



Acretismo placentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas

Esperanza Bautista-Gómez,* Víctor Morales-García,** Jenny Hernández-Cuevas,*** Omar Calvo-Aguilar,**** Ana Luisa Flores-Romero¹

RESUMEN

El acretismo placentario es la segunda causa de hemorragia obstétrica en el mundo que casi siempre requiere histerectomía obstétrica de urgencia, lo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna. 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, disminuir el tiempo de la cirugía y la morbilidad asociada, sin modificar los resultados perinatales.

Palabras clave: acretismo placentario, hemorragia obstétrica, histerectomía obstétrica.

ABSTRACT

The placenta accreta is the second leading cause of obstetric hemorrhage, which often require the implementation of emergency obstetric hysterectomy increased morbidity and mortality. We present a surgical alternative to hysterectomy obstetric allowed us to reduce to zero until our rate of maternal deaths from obstetric hemorrhage. Improving surgical times, associated morbidity, without altering perinatal outcomes.

Key words: placenta accrete, obstetric hemorrhage, obstetric hysterectomy.

RÉSUMÉ

Le placenta est accreta la deuxième cause de l'hémorragie obstétricale dans le monde ont presque toujours besoin d'obstétrique d'urgence une hystérectomie, ce qui augmente la morbidité et la mortalité. Nous rapportons une alternative chirurgicale à l'hystérectomie obstétricale a réduit, pour autant, notre taux de zéro décès maternels dus hémorragie obstétricale, de diminuer le temps de la chirurgie et de la morbidité associée, sans altérer les résultats périnatales.

Mots-clés: placenta accreta, hémorragie obstétricale, l'hystérectomie obstétricale.

RESUMO

A placenta acreta é a segunda principal causa de hemorragia obstétrica no mundo quase sempre requerem emergência histerectomia obstétrica, o que aumenta a morbidade ea mortalidade. Relatamos uma alternativa cirúrgica para a histerectomia obstétrica reduziu, até agora, a nossa taxa de zero mortes maternas por hemorragia obstétrica, diminuir o tempo de cirurgia e morbidade associada, sem alterar os resultados perinatais.

Palavras-chave: placenta acreta, obstétrica hemorragia, histerectomia obstétrica.

* Uroginecóloga adscrita al servicio de Ginecología.

** Jefe del servicio de Ginecología.

*** Jefa de la división de Ginecología y Obstetricia.

**** Jefe del servicio de Obstetricia.

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

Oaxaca 68020 Oax. Correo electrónico: espejoba@hotmail.com

Recibido: enero 2012 Aceptado: enero 2012.

Este artículo debe citarse como: Bautista-Gómez E, Morales-García V, Hernández-Cuevas J, Calvo-Aguilar O, Flores-Romero AL. Acretismo placentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):79-83.

La mortalidad materna es un indicador de injusticia social, inequidad de género y pobreza; y una tragedia susceptible de evitarse. El estado de Oaxaca es uno de los de mayor tasa de muerte materna, con un promedio de 70 mujeres por cada 100,000 recién nacidos vivos por año, cifras por arriba de la media nacional y que comparte con los estados de Guerrero y Chiapas.^{1,2}

En el año 2009 se reportaron 63 muertes maternas en el estado que tuvieron como principales causas la hemorragia y la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, en 33% cada una. En este año (2011), hasta la semana epidemiológica número 30, se habían registrado 34 muertes maternas, 11 debidas a hemorragia obstétrica.³

El hospital donde se realizó el estudio se ubica en la capital del estado y es el principal sitio de referencia estatal, con 8,000 nacimientos, en promedio, al año. En el año 2009 se registraron 11 muertes maternas debidas, sobre todo, a hemorragia obstétrica (40% de los casos). Como consecuencia de este panorama se pusieron en marcha diversas estrategias dirigidas a disminuir la tasa de mortalidad.

Entre esas estrategias está una alternativa quirúrgica para los casos de acretismo placentario que, hasta el momento, ha dado excelentes resultados porque han disminuido el número de transfusiones, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos y 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), se localiza el ligamento redondo del lado derecho, se pinza, corta y liga. Enseguida se verifica la hemostasia y se realiza el mismo procedimiento en el otro lado. A continuación se localiza la salpinx, el ligamento útero-ovárico y parte del ligamento ancho derecho, que se pinza, corta y liga y se verifica la hemostasia. Después se realiza el mismo procedimiento contralateral. Se incide el peritoneo parietal anterior y posterior y se ligan ambas arterias uterinas. En este momento se realiza la cesárea tipo corporal (Figura 4), se extrae el feto, se pinza, liga y corta el cordón umbilical, sin traccionarlo; la placenta se deja *in situ* (Figuras 5 y 6). Se realiza histerorrafia en un solo plano (Figura 7) y, finalmente, se pinza, liga y cortan los



Figura 1. Incisión tipo Maylard amplia.



Figura 2. Útero exteriorizado.

ligamentos uterosacos y cardinales y se retira la pieza quirúrgica (Figuras 8 y 9).

Primer caso

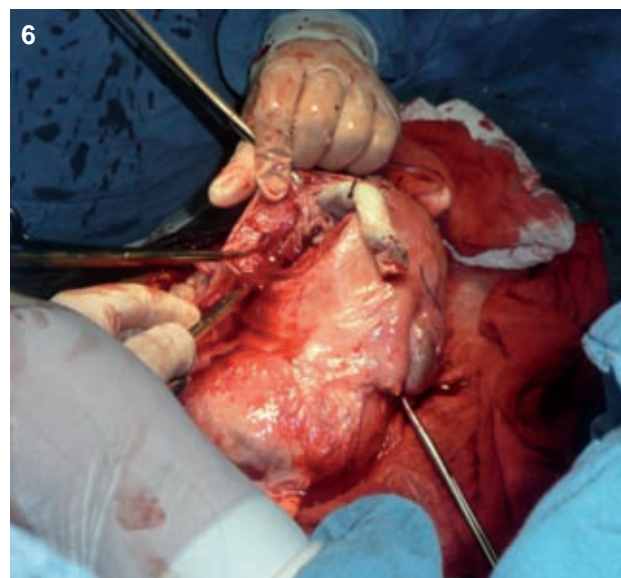
Paciente femenina de 23 años de edad, con antecedentes de tres embarazos y dos cesáreas, con diagnóstico de ingreso de placenta previa total; cursa con un embarazo de 38 semanas de acuerdo con la fecha de la última menstruación. Fue referida desde un hospital rural que se ubica distante aproximadamente 300 km. A su ingreso, la paciente se



Figura 3. Pinzamiento de anexos.



Figura 4. Incisión corporal.



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

encontró en buen estado general, con fondo uterino a 32 cm del borde superior de la sínfisis púbica, con feto único vivo. El tacto vaginal se difirió y no hubo evidencia de sangrado transvaginal. En el estudio de ultrasonido en escala de grises se encontró una fetometría para 38 semanas de gestación, con placenta previa total con componente anterior. En el segmento uterino se observaron lagos venosos e irregularidad en la interfase útero placentaria, por eso se sospechó el diagnóstico de acretismo placentario. La hemoglobina prequirúrgica fue de 12.9 mg/dL, el resto de los estudios de laboratorios se reportaron normales. Se acordó que al día siguiente de su ingreso se le realizaría cesárea y quizá histerectomía obstétrica. La institución cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por un pediatra, un ginecoobstetra y un uroginecólogo. También hay banco de sangre.

La cesárea-histerectomía se realizó con la técnica descrita.

Se obtuvo un recién nacido masculino, de 3,200 gramos, 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 fue dada de alta del hospital al tercer día después de la histerectomía, con hemoglobina de control de 11 g/dL. No requirió transfusión sanguínea (Figura 10).

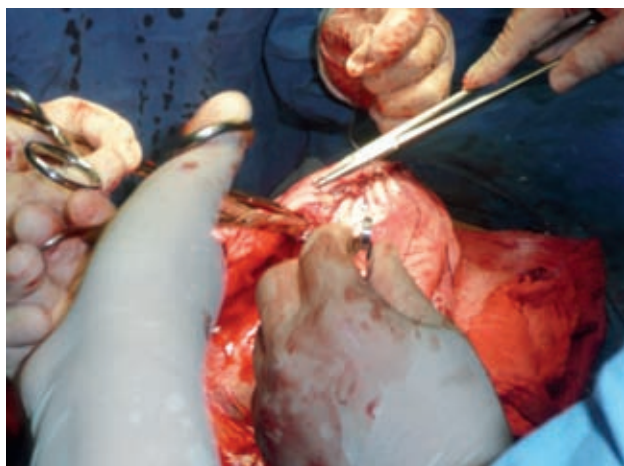


Figura 7. Histerorráfia en un plano.



Figura 8. Pinzamiento de uterosacos y cardinales.

Segundo caso

Paciente femenina de 24 años de edad, con antecedentes de dos embarazos y una cesárea. Fue enviada del módulo mater con diagnóstico de embarazo de 38.5 semanas, congruente con la información del ultrasonido, placenta previa total y probable acretismo placentario.

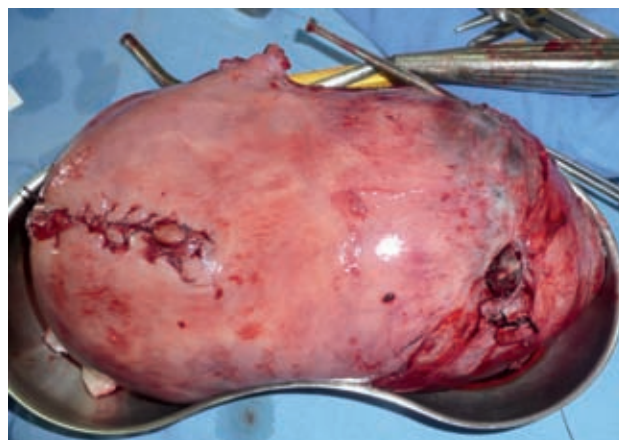


Figura 9. Pieza final con datos de incretismo.

La paciente refirió haber tenido tres episodios de sangrado transvaginal durante el embarazo, el último cinco semanas antes de presentarse en el hospital. En la exploración física el abdomen se encontró con fondo uterino a 33 cm del borde superior de la sínfisis púbica, con feto único vivo en el dorso pélvico izquierdo con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto. En el tacto vaginal diferido se observó escaso manchado en la toalla testigo. La hemoglobina prequirúrgica fue de 13.9 g/dL, el resto de los estudios de laboratorio se reportaron dentro de la normalidad. Se decidió efectuar cesárea y posiblemente histerectomía obstétrica

Al ingreso a la cavidad se observó pérdida de la continuidad uterina subserosa, con tejido placentario en el segmento; por eso se procedió a realizar la histerectomía obstétrica, con la técnica descrita. Se obtuvo una niña de 2,960 g, con apgar 9-9, Capurro de 38 semanas de gestación, sangrado de mil centímetros cúbicos y tiempo quirúrgico de 96 minutos. La paciente se dio de alta del hospital al cuarto día posterior a la histerectomía, sin complicaciones, con hemoglobina de control de 11.2 g/dL.

Hasta antes del envío de este manuscrito para publicación se había realizado el mismo abordaje en cuatro pacientes, con resultados similares.

DISCUSIÓN

La mortalidad materna en la República Mexicana aún está lejos de alcanzar las metas del milenio. Una de las principales causas 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% de los casos.⁴ La incidencia de acretismo placentario va en aumento debido al incremento en el número de cesáreas; se ha estimado que puede ir de 1 por cada 540 a 1 por cada 70,000 nacimientos. La mortalidad materna asociada con el acretismo placentario es de entre 7 y 11% de los casos.^{5,8} La histerectomía obstétrica de urgencia, realizada en casos de hemorragia obstétrica grave, se relaciona con una significativa morbilidad: politransfusión, admisión a la unidad de cuidados intensivos, choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, daño a órganos vecinos, fiebre, infección de la herida quirúrgica y mortalidad materna.^{4,7}

Oaxaca es uno de los estados de la República con las mayores tasas de muerte materna pero que se ha preocupado por buscar nuevas estrategias para su disminución. En el año 2010 la principal causa de muerte materna estatal e institucional fue por hemorragia obstétrica.³

Por estos motivos, en nuestra institución, que es el hospital de referencia del estado, se buscan nuevas alternativas que mejoren la atención a las pacientes con acretismo placentario. Del 26 de diciembre de 2008 al 25 de diciembre de 2009 se atendieron 35 casos de placenta previa, de los que cinco tuvieron acretismo placentario. De las pacientes con acretismo placentario dos fallecieron a consecuencia de la hemorragia obstétrica, posterior a la histerectomía, con sangrado aproximado de seis litros en ambas. Una paciente requirió empaquetamiento, ligadura de las arterias hipogástricas y uso de factor VII recombinante, falleció a las 72 horas de la intervención quirúrgica, otra paciente falleció a las 2 horas 50 minutos, por hemorragia masiva.

En el año 2010, con esta nueva técnica implantada a partir del mes de marzo, hasta la semana epidemiológi-

ca número 30 se registraron en nuestro hospital cuatro muertes maternas, ninguna por hemorragia obstétrica, a diferencia de otros periodos de estudio.

Los autores de este estudio consideramos que esta técnica es una alternativa quirúrgica segura para la paciente, para el neonato y que, definitivamente, disminuye la tasa de morbilidad y mortalidad materna.

CONCLUSIONES

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social; debemos continuar trabajando en estrategias que den resultados para disminuir su incidencia. Entre estas estrategias para disminuir la mortalidad materna, la técnica quirúrgica descrita, hasta el momento, 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. Secretaría de Salud de Oaxaca. Vigilancia epidemiológica. Agosto 2010.
3. Steven L, Sze-ya Y, Jeffrey P, et al. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1994;64:376-380.
4. Briseño PC, Alaña F, Briceño SL, y col. Placenta percreta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2002;62:273-277.
5. 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.
6. Whiteman MK, Kuklina E, Hillis SD, et al. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2006;108:1486-1492.
7. Sharma A, Farah R, Aziz AI. Caesarean and postpartum hysterectomy. *J Obst Gynaecol* 2005;25:455-457.