



Acretismo focal placentario tratado con cirugía mínimamente invasiva

Focal placenta accreta treated with minimally invasive surgery

Lizbeth Alejandra Delgado Sánchez,* Sofia Aidee Rojas Prettel,‡ Mario Roberto Rodríguez Bosh§

Citar como: Delgado SLA, Rojas PSA, Rodríguez BMR. Acretismo focal placentario tratado con cirugía mínimamente invasiva. Acta Med GA. 2026; 24 (4): 454-456. <https://dx.doi.org/10.35366/123514>

Resumen

Los trastornos del espectro de acretismo placentario se caracterizan por la invasión anormal del trofoblasto hacia el miometrio, con incidencia creciente debido al aumento de cesáreas. En pacientes sintomáticas con acretismo focal y/o restos placentarios persistentes, la resección histeroscópica se propone como alternativa conservadora para evitar la histerectomía. Esta técnica, descrita por Goldberg en 1997 y reportada por Quan en 2002 en retención placentaria, permite resección dirigida del tejido bajo visión directa, confirmando la ausencia de plano de clivaje y disminuyendo complicaciones de procedimientos "a ciegas". Este método mínimamente invasivo ofrece una opción innovadora para preservar la fertilidad en casos seleccionados.

Palabras clave: placenta acreta, espectro de placenta acreta, hemorragia postparto, histeroscopia, procedimientos quirúrgicos histeroscópicos.

Abstract

Placenta accreta spectrum disorders are defined by abnormal trophoblastic invasion into the myometrium, with a rising incidence due to the increase in cesarean deliveries. In symptomatic patients with focal accreta and/or persistent placental tissue, hysteroscopic resection has been proposed as a conservative alternative to hysterectomy. First described by Goldberg in 1997 and later reported by Quan in 2002 for retained placental tissue, hysteroscopy allows targeted resection under direct visualization, confirming the absence of a cleavage plane and reducing risks associated with "blind" procedures. This minimally invasive approach offers an innovative fertility-preserving option in selected clinical scenarios.

Keywords: placenta accreta, placenta accreta spectrum, postpartum hemorrhage, hysteroscopy, hysteroscopic surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto tardía ocurre aproximadamente en el 1% de los partos vaginales, siendo la retención de restos placentarios su causa más frecuente. Dentro de estas etiologías se incluye el espectro de acretismo placentario, cuya incidencia se ha incrementado en relación con el número creciente de cesáreas.^{1,2} La histerectomía sigue

siendo el tratamiento estándar, sin embargo, en casos focales y en pacientes que buscan preservar la fertilidad, se han descrito alternativas conservadoras.²

Se presenta el caso de una paciente con hemorragia persistente secundaria a acretismo placentario focal posterior a cesárea, con resolución definitiva mediante resección histeroscópica, lo cual resalta la viabilidad de este abordaje mínimamente invasivo.

* Médico residente de tercer año. Hospital Angeles México (HAM). Ciudad de México, México. ORCID: 0000-0002-4486-6194

‡ Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. HAM. Ciudad de México, México. ORCID: 0009-0001-1786-7124

§ Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Subdirector de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología. Médico credencializado Grupo Angeles. Ciudad de México, México. ORCID: 0000-0002-7186-3853

Correspondencia:

Dra. Lizbeth Alejandra Delgado Sánchez
Correo electrónico: dra.delgado.femina@gmail.com

Recibido: 09-06-2025. Aceptado: 02-10-2025.

www.medigraphic.com/actamedica



PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 35 años, originaria de Ciudad de México, primigesta, con grupo sanguíneo A Rh positivo e índice de masa corporal de 24.3 kg/m². Durante su embarazo, cursó con incompetencia cervical que requirió cerclaje de emergencia a las 25 semanas y, posteriormente, se practicó cesárea a las 26 semanas por rotura prematura de membranas e infección intraamniótica. En ese contexto, se le realizó histerotomía debido a procúbito de cordón umbilical y sepsis materna por *E. coli*. La recién nacida falleció a los 30 días por complicaciones de la prematuridad y sepsis neonatal.

La paciente ingresó a nuestro hospital por presentar sangrado transvaginal persistente y moderado posterior a la histerotomía. Previamente había recibido aspiración manual endouterina y tratamiento farmacológico sin éxito. En la exploración física mostró signos vitales normales, dolor abdominal en hipogastrio y subinvolución uterina. Al tacto vaginal se evidenció cérvix posterior dehiscente con sangrado activo.

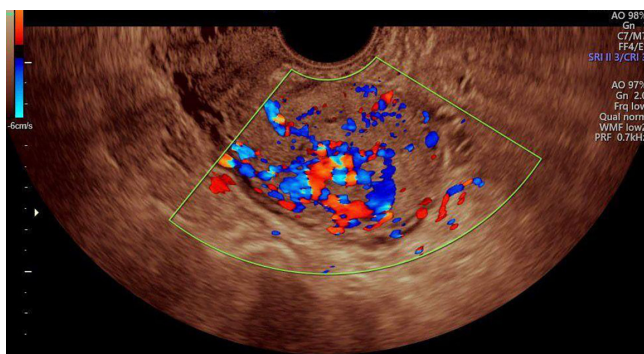


Figura 1: Ecografía endovaginal con lesión heterogénea en región corporal posterior del útero de aproximadamente 2.47 X 2.13 cm; 2 Ecografía Doppler alta vascularización en miometrio.

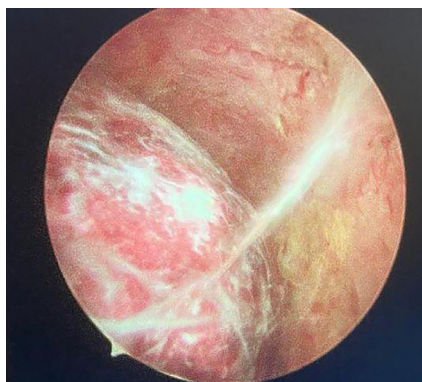


Figura 2: Tejido de consistencia blanda y hemorrágico bajo resección mediante histeroscopia.

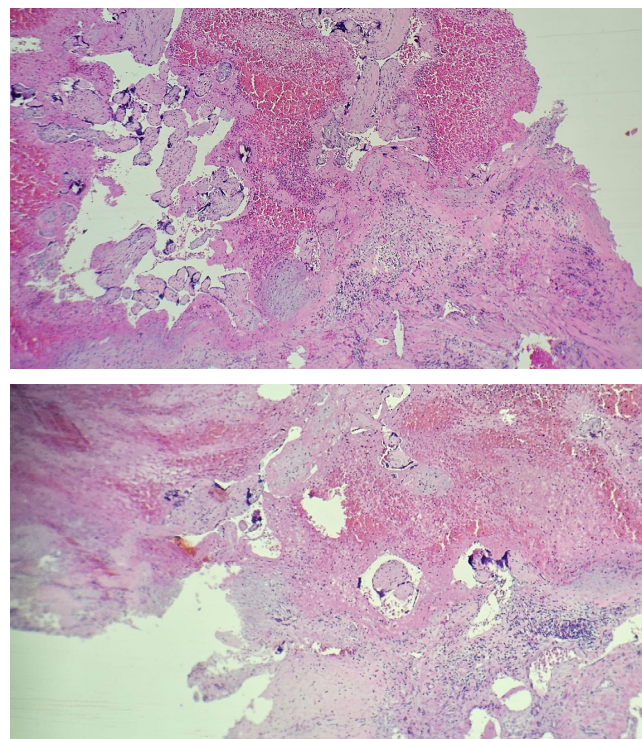


Figura 3: Vellosoidades coriales del segundo trimestre, fragmentos de decidua y escasas glándulas endometriales tortuosas e irregulares revestidas por epitelio cilíndrico dispuesto en tachuela con fenómeno de Arias-Stella.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se consideraron restos ovulares o placentarios retenidos, endometriosis, malformaciones arteriovenosas, coagulopatías y trombosis venosa uterina. El ultrasonido endovaginal y la resonancia magnética pélvica revelaron una lesión sólida heterogénea en la región posterior del cuerpo uterino, con protrusión hacia la cavidad y marcada vascularización, compatible con retención de productos de la concepción (clasificación de Gutenberg tipo 3) (Figuras 1 y 2).

Se decidió realizar histeroscopia quirúrgica, previa obtención de consentimiento informado. Bajo visión directa, se identificó tejido sospechoso de restos placentarios, compatible con acretismo focal. Con resectoscopio se resecaron múltiples fragmentos hemorrágicos e irregulares, logrando limpieza completa de la cavidad (Figura 3). El sangrado transoperatorio fue de 500 mL y la evolución clínica resultó favorable, con egreso hospitalario a los siete días bajo tratamiento antibiótico y uterotónico. Posteriormente, el estudio histopatológico confirmó diagnóstico de acretismo placentario.

En la actualidad, la paciente cursa con un embarazo en el segundo trimestre, lo que resalta la preservación de su fertilidad gracias al manejo conservador.

DISCUSIÓN

Aunque la cesárea-histerectomía ha sido el tratamiento estándar para la placenta acreta, no está indicada en pacientes estables que desean preservar la fertilidad. En el caso presentado, la retención placentaria persistente y refractaria al manejo médico se resolvió de manera definitiva mediante histeroscopia.³ La identificación ecográfica de una masa heterogénea en la cavidad endometrial constituye el hallazgo más sensible y específico (S = 78.4%, E = 95.5%).⁴ Además, la histeroscopia ofrece mejores resultados reproductivos frente al legrado uterino, con una tasa de embarazo del 78% frente al 67% ($p < 0.05$).^{5,6}

CONCLUSIONES

La histeroscopia quirúrgica representa una alternativa innovadora en el manejo del acretismo placentario al permitir el vaciamiento uterino completo bajo visión directa, con menor riesgo de complicaciones y preservación de la fertilidad. No obstante, la evidencia actual se limita a series pequeñas de casos, por lo que se requieren estudios adicionales que confirmen su seguridad y eficacia en este contexto.

Es importante destacar que este procedimiento no está exento de riesgos, incluyendo perforación uterina, hemorragia, infección, lesión de órganos adyacentes, complicaciones tromboembólicas y, en casos graves, incluso sepsis, necrosis uterina o muerte materna, como lo señala la ACOG en sus guías de consenso. Por ello, se recomienda

de manera explícita que la resección histeroscópica en pacientes con espectro de acretismo placentario se realice únicamente en centros con experiencia en endoscopia ginecológica y con equipos multidisciplinarios capacitados para la atención de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Sentilhes L, Kayem G, Chandraran 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): 291-298.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 7: Placenta accreta spectrum: Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol*. 2018; 132 (6): e259-e275.
3. Hequet D, Morel O, Soyer P, Gayat E, Malartic C, Barranger E. Delayed hysteroscopic resection of retained tissues and uterine conservation after conservative treatment for placenta accreta. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013; 53 (6): 580-583.
4. Sundararajan S, Roy S, Polanski LT. The accuracy of ultrasound scan in diagnosing retained products of conception: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2024; 230 (5): 512-531. e3. doi: 10.1016/j.ajog.2023.11.1243.
5. Mazzon I, Favilli A, Grasso M, Horvath S, Gerli S. Is the cold loop hysteroscopic technique a myometrial sparing treatment for placenta accreta residuals in a puerperal uterus? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016; 29 (10): 1613-1616.
6. Namazi G, Haber HR, Tavcar J, Clark NV. Minimally invasive management of retained products of conception and the adherent placenta. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2021; 33 (4): 311-316.

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