

PRESENTACIÓN DE CASO

Acretismo placentario

Placenta accreta

MSc. Dra. Milagros Eusebia Muñiz Rizo, MSc. Dra. Vivian Asunción Álvarez Ponce, Wendy Felipe Cutié

Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, cuya frecuencia se ha incrementado en los últimos 60 años y se caracteriza por una alta morbilidad y mortalidad materna.

Objetivo: describir las características de un caso de acretismo placentario.

Método: se presenta un caso de acretismo placentario ocurrido en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa en el mes de noviembre del año 2013, y su posterior evolución.

Resultados: gestante con embarazo a término de 37 semanas, padece diabetes gestacional y presenta rotura prematura de membrana. Se realiza cesárea con la indicación diagnóstica de fracaso de inducción. Se efectúa histerotomía segmentaria arciforme y se extrae recién nacido vivo; se observa que la placenta se encuentra adherida en el cuerno izquierdo que penetra todo el miometrio hasta la serosa, haciéndose imposible el alumbramiento, por lo que se decide realizar histerectomía total abdominal conservando anejos. Se confirma el diagnóstico con estudio anatomiopatológico. Buena evolución de la paciente y su recién nacido.

Conclusión: el acretismo placentario constituye una emergencia obstétrica de posible resolución.

Palabras clave: acretismo placentario, placenta accreta, placenta increta, placenta percreta.

ABSTRACT

Introduction: Abnormal placenta accreta is the inclusion of some or all of the placenta, whose frequency has increased in the past 60 years and is characterized by high morbidity and maternal mortality.

Objective: Describe the characteristics of a case of placenta accreta.

Method: In a case of placenta accreta occurred in the Gynecobstetric Teaching Hospital of Guanabacoa in November 2013, its subsequent evolution is presented.

Results: 37 week-pregnant women has gestational diabetes and premature rupture of membrane. Cesarean is performed to diagnostic indication of fail induction. Arcuate segmental hysterotomy is made and the new born is extracted born alive. Her placenta is attached on the left horn that infiltrates the entire myometrium to the serosa, making the delivery impossible. So it was decided to perform total abdominal hysterectomy retaining ovaries. Diagnosis is confirmed with histopathologic examination. Good evolution of the patient and her newborn is observed.

Conclusion: Placenta accreta is an obstetric emergency possible to solve.

Keywords: placenta accreta, placenta increta, placenta percreta.

INTRODUCCIÓN

EL acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.¹

La frecuencia de acretismo se ha incrementado de 10 a 15 veces en los últimos 60 años. Dado que esta patología está claramente asociada al incremento en la tasa de cesáreas, se prevé que seguirá aumentando de manera proporcional.²

La placenta accreta se caracteriza por una alta morbilidad y mortalidad materna, a menos que se cuenten con los recursos humanos e institucionales para resolver la complicación inevitable en el momento del alumbramiento. Se puede producir una hemorragia masiva, que puede inducir una coagulación intravascular diseminada, y la consiguiente necesidad de una histerectomía de emergencia que puede provocar lesiones quirúrgicas de los uréteres, vejiga y otras vísceras, síndrome de dificultad respiratoria (*distrés*), insuficiencia renal y muerte. La pérdida de sangre promedio en una hemorragia por acretismo se ha estimado entre 3 y 5 L.³

Por todo lo referido se decide mostrar un caso clínico de acretismo placentario hallado en el acto quirúrgico, cesárea, cuyo tratamiento definitivo fue la histerectomía total abdominal.

REPORTE DEL CASO

Paciente de 29 años con historia de buena salud e historia obstetricia de G2P0A1 provocado, sin antecedentes de sangrado genital anormal, con fecha de última menstruación (FUM) 27/febrero/2013.

Ingresos durante el embarazo dos: el primero por prueba de tolerancia a la glucosa patológica (PTG) para control metabólico; el segundo a las 36 semanas para cuidados ante parto en una diabetes gestacional que se controla con dieta.

Examen físico

Mucosas: húmedas y normocoloreadas.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal, no estertores. FR: 18 respiraciones/min.

Aparato cardiovascular: ruidos rítmicos, no soplos. FC: 88 latidos/min. Presión arterial: 110/70 mm Hg.

Abdomen: útero grávido. Altura uterina: 37 cm. Presentación cefálica. Dorso derecho. Movimientos fetales referidos. Frecuencia cardiaca fetal: 140 latidos/min. Dinámica uterina: 0/10 min. Tono uterino normal.

Mamas: Areola y pezón normales, hiperpigmentados, no nódulos, aptas para la lactancia.

Extremidades: no edemas.

Examen con espéculo: cuello de nulípara, centro posterior, bien epitelizado, con orificio cervical externo cerrado, no colporrea.

Tacto vaginal: no se realiza.

Solo descrito en su carné obstétrico ultrasonido realizado el 13/noviembre/2013 con localización posterior de la placenta y fetal de 2 936 g.

A las 37 semanas presenta una rotura prematura de las membranas ovulares (RPM) que se comprueba al examen físico. La pérdida de líquido es abundante y claro. Se realizó investigación para la detección de infección que fue negativa y se impuso tratamiento antimicrobiano profiláctico (contra el Estreptococo beta hemolítico).

El parto fue inducido y, después de valorar su evolución en el periodo establecido de 8 h, por tratarse de una RPM con una diabetes gestacional, por mantener iguales características del cérvix, se decide realizar como método de interrupción de la gestación una cesárea. La técnica utilizada es la histerotomía segmento arciforme y se obtuvo un recién nacido femenino con peso de 2550 g y Apgar 9-9. El sangramiento durante el acto quirúrgico fue moderado. Al revisar la cavidad uterina se detecta la

placenta adherida al cuerno izquierdo, la cual penetra en el miometrio hasta alcanzar la capa serosa, por lo que se decide realizar histerectomía total abdominal de urgencia.

Se realizó proceder quirúrgico (histerectomía total abdominal) sin complicaciones.

Informe anatopatológico: útero puerperal que pesa 1 610 g con herida quirúrgica de cesárea segmento arciforme reciente, serosa lisa. El cuerpo mide 22/21/9 cm con abombamiento hacia el cuerno izquierdo y coloración rojiza que impresiona hemorragia subserosa a ese nivel.

A la apertura se observa la cavidad dilatada con un fragmento grande de cotiledón placentario de 12/19 cm, adherido, y al corte placentario hay destrucción del músculo uterino el cual está infiltrado por el tejido esponjoso, hemorrágico de la placenta a ese nivel.

Diagnóstico anatopatológico: Acretismo placentario (placenta acreta).

DISCUSIÓN

Existen tres variedades de adherencia anormal de la placenta que son:^{4,5}

- Placenta acreta: es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta, con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. Esto ocurre en aproximadamente 75 % de todos los embarazos que experimentan un problema con apego de placenta.
- Placenta increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio, esto ocurre dentro del 15 % de los casos.
- Placenta percreta: es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, los que pueden alcanzar órganos vecinos. Es el tipo menos frecuente, presentándose en aproximadamente el 5 % de todos estos casos.

Además, por su extensión se reconocen tres tipos:

- Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta.
- Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso.
- Total: la superficie completa de la placenta está anormalmente adherida.

Se piensa que el acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de *Nitabuch*, esta es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso. Be-Nirschke y Kaufman, sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio/decidua basal, especialmente después de la reparación de una operación cesárea.⁶

El principal riesgo para la madre es que tenga hemorragias durante el parto y el posterior intento de separar la placenta de la pared uterina. La hemorragia puede ser potencialmente mortal para la madre, si se convierte en grave. Otras preocupaciones son los daños al nivel del útero y en órganos circundantes. Cuando la placenta se adhiere demasiado al útero, solo una histerectomía puede salvar la vida de la madre y evitar el sangrado excesivo.⁴

Los principales factores de riesgo identificados para el acretismo placentario son:

- Edad (mayores de 30 años).
- Número de embarazos (de 2 a 3).
- Placenta previa con antecedente de cesárea (35 %).
- Placenta previa con antecedente de 3 o más cesáreas (67 %).
- Historia de legrado uterino (18 a 60 %).
- Antecedente de extracción manual placentaria.
- Historia de retención placentaria.
- Antecedente de infección intraamniótica.⁷

La cesárea anterior incrementa el riesgo de placenta invasiva y se plantea que este aumenta progresivamente con el número de partos por cesárea.³ La razón de este aumento es, que la sección que se realiza en la cesárea siempre deja una cicatriz en la superficie interna del útero (endometrio), la cual puede ser delgada en esta zona. En un embarazo posterior, esta área puede convertirse en el sitio de la placentación invasiva.

Las mujeres que han tenido una o más cesáreas tienen, por lo tanto, riesgo de presentar placenta invasiva en cualquier embarazo cuando la placenta es de baja altitud y localización anterior.⁸ Un tipo especial de cesárea (la llamada cesárea clásica) a veces se realiza en embarazos complicados. Esta sección cesárea clásica tiene un mayor riesgo de la placenta invasiva en los embarazos posteriores, debido a que es una incisión vertical por el centro del útero. En estas mujeres, es más probable que en otro embarazo la placenta se implante a través de la cicatriz, ya que la placenta se implanta por lo general en el fondo uterino.⁹

Cirugías uterinas anteriores ginecológicas tales como la miomectomía pueden ser la causa del acretismo placentario.³

El diagnóstico prenatal de la placenta acreta es esencial para la prevención secundaria de la morbilidad y la mortalidad materna. Este se basa en imágenes y la ecografía es la herramienta primaria de detección y evaluación.

En los casos con factores de riesgo, en especial placenta previa o anterior baja con antecedente de cesárea, o una interfase útero-placentaria sospechosa de acretismo, se complementa la evaluación con ecografía transvaginal con Doppler color. De persistir la

sospecha o en situaciones de alto riesgo, se puede realizar una resonancia magnética, que brinda una mejor evaluación de los planos anatómicos.¹⁰

Los problemas diagnósticos, especialmente en los casos que la placenta no infiltra toda la pared uterina, se mantienen como un desafío y es necesario lograr una mayor sensibilidad y especificidad de los métodos para disminuir la tasa de falsos negativos y falsos positivos respectivamente, que todavía afectan de manera significativa el manejo de esta patología.²

Existen numerosas publicaciones sobre el uso de la resonancia magnética en el diagnóstico de acretismo placentario.¹¹ Aunque la mayoría concuerda que tiene una exactitud diagnóstica aceptable no sería significativamente superior a la ecografía, salvo en la evaluación de la placenta de localización posterior.

El tratamiento universalmente aceptado es la histerectomía total abdominal.

Vía y edad gestacional para la resolución . La vía de resolución es por medio de operación cesárea, la cual debe ser, de preferencia, programada y con un enfoque multidisciplinario, que incluya al servicio de uroginecología u oncoginecología, así como un cirujano general o vascular con conocimiento pélvico. Se prefiere el empleo de inductores de madurez pulmonar y, una vez documentada la madurez pulmonar por amniocentesis a las 36 o 37 semanas, se interrumpe la gestación por cesárea. La resolución se puede realizar antes, si existiese una urgencia como es el sangrado incoercible o si la paciente inicia trabajo de parto.¹¹

En cuanto al tipo de incisión para la laparotomía se prefiere, en la mayor parte de los textos, una media infraumbilical para mejor exposición de los vasos pélvicos. La histerotomía debe ser realizada en base a los hallazgos ultrasonográficos de la localización placentaria, en casos de acretismo en cara anterior se prefiere una incisión corporal clásica, e inclusive fúndica para facilitar la extracción del feto.⁴

CONCLUSIÓN

Sospechar el diagnóstico, valorar la emergencia y asumir una conducta activa es responsabilidad del obstetra, con el fin de proteger la vida de la paciente. En los casos en que no existe un diagnóstico previo o se trata de una verdadera urgencia quirúrgica (como fue nuestro caso), la rápida actuación fue decisiva en la evolución favorable, tanto materna como neonatal. En el caso presentado se confirmó el diagnóstico anatopatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Medina GME, Nip FOJ, Rodríguez RJC. Acretismo placentario como urgencia en el servicio de obstetricia. Presentación de casos. Hospital Territorial de Cárdenas "Julio M. Aristegui Villamil". Rev Méd Electr [Internet] 2009 [citado 15 marzo 2014];31(6): [aprox 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema16.htm>

2- Morales CE, Monzalbo NDE, López RM, Castelazo AS. Acretismo placentario, una de las repercusiones de la obstetricia moderna. *inecología y Obstetricia de México* [Internet] 2013 [citado 17 marzo 2014]81(9): [aprox 7 p.]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=3257ef1e-2b63-4d84-b078-34c4e26>

3- Bustos P, Delgado JG. Ruptura uterina espontánea por placenta percreta. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [Internet] 2003 [citado 17 marzo 2014]; 68(6): [aprox 3 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600012>

4- Dueñas GO, Rico OH, Rodríguez BM. Actualidad en el diagnóstico y manejo del Acretismo placentario *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [Internet] 2007 [citado 16 marzo 2014] 72(4): [aprox 5 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000400011>

5 - Marrero MJA, Monteagudo BM, De La Paz MR. Acretismo placentario focal. A propósito de una paciente. Medicentro Electrónica [Internet] 2005 [citado 12 marzo 2014]; 9 (4): [aprox 5 p.]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=0bba7570-c3e7-4811-936f-e630871bacfc>

6 - Bernischke K, Kaufmann P. Placental shape aberrations. En: Benirschke K, Kaufmann P (Eds). *Pathology of the human placenta*. 4 ed. New York: Editorial Springer; 2000:399-418.

7 - Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* [Internet] 1997 [citado 12 marzo 2014]; 177: [aprox 3 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937897704630>

8- Angstmann T, Gard, G, Harrington T, Ward E, Thomson A. Giles W. Surgical management of placenta accrete: a cohort series and suggested approach. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202: 38.

9- Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet. Gynecol. Survey* 1998; 53(8):509-17.

10- Palacios JJM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 2005; 84: 716-24.

11-Ferreira NEF, Angulo CM. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido Doppler en el Hospital Universitario de Neiva, estudio de cohorte. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [Internet] 2007 [citado 12 marzo 2014,58 (4): [aprox 5 p.]] Disponible en: http://extranet.who.int/hinari/es/browse_journal_titles.php?j_init=R

Recibido: 13 de febrero de 2015.

Aprobado: 29 de marzo de 2015.

Dra. MSc. Milagros Eusebia Muñiz Rizo . Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: mimuri@infomed.sld.cu