

Acretismo placentario, una de las repercusiones de la obstetricia moderna

Ernesto Castelazo-Morales,¹ Diana Elena Monzalbo-Núñez,² Miguel de Jesús López-Rioja,³ Santiago Castelazo-Alatorre³

RESUMEN

La evolución de la obstetricia ha llevado a descubrimientos benéficos y a nuevas enfermedades. El aumento en la tasa de cesáreas se debe a su posibilidad de ser electiva y por petición materna, en gran auge últimamente. Sin afán de estigmatizarlas debemos tomar en cuenta sus ventajas y sus complicaciones, enfrentándonos a padecimientos que antes eran infrecuentes, como el acretismo placentario y la anomalía de la inserción placentaria, que en la actualidad es la segunda causa de hemorragia obstétrica en el mundo. Para contrarrestar las potenciales complicaciones es importante contar con un equipo multidisciplinario que permita reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, partiendo de la prevención primaria, capaz de identificar factores de riesgo y establecer el diagnóstico temprano. En la actualidad, los estudios de imagen han descrito marcadores sugerentes de acretismo tan temprano como las 8.4 a 14.2 semanas, lo que permite el tiempo suficiente para la toma de precauciones y decisiones. La mayor parte de las veces se requiere la histerectomía obstétrica como tratamiento definitivo, que suele ser un desafío a las habilidades de los médicos. Sin embargo, el tratamiento conservador, con evidencia limitada, con uterotónicos y la embolización de arterias uterinas han demostrado buenos resultados. Al comparar los riesgos y beneficios de la cesárea electiva o por petición materna, quedará claro porqué se ha llegado a la conclusión de que en ausencia de indicaciones maternas o fetales, el parto es la vía de terminación del embarazo más segura.

Palabras claves: obstetricia moderna, acretismo placentario, anomalía de la inserción placentaria

ABSTRACT

The evolution of obstetrics has led us to beneficial discoveries, and to new pathologies. The increase of cesarean section is due to elective cesarean section and cesarean section on maternal request, which have increased in popularity over the last past few years. Without condemning them, we have to take into account the benefits, as well as the complications that may arise from them, leading us to pathologies that were

not frequent before, such as placental acretism, which today, is the second cause of obstetric hemorrhage worldwide. For us to be able to counteract the potential complications, it is important to have a multidisciplinary team that allows us to decrease maternal and neonatal death, starting with primary prevention, capable of identifying risk factors, so as to be able to make an early diagnosis. Today, imaging studies have described suggestive markers of acretism at early gestational age, such as 8.4 to 14.2 weeks, allowing us a wide range of time for decision making. In the majority of cases, it is required to perform an obstetrical hysterectomy as a definitive treatment, which is a real challenge for medical skills. Nevertheless, conservative treatment with limited evidence, with uterotónics, and uterine artery embolization, has proved useful. When set on a scale, the risks and benefits of an elective, or maternal request cesarean section, we can understand why we have concluded that, in absence of maternal or fetal indications, natural delivery is the best way to resolve pregnancy.

Key words: modern obstetrics, placental acretism, anomalies in placental insertion

RÉSUMÉ

L'évolution de la sage-femme a eu des découvertes bénéfiques et les nouvelles conditions. L'augmentation du taux de césarienne est due à une césarienne sur demande maternelle, ils ont acquis une grande flèche ces derniers temps. Aucun désir de stigmatiser doit tenir compte de ses avantages et de ses complications, face à des conditions qui étaient rares, comme le placenta accreta et les anomalies d'insertion placentaire, qui est actuellement la deuxième cause de l'hémorragie obstétricale dans le monde. Pour contrer les complications potentielles est important d'avoir une équipe multidisciplinaire qui permettrait de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale, basée sur la prévention primaire, en mesure d'identifier les facteurs de risque et d'établir un diagnostic précoce. À l'heure actuelle, les études d'imagerie ont décris marqueurs évocateurs d'accrèta dès 8,4 à 14,2 semaines, les laissant suffisamment de temps pour prendre des précautions et des décisions. La plupart du temps, il exige une hystérectomie obstétricale comme un traitement

définitif, qui est souvent un défi pour les compétences médicales. Toutefois, un traitement conservateur avec des preuves limitées, utérotonique, et l'embolisation de l'artère utérine ont montré de bons résultats. Lorsque l'on compare les risques et les avantages de césarienne ou de la demande de la mère, il est clair pourquoi il a été conclu qu'en l'absence d'indications maternelles ou fœtales, l'accouchement est la voie de l'interruption de grossesse sûre.

Mots-clés: L'obstétrique moderne, placenta accreta, anomalie d'insertion placentaire

RESUMO

A evolução da obstetrícia tem sido descobertas benéficas e novas condições. O aumento da taxa de cesarianas é devido a cesárea eletiva por solicitação materna, que adquiriram grande boom recentemente. Nenhum desejo de estigmatizar deve levar em conta as suas vantagens e as suas complicações, as condições que eram raros enfrentando, como placenta accreta e placentário anomalia de inserção,

que atualmente é a segunda principal causa de hemorragia obstétrica no mundo. Para combater as potenciais complicações é importante ter uma equipe multidisciplinar que iria reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal, com base em prevenção primária, capaz de identificar fatores de risco e estabelecer o diagnóstico precoce. No momento, estudos de imagem têm descrito marcadores sugestivos de accreta tão cedo quanto 8,4-14,2 semanas permitindo tempo suficiente para tomar precauções e decisões. A maior parte do tempo que exige histerectomia obstétrica como tratamento definitivo, o qual é muitas vezes um desafio para os conhecimentos médicos. No entanto, o tratamento conservador com evidência limitada, uterotônico e embolização de artéria uterina têm mostrado bons resultados. Ao comparar os riscos e benefícios da cesárea eletiva ou pedido da mãe, ficará claro por que ele foi concluído que, na ausência de indicações maternas ou fetais, parto é a maneira mais segura de rescisão gravidez.

Palavras-chave: obstetrícia moderna, placenta accreta, placenta anomalia de inserção

A lo largo de la historia hemos ido evolucionando pero, al igual que la humanidad, la evolución de la Obstetricia nos llevó a descubrimientos benéficos y a la aparición de nuevas enfermedades; en la actualidad nos enfrentamos con mayor frecuencia a padecimientos que en otros tiempos eran infrecuentes.

El incremento de la tasa de cesáreas se debe a su posibilidad de ser electiva y por petición materna, circunstancias

que han adquirido gran auge en los últimos años, con la creencia-mito de que es “mejor” para la madre (¿comodidad?) y para el neonato.

En la cesárea por petición materna no existen indicaciones fetales o maternas, sólo la elección de la madre. Sin afán de estigmatizarla, debemos tomar en cuenta los potenciales beneficios al realizarla:

1. Disminución del riesgo de hemorragia obstétrica y, por consiguiente, menor necesidad de transfusión.
2. Menores complicaciones quirúrgicas.
3. Menor riesgo de incontinencia urinaria durante el primer año después del parto.

Estos potenciales beneficios a corto plazo derivan de la cesárea de “urgencia” y no de la programada. Es importante señalar los posibles riesgos potenciales:

1. Mayor tiempo de estancia intrahospitalaria y, por consiguiente, incremento de los costos.
2. Incremento del riesgo de problemas respiratorios para el neonato.
3. Incremento del riesgo de complicaciones en el siguiente embarazo (ruptura uterina y alteraciones en la inserción placentaria).¹

Incidencia y factores de riesgo

El incremento de las cesáreas implica, también, el de potenciales complicaciones, como las anomalías de la

¹ Médico adscrito y profesor adjunto al curso de especialización en Ginecología y Obstetricia.

² Profesor asociado al curso de especialización en Ginecología y Obstetricia.

³ Residente de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Correspondencia: Dr. Ernesto Castelazo Morales
Hospital Ángeles Lomas
Vialidad de la Barranca 22
52763 Huixquilucan, Estado de México

Recibido: 1 de julio 2013
Aceptado: 25 de julio 2013

Este artículo debe citarse como: Castelazo-Morales E, Monzalbo-Núñez DE, López-Rioja MJ, Castelazo-Alatorre S. Acretismo placentario, una de las repercusiones de la obstetricia moderna. Ginecol Obstet Mex 2013;81:525-529.

www.femecog.org.mx

inserción placentaria (acretismo placentario), cuya incidencia ha aumentado en los últimos 40 años. Colocar en una balanza los riesgos y beneficios de la cesárea electiva permite entender por qué se ha llegado a la conclusión de que en ausencia de indicaciones maternas o fetales, el parto es la vía de terminación del embarazo más segura.

Pero ¿qué puede hacerse ante este problema? Lo primero es la prevención primaria dirigida a disminuir el riesgo de acretismo placentario mediante la identificación de los principales factores de riesgo:

- a) Edad materna mayor de 35 años
- b) Multiparidad
- c) Cualquier condición que resulte en daño al tejido miometrial: miomectomía, legrado, miomas submucosos, ablación endometrial y embolización de arterias uterinas
- d) Enfermedad hipertensiva
- e) Tabaquismo
- f) Cesárea previa y placenta previa^{3,4,5}

Diagnóstico

Para hacer frente a este nuevo problema es decisivo que el diagnóstico se establezca tempranamente con la participación de un equipo multidisciplinario que permita reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

En la actualidad, el diagnóstico se limita a la aplicación de métodos como el ultrasonido y la resonancia magnética, aunque el diagnóstico definitivo de acretismo placentario se establezca por medio de histopatología.

Ultrasonido

Ante la sospecha de acretismo placentario puede recurrirse a los marcadores ultrasonográficos tempranos, a partir de las 8.4 a 14.2 semanas de gestación. El ultrasonido transvaginal ofrece un amplio espectro de tiempo para tomar las medidas necesarias:⁶

1. Zonas anecoicas intraplacentarias: los datos sugerentes de acretismo placentario incluyen una zona de "lagunas" irregular, intraplacentaria (espacios vasculares).
2. Pérdida de la interfase placenta-miometrio.
3. Implantación baja del saco gestacional.

Sin embargo, por tradición, el diagnóstico se basa en el ultrasonido del segundo y tercer trimestres:

1. Múltiples "lagunas" intraplacentarias: dentro de la placenta entre las 15-20 semanas han de-

mostrado ser el signo de mayor valor predictivo. Estas lagunas dan la apariencia de "queso suizo" o "sacabocado".

2. Una interfase irregular o ausente útero-vejiga: resultado del incremento de la vascularidad de la interfase entre estas dos estructuras.
3. Miometrio anormalmente delgado en el sitio de placentación.
4. Datos sugerentes de placenta previa.^{7,8,9}

Con fundamento en el estudio anterior hoy es posible tener más tempranamente la sospecha diagnóstica. Incluso, al realizar el ultrasonido sólo con la escala de grises es suficiente para el diagnóstico. El Doppler color o las imágenes en 3-D no aumentan significativamente la sensibilidad del diagnóstico, pero sí incrementan considerablemente el costo del estudio.⁴

Imagen por resonancia magnética

Este estudio es más costoso y, en comparación con el ultrasonido, requiere mayor experiencia. Sin embargo, cuando los hallazgos por ultrasonido son dudosos o el acretismo se sospecha en una placenta con localización posterior, el ultrasonido puede ser insuficiente.⁹

La bibliografía ha demostrado que la resonancia magnética fue capaz de determinar la invasión de la placenta, incluso la invasión parametrial y ureteral, y no se ha recomendado el uso de medio de contraste (gadolino) al realizarla, debido a su paso a través de la placenta y potencial daño al feto.¹⁰

Tratamiento

Ahora que se dispone de estas ventajas para el diagnóstico prenatal de las anomalías de la inserción placentaria, que son una de las más graves, no deben dejarse de utilizar para tratarlas. A lo largo de la evolución de la Obstetricia, a pesar del mejoramiento de los recursos para el diagnóstico y tratamiento de múltiples afecciones, la indicación más frecuente para la histerectomía periparto es la atonía uterina; sin embargo, la bibliografía más reciente sugiere que ya no lo es, y las alteraciones en la placentación se han convertido en la causa más común para efectuar esta cirugía.

Pero, ¿cómo llevar el control prenatal en una paciente en quien ya se estableció el diagnóstico de acretismo placentario?

- 1) La paciente deberá recibir complementos de ácido fólico y hierro para conservar las concentraciones

de hemoglobina en parámetros normales; algunas veces podrá requerirse eritropoyetina.

- 2) Realizar ultrasonidos seriados para vigilar el crecimiento fetal (asociación con restricción del crecimiento intrauterino).
- 3) Considerar la donación de sangre autóloga
- 4) Terminar el embarazo en un hospital con infraestructura de Medicina-materno fetal, cirugía general, urología, cirugía vascular, radiología intervencionista, banco de sangre y neonatólogos.

La controversia es cuándo terminar el embarazo:

- a) A las 34 semanas
- b) Con una longitud cervical menor de 30 mm

El tratamiento universalmente aceptado es la cesárea-histerectomía que, de preferencia, debe programarse con un enfoque multidisciplinario que incluya a médicos de los servicios de uroginecología u oncoginecología, a un cirujano general o vascular con conocimiento pélvico.

Deben tomarse en cuenta algunos aspectos, como la paridad satisfecha y el acretismo focal que se descubre en el momento de la cirugía: no intentar quitar la placenta, cierre de histerorrafia con placenta *in situ* y posteriormente vigilancia.¹¹

El tratamiento conservador con uterotónicos y la embolización de las arterias uterinas ha mostrado tener éxito. Sin embargo, no hay evidencia de que el metotrexato sea útil,¹² sólo existen algunos reportes de casos.

La vigilancia postquirúrgica debe ser estrecha, con ultrasonidos seriados para monitorear la involución uterina y el sangrado.

Cuadro 1. Embarazos complicados por acretismo placentario

1970's	1: 4027 embarazos
1980's	1: 2510 embarazos
1982-2002	1:533 embarazos ²

Cuadro 2. Acretismo y placenta previa según el número de cesáreas previas

Cesárea previas	Riesgo de acretismo
Ninguna	1%
1 cesárea previa	3%
2 cesáreas previas	11%
3 cesáreas previas	40%
4 cesáreas previas	61%
5 cesáreas previas	67%

CONCLUSIONES

La hemorragia obstétrica es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo, junto con el acretismo placentario y la anomalía de la inserción placentaria. Hoy día es menester hacer frente a estos problemas derivados del aumento en la tasa de cesáreas electivas y por petición materna. La prevención primaria y la intervención oportuna multidisciplinaria son recursos para reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. El tratamiento universalmente aceptado es la cesárea-histerectomía, que idealmente debería ser programada y con un enfoque de atención multidisciplinaria de un uroginecólogo, un oncólogo y un cirujano general o vascular con conocimiento pélvico. Al evaluar los riesgos y beneficios de la cesárea electiva se entenderá porqué se ha llegado a la conclusión de que en ausencia de indicaciones maternas o fetales, el parto es la vía de terminación del embarazo más segura.

REFERENCIAS

1. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 559: Cesarean Delivery on Maternal Request. Obstet Gynecol 2013;121:904-907.
2. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006;107:1226-1232.
3. Wei SQ, Audibert F, Luo ZC, et al. Maternal plasma 25-hydroxyvitamin D levels, angiogenic factors, and preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2013;208:390.e1-6.
4. Lal AK, Nyholm J, Wax J, et al. Resolution of Complete Placenta Previa: Does Prior Cesarean Delivery Matter? J Ultrasound Med 2012;31:577-580.
5. Hull AD, Moore TR. Multiple repeat cesareans and the threat of placenta accreta: incidence, diagnosis and management. Clin Perinatol 2011;38:285-296.
6. Ballas J, Pretorius D, Hull A, et al. Identifying Sonographic Markers for Placenta Accreta in the First Trimester. J Ultrasound Med 2012;31:1835-1841.
7. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. Obstet Gynecol 2012;120:207-211.
8. Al-Serehi A, Mhoyan A, Brown M, et al. Placenta Accreta: an Association with Fibroids and Asherman Syndrome. J Ultrasound Med 2008;27:1623-1628.
9. Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, et al. Prenatal diagnosis of placenta accreta: sonography or magnetic resonance imaging? J Ultrasound Med 2008;27:1275-1281.

10. Lax A, Prince MR, Mennitt KW, et al. Magn Reson Imaging 2007;25: 87:93.
11. Pacheco LD, Gei AF. Controversies in the management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2011;38:313-322.
12. Sertilhes L, Ambroselli C, Kayem G, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2010;115:526-34.

