



Modificación de la histerectomía obstétrica en acretismo placentario

RESUMEN

El acretismo es una placentación anormal en la que las vellosidades coriales invaden el miometrio en el sitio de implantación; esto representa un riesgo de hemorragia obstétrica masiva con posibles alteraciones de la coagulación, daño a otros órganos e incluso la muerte. El acretismo es un reto para el obstetra, sobre todo para el diagnóstico correcto y oportuno que permita la terminación del embarazo con la utilización de técnicas quirúrgicas adecuadas y la participación de un equipo multidisciplinario ante las posibles complicaciones.

Enseguida se describe una técnica quirúrgica modificada para pacientes con diagnóstico de acretismo placentario, utilizada desde hace un año en el Hospital General de Occidente en Jalisco, México. Se comunican dos casos clínicos de pacientes intervenidas con esta técnica con la que se ha conseguido una disminución importante del sangrado, sin estancia en terapia intensiva y sin complicaciones para la madre y su hijo. En el último año no se ha registrado en el hospital muerte materna alguna por esta causa. El Hospital General de Occidente es un centro de referencia para todo el estado y los Servicios de Salud de Jalisco. La modificación a la técnica obliga a considerar los riesgos-beneficios a corto, mediano y largo plazo para la institución, la madre y su hijo, con buenas prácticas que se reflejan en disminución permanente de las muertes maternas por esta causa.

Palabras clave: acretismo placentario, mortalidad materna, hemorragia.

Roberto Carlos Ortiz-Villalobos
Israel Alejandro González-Gómez
Edith Esmeralda Luna- Covarrubias
Alberto Bañuelos-Franco
Raymundo Felipe Serrano-Enríquez

Servicio de Obstetricia, Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco, México.

Modification of the obstetric hysterectomy in placental accretism

ABSTRACT

Acretismo is a condition of abnormal placentation, In which the villi invade the myometrium at the implantation site, Representing a risk of massive obstetric hemorrhage with possible alterations of the coagulation, besides to the damage to other organs, Moving forward even to his death, so it is a challenge for the obstetric services, to make a correct diagnosis and in a timely manner, along with the programming of the interruption of pregnancy, as well as the utilization of proper surgical techniques and the involvement of a multidisciplinary team to the possible complications.

The following describes a surgical technique modified for patients with a diagnosis of acretismo placentario, used in the Hospital General de

Recibido: 22 de julio 2013

Aprobado: 12 de septiembre 2013

Correspondencia

Dr. Roberto Carlos Ortiz Villalobos
Avenida Historiadores 3980-46
44860 Guadalajara, Jalisco
robertgine08@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Carlos Ortiz-Villalobos R, González-Gómez IA, Luna-Covarrubias EE, Bañuelos-Franco A, Serrano-Enríquez RF. Modificación de la histerectomía obstétrica en acretismo placentario, Ginecol Obstet Mex 2014;82:194-202.



Occidente in Jalisco, Mexico from 1 year ago, presenting two clinical cases of patients who underwent surgery with this technique, considering it necessary to present up to the moment a significant decrease in the amount of bleeding, zero days stay of patients in intensive care, any complications in the mother as well as in the product, and more importantly, it has remained at the hospital with no maternal death by this pathology in the last year, considering the nature of being a referral hospital for the whole entity by the Servicios de Salud Jalisco. It is necessary to consider the risks/benefits in the short, medium and long term for the institution, the mother and the product, allowing present good practices that will impinge on the permanent reduction of the maternal death by this pathology.

Key words: Acretismo Placentario, maternal mortality, hemorrhage

ANTECEDENTES

Una de las principales causas de muerte materna en el mundo es la hemorragia obstétrica secundaria a la atonía uterina en 53% de los casos y por acretismo placentario en 39%. Como consecuencia del incremento en la tasa de cesáreas, la incidencia de placenta acreta ha aumentado, algunos investigadores la refieren en 1/2,500 partos en los últimos años, frente a 1/7,000 en el decenio de 1970.^{1,2,3}

El acretismo placentario es una placentación anormal, en la que las vellosidades coriales invaden el miometrio en el sitio de implantación.⁴ Según la profundidad de la invasión se clasifica en tres tipos: a) acreta, cuando las vellosidades coriales están directamente adheridas al miometrio (78-80%), b) increta cuando las vellosidades coriales invaden el miometrio (15-18%) y c) percreta cuando las vellosidades coriales penetran completamente el miometrio y atraviesan la serosa y, en ocasiones, la traspasan e invaden órganos y tejidos vecinos (5-7%).^{5,6}

La placenta acreta es una de las urgencias obstétricas más temidas en los servicios de Obstetricia por su alta morbilidad y mortali-

dad materno-fetal. A pesar de la información existente al respecto puede tomar por sorpresa al personal médico de salud, y generar graves complicaciones: hemorragia masiva durante la atención del parto y posterior a éste y lesiones a órganos vecinos como: vejiga, intestinos y uréteres. La poca o nula capacidad del personal de salud para hacer frente a esta situación es un factor determinante para terminar en una muerte materna. Por esto se requiere la conformación de un equipo multidisciplinario y debidamente capacitado para ofrecer atención de calidad y oportuna a pacientes con este diagnóstico.^{6,7}

Para el caso de México, en los últimos años la inserción placentaria anormal ha cobrado gran relevancia en el ejercicio de la Salud Pública porque es una de las causas principales de hemorragia obstétrica. Por primera vez en 20 años, en el año 2010 la hemorragia obstétrica superó a los trastornos hipertensivos del embarazo, alcanzó el primer lugar como causa de mortalidad para este país, convirtiéndose en un reto para el Sector Salud la implementación de estrategias que hagan frente a este problema.⁸

La reducción de la morbilidad, pérdida hemática, daños a otros órganos y la muerte materna

o perinatal será posible a partir de diferentes estrategias, entre ellas la técnica quirúrgica de intervención, razón por la que el Hospital General de Occidente, ante el aumento de la prevalencia de acretismo placentario en los últimos años y el ser hospital de referencia para unidades de primer y segundo nivel en los Servicios de Salud de Jalisco, implementó una técnica quirúrgica modificada con el sustento científico que esto requiere, acción que ha permitido mantener hasta este momento al hospital sin una muerte materna o fetal secundaria a esta afección.⁹

La técnica modificada para casos de acretismo placentario que enseguida se describe se ha aplicado desde mayo de 2012 y se han logrado disminuir: la cantidad de sagrado, las transfusiones, los días estancia en terapia intensiva y las complicaciones durante y posterior al acto quirúrgico.

Descripción de la técnica quirúrgica

Con anestesia y bloqueo peridural se realizan la técnica de asepsia y antisepsia, colocación de sonda Foley y campos estériles. Se realiza una incisión media supra e infraumbilical (Figura 1). Se diseca la pared por planos hasta el abordaje a la cavidad abdominal, se verifica la evidencia macroscópica de infiltración placentaria al miometrio “cabeza de medusa” (Figura 2).

Enseguida se realiza la ampliación de la incisión a supraumbilical mediante la exteriorización del útero (Figura 3). Se diseca el peritoneo uterino y el ligamento redondo se pinza, corta y liga. Se verifica la hemostasia (Figura 4). Enseguida se realiza el mismo procedimiento contralateral. Posteriormente se efectúa la disección fina del ligamento útero-ovárico de forma bilateral. Una vez “esqueletizado” se efectúan el corte y la ligadura de ambos ligamentos útero-ováricos (Figuras 5 y 6).



Figura 1. Incisión media infraumbilical.



Figura 2. Evidencia de la infiltración placentaria (cabeza de medusa).

La disección del ligamento ancho se realiza con punta fina de lápiz de 15 voltios, se “esqueletiza” la arteria uterina, se pinza, liga y corta de forma unilateral. Se verifica la hemostasia en el sitio contralateral. Sólo se utiliza la pinza quirúrgica de Satinsky, incluso con el feto in útero (Figuras 7 y 8).

Enseguida se realiza la histerotomía clásica (Figura 9). Se extrae el feto y en ese momento se



Figura 3. Exteriorización del útero y extensión de la incisión a supraumbilical.

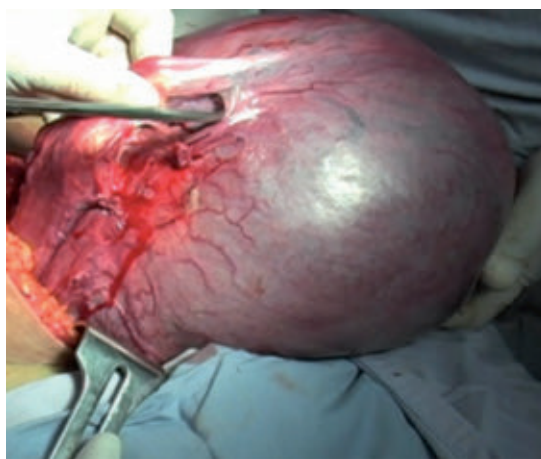


Figura 5. Disección del ligamento útero-ovárico con feto.



Figura 4. Disección, ligadura y corte del ligamento redondo con el feto in útero.

toma una muestra para gasometría (Figura 10): se pinza, liga y corta el cordón umbilical, sin traccionarlo. Se deja la placenta in útero, se toman los bordes de la histerotomía con pinza de piel y campo para afrontamiento de ambos bordes, posteriormente se realiza el corte y la ligadura de la arteria uterina contralateral.

Posteriormente se efectúa la infiltración del lecho placentario con 20 unidades de vasopresina (Fi-

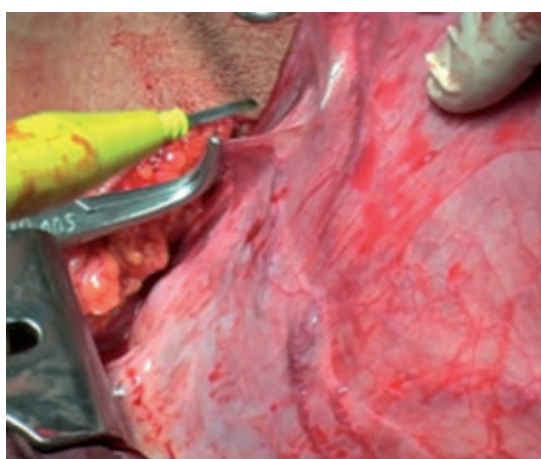


Figura 6. Corte del ligamento útero-ovárico con feto in útero.

gura 11), se diseca el peritoneo vesico-uterino con pinza de Zweet y con un lápiz de punta fina a 15 voltios (Figura 12).

Una vez desplazado el peritoneo vesical en forma bilateral se realiza el corte y la ligadura de los ligamentos cardinales útero-sacros (Figura 13 y 14).

Por último se lleva a cabo la disección y extracción total del útero (Figura 15 y 16),



Figura 7. Disección del ligamento ancho con punta de electrodo a 15 voltios.



Figura 8. Pinzamiento bilateral y corte de la arteria uterina con feto in útero.

se finaliza con el cierre de la cúpula vaginal con surgete continuo anclado, se verifican los muñones, se colocan las vías de drenaje con la finalidad de verificar el posible sangrado, luego se hace el cierre de la pared por planos quirúrgicos.



Figura 9. Histerotomía clásica y extracción del feto.

Caso 1

Paciente de 31 años, con antecedentes de dos embarazos y una cesárea. Ingresó al hospital con diagnóstico de placenta previa oclusiva total y embarazo de 33 semanas por ecsonograma.

La paciente llegó referida de un hospital de primer contacto de la zona rural, con antecedente de infecciones recurrentes de vías urinarias multitradas, a las 22 semanas de gestación se le diagnosticó placenta previa, sin episodios de sangrado transvaginal.

A la exploración clínica permanecía en buen estado general, con 29 cm de fondo uterino, con feto único vivo. La resonancia magnética demostró que había un feto único en situación podálica y se asoció placenta previa con datos de inercia y en algunas áreas percreta, principalmente en la parte lateral e inferior izquierda del útero, donde las vellosidades coriales sobrepasaban más allá de la serosa uterina. Se inició el protocolo de maduración pulmonar. Los estudios de laboratorio pre-



Figura 10. Toma de gasometría arterial del recién nacido.



Figura 12. Disección total del peritoneo vesico-uterino.

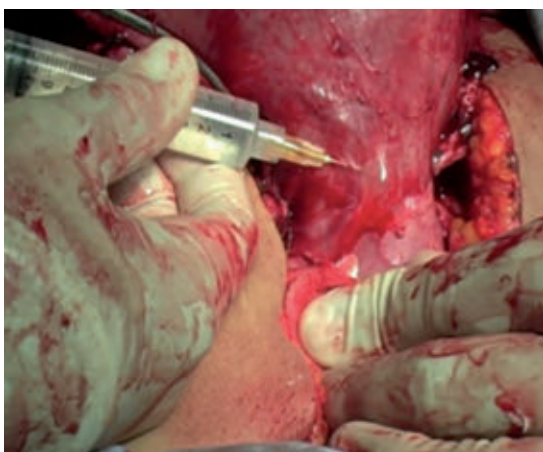


Figura 11. Infiltración del lecho placentario con vasopresina para condicionar la vasoconstricción.

quirúrgicos se reportaron dentro de parámetros normales. La intervención quirúrgica se realizó a los 15 días posteriores a su ingreso. Se contó con un equipo multidisciplinario y se aplicó la técnica descrita.

Al término de la intervención se reporta sangrado de 1250 cc, sin complicaciones durante y posterior al acto quirúrgico. Se obtuvo un recién

nacido vivo, femenino, de 2,000 g, Apgar 9/9, con gasometría al momento del nacimiento en parámetros normales. No requirió cuidados de terapia intensiva, evolucionó favorablemente y se dio de alta cinco días posteriores a la intervención quirúrgica, sin complicaciones.

Caso 2

Paciente de 36 años de edad, con antecedente de dos embarazos y una cesárea. Llegó referida de un centro de salud rural con: ecosonograma Doppler de embarazo de 35 semanas de gestación, placenta con grosor y grado de madurez acorde con la edad gestacional, placenta previa total con datos de invasión vascular a la pared de la vejiga.

A su ingreso estaba en buen estado general. Se inició el protocolo de estudio de placenta increta. Debido a la edad gestacional se programó para cirugía un día posterior a su ingreso. Los estudios de laboratorio se reportaron normales. Se realizó cesárea histerectomía con la técnica descrita, sin complicaciones durante o después del acto quirúrgico, con sangrado de 1,450 cc. Se

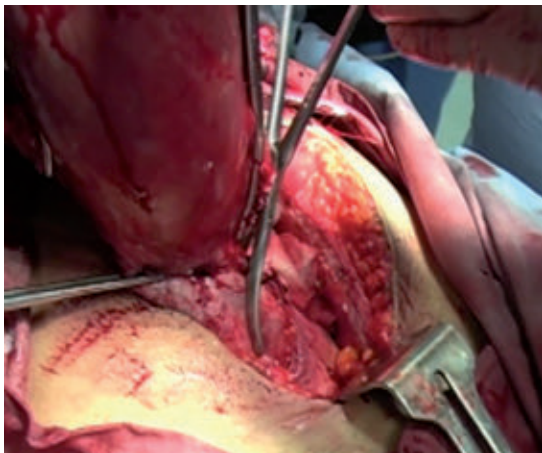


Figura 13. Diseción y pinzamiento de los ligamentos útero-sacos.



Figura 15. Extracción total del útero con evidencia de cérvix.

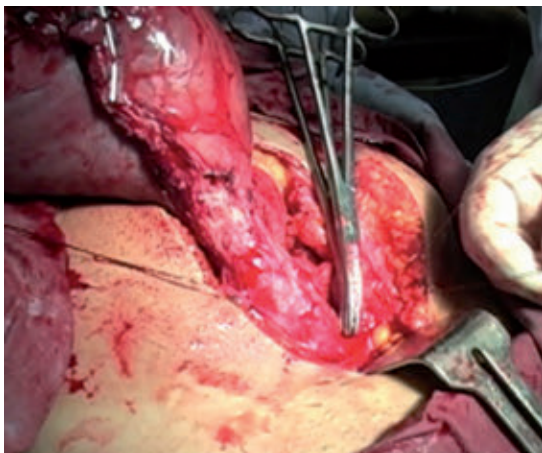


Figura 14. Corte y ligadura de los ligamentos útero-sacos.

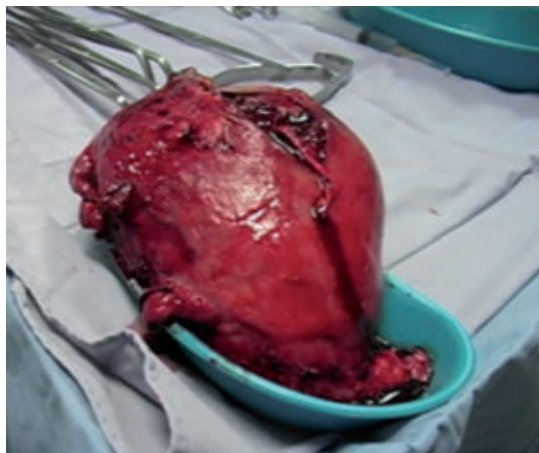


Figura 16. Extracción total de la pieza quirúrgica (útero).

obtuvo un recién nacido vivo, masculino, con Apgar de 9/9, de 2,500 gramos, 45 cm de estatura, con gasometría al momento del nacimiento dentro de parámetros normales. No requirió cuidados de terapia intensiva, evolucionó favorablemente y se dio de alta a los cuatro días posteriores a su ingreso hospitalario, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La muerte materna se ha convertido en un problema de salud pública y de derechos humanos, situación que amerita el establecimiento de acciones que hagan frente a esta problemática, realizadas de manera oportuna, con calidad y el rigor científico necesario.



En las pacientes con diagnóstico establecido o sospechoso de acretismo placentario el objetivo principal para el equipo quirúrgico debe ser la realización de una cesárea-histerectomía con el mínimo sangrado y la menor morbilidad materno-fetal; esto ha sido posible en el Hospital General de Occidente con la técnica quirúrgica modificada implementada que ha permitido, hasta el momento, ofrecer una alternativa a la demanda de atención de todo el estado y otras entidades cercanas, un trabajo multidisciplinario con capacitación a todos sus integrantes y habilitado para dar respuesta oportuna, pero sobre todo, para evitar la muerte de la madre y su hijo por esta afección. Es necesario puntualizar algunos aspectos:

En las pacientes intervenidas con la técnica modificada se observa una disminución importante en la cantidad de sangrado promedio en comparación con el de pacientes atendidas con la técnica convencional, incluso de 50%.

Hasta el momento, ninguna de las pacientes en quienes se aplicó esta técnica quirúrgica modificada ha necesitado transfusión sanguínea, ni el ingreso a terapia intensiva, lo que con la técnica convencional no era posible. Tampoco ha habido complicaciones en las pacientes durante y posterior a la realización de la técnica modificada.

Para la institución es un logro importante la ausencia de muertes maternas o neonatales por esta causa, lo que se traduce en reducción de la brecha para alcanzar el objetivo del milenio número 5: reducir la mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015.¹⁰

A partir de la experiencia con esta técnica modificada se puntualizan tres factores a contemplar en pacientes con diagnóstico de acretismo placentario: la situación de la paciente (diagnosticada o no), refiriéndose a los antecedentes personales patológicos y no patológicos, el momento quirúrgico (urgencia o programada)

y experiencia del cirujano en conjunto con su equipo quirúrgico, pudiendo alcanzar un grado de especialización.

Además de esto, hoy en día la edad gestacional a la que se recomienda finalizar el embarazo en pacientes con esta afección es motivo de controversia; sin embargo, la mayor parte de la bibliografía publicada hasta la actualidad refiere que en percreetismo, la interrupción debe ser a las 34 semanas (previa maduración pulmonar fetal) y en acretismo a las 36 semanas de gestación, considerando que el grado de deterioro de la pared uterina es tan importante, que el riesgo de complicaciones maternas y fetales aumenta notablemente más allá de las 35 semanas, superando 90% después de las 36 semanas.¹¹

Es trascendental retomar la recomendación que señala que cada hospital que atiende pacientes obstétricas, con posible complicación hemorrágica, debe capacitar a su personal e integrar grupos de expertos para atender a pacientes, sin olvidar que no puede atribuirse sólo al grupo de expertos la disminución de las muertes, porque existen muchas variables difíciles de controlar que deben tomarse en cuenta en torno a la atención de las pacientes, como: disposición de hemoderivados, antecedentes personales, capacidad hospitalaria, oportunidad de atención, entre otras.¹²

Puede concluirse que las estrategias para hacer frente a las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio requieren esfuerzos intensivos que impulsen aún más la voluntad política para la implementación de intervenciones costo-efectivas, basadas en la evidencia científica pero, sobre todo, a partir de la experiencia de las buenas prácticas y lecciones aprendidas desde el ámbito local, lo que permitirá mejorar las estrategias implementadas y la creación de nuevas alternativas. El fin último es la maternidad segura, con servicios de salud

reproductiva integrales y la atención calificada en el parto, durante e inmediatamente después del mismo, y la responsabilidad de todo el personal de salud.¹⁰

REFERENCIAS

1. Steven L, Sze-Ya Y, Jeffrey P, et al. Emergency Hysterectomy for Obstetric Hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1994;64:376-380.
2. Bautista E, Morales V, Hernández J, Calvo O, Flores AL, Santos U. Una alternativa quirúrgica para acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:298-302.
3. Abehsera D, González C, López S, Sancha M, Magdaleno F. Placenta percreta, experiencia en 20 años del Hospital Universitario de La Paz, Madrid, España. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011;76:217-131.
4. Lattus J, Zamora E, Mosella F. Histerectomía total obstétrica de emergencia con placenta in situ como tratamiento sugerido para casos graves de placentación anormal increta. *Rev Obstet Ginecol* 2009;4:119-126.
5. Duarte PC, Zighelboim I. Placenta acreta. Diez años de experiencia en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008;68:160-167.
6. Cafici D, Mejides A, Sepúlveda W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2003;120.
7. Cole DS, Dayal AK. Placenta accreta. 2001: An updated perspective. *N Engl J Med* 2003;5:348-364.
8. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
9. Torres E, Torres LG, Barba AM, Vidal G, Vázquez AP. Modificación a la técnica quirúrgica de cesárea-histerectomía. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78:478-485.
10. Archivo en línea del Grupo de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna. Perú: Oportunidades y retos para la reducción de la muerte materna en América Latina y El Caribe. Family Care International. 2010. Disponible en: http://unfpa.org/webdv/site/lac/shares/DOCUMENTS/2010/oportunidades_final.pdf
11. Maita F, Hochstatter E, Frando N. Acretismo placentario y su diagnóstico antenatal. *Cochabamba* 2007;18:42-50.
12. Veloz M, Martínez OA, Ahumada E, Rafael E, Amezcua FJ, Hernández M. Eclampsia, hemorragia obstétrica y cardiopatía como causa de mortalidad materna en 15 años de análisis. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78:215-218