia axial en T1, lo que permite realizar el procedimiento de manera eficiente y segura.

REFERENCIAS

1. Patel-Lippmann KK, Planz VB, Phillips CH, Ohlendorf JM, Zuckerwise LC, Moshiri M. Placenta accreta spectrum disorders: update and pictorial review of the SAR-ESUR joint consensus statement for MRI. *Radiographics*. 2023; 43 (5): e220090. doi: 10.1148/rq.220090.
2. 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): 214-221. doi: 10.2214/AJR.16.16281.
3. Koesmarsono B, Aryananda RA, Ariani G, Mardiyana L. Lifesaving diagnosis of placenta accreta spectrum using MRI: Report of five cases. *Radiol Case Rep*. 2022; 17 (5): 1803-1809. doi: 10.1016/j.radcr.2022.03.014.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx