

Placenta accreta sin cesárea previa

Placenta accreta without previous caesarean section

Juder Narváez-Palacio*, Rafael del Carmen Cárdenas-Núñez*, Alejandra Macías-Gil*, Alan González-Suárez*, Renán Baqueiro-Canto*, Guillermo Padrón-Arredondo*

RESUMEN

Introducción. El primer caso descrito de placenta accreta fue en 1889 por Ahlfeld, en 1897 Weisse realizó la primera histerectomía vaginal exitosa, y en 1900 Alexandroff realizó la primera histerectomía vaginal para placenta accreta.

Caso clínico. Mujer de 39 años de edad con un embarazo de 38.5 semanas de gestación, sin trabajo de parto y con placenta previa total. Gesta cinco y tres nacimientos por vía vaginal. Signos vitales maternos y fetales normales. El ultrasonido reportó: producto único cefálico, longitudinal con placenta que cubre completamente el orificio cervical. Placenta corporal anterior total, al nivel del tercio inferior del pliegue vesicouterino; miometrio muy adelgazado, pérdida de la interfaz miometrio-trofoblástica; a nivel del orificio interno cerrado (adyacente al sitio de acreción) cuello uterino hipervascularizado con aspecto de panal; líquido amniótico ILA 9.6, grupo máximo 3.85 cm, PFE 2,957 g, P21, fetometría 36.4 semanas de gestación. La resonancia magnética nuclear reportó: placenta hipointensa en T2 previa total bien definida, sin infiltración aparente a regiones adyacentes, vejiga hiperintensa en T2 bien delimitada y sin defectos en su contorno. Se realizó una cesárea Kerr, más una histerectomía total abdominal con colocación doble del catéter J mediante cistoscopia. La paciente es dado de alta sin complicaciones.

Conclusión. Haghenbeck, informa que la prevalencia de esta entidad nosológica fue de 1 caso por cada 533 embarazos entre los años 1982 a 2002. Debido al aumento de las cesáreas en la actualidad, se espera que el número de casos aumente.

Palabras clave: Placenta Accreta; Histerectomía; /prevención & control; Ultrasonografía; Espectroscopia de Resonancia Magnética

ABSTRACT

Introduction. The first described case of placenta accreta was in 1889 by Ahlfeld, in 1897 Weisse performed the first successful vaginal hysterectomy, and in 1900 Alexandroff performed the first vaginal hysterectomy for placenta accreta.

Clinical case. A 39-year-old woman with a pregnancy of 38.5 weeks gestation, no labor and total placenta previa. Gesta five and three vaginal births. Normal maternal and fetal vital signs. Ultrasound reported: single cephalic, longitudinal product with placenta completely covering the cervical orifice. Total anterior body placenta, at the level of the lower third of the vesicouterine fold; myometrium very thinned, loss of myometrio-trophoblastic interface; at the level of the closed internal orifice (adjacent to the accretion site) hypervascularized cervix with the appearance of a honeycomb; amniotic fluid ILA 9.6, maximum group 3.85 cm, PFE 2.957 g, P21, fetometry 36.4 weeks gestation. Nuclear magnetic resonance reported: hypointense placenta in T2 with well-defined total preface, no apparent infiltration to adjacent regions, hyperintense bladder in well-defined T2 and no contour defects. A Kerr caesarean section was performed, plus a total abdominal hysterectomy with double placement of the J catheter by cystoscopy. The patient was discharged without complications.

Conclusion. Haghenbeck reports that the prevalence of this nosological entity was 1 case for every 533 pregnancies between 1982 and 2002. Due to the current increase in caesarean sections, the number of cases is expected to increase.

Keywords: Placenta Accreta; Hysterectomy; /prevención & control; Magnetic Resonance Spectroscopy

* Hospital General de Playa del Carmen. Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo. México.

Correspondencia: Dr. Guillermo Padrón Arredondo.

Correo electrónico: gpadronarredondo@hotmail.com

Recibido: 15 de julio de 2018.

Aceptado: 26 de agosto de 2018.

INTRODUCCIÓN

El primer caso descrito de placenta acreta fue en 1889 por Ahlfeld, en 1897 Weisse realizó la primera histerectomía vaginal exitosa, y en 1900 Alexandroff realizó la primera histerectomía vaginal para placenta acreta. ⁽¹⁾

Forster MA ⁽²⁾ en 1927 informa un caso de placenta acreta en el que afirma que esta entidad es extremadamente rara y que Pollac y Phelan ⁽³⁾ estimaron que sólo un caso ocurre en cada 6.000 partos. La placenta acreta es el resultado de la ausencia de decidua en el sitio de la placenta, por lo tanto, la vellosidad penetra en la musculatura uterina, causando que la separación de la placenta sea absolutamente imposible.

La adherencia anormal de la placenta al miometrio se establece muy temprano durante el embarazo y se puede dividir en placenta acreta (vellosidades coriónicas implantadas directamente en el miometrio), placenta increta (donde las vellosidades coriónicas invaden el miometrio) y placenta percreta (donde las vellosidades coriónicas invade todo el miometrio y puede involucrar estructuras adyacentes). ⁽⁴⁾

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años de edad con un embarazo de 38.5 semanas de gestación, sin trabajo de parto y con placenta previa total. Gesta cinco, para tres por vía vaginal. Signos vitales maternos y fetales normales; el reporte de ultrasonido mostró: producto único vivo cefálico, longitudinal con placenta que cubre completamente el orificio cervical. Placenta corporal anterior total, al nivel del tercio inferior del pliegue vesicouterino; miometrio muy adelgazado, pérdida de la interfaz miometrio-trofoblástica, a nivel del orificio interno cerrado (OCI), adyacente al sitio de acreción, cuello uterino hipervascularizado con aspecto de panal, líquido amniótico ILA 9.6, grupo máximo 3.85 cm, PFE 2.957 g, P21 y fetometría 36.4 semanas de gestación (figura 1).

La resonancia magnética nuclear (RMS) mostró: placenta hipointensa en T2 previa total bien definida, sin infiltración aparente a regiones adyacentes; vejiga hiperintensa en T2 bien delimitada y sin defectos en su contorno (figura 2). Se realizó cesárea de Kerr más histerectomía abdominal total con colocación doble del catéter en J mediante cistoscopia. La paciente es dada de alta sin complicaciones.

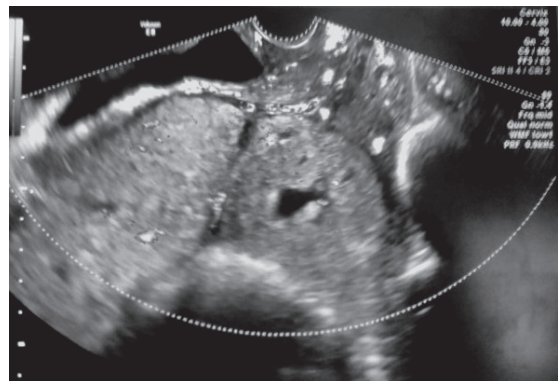
DISCUSIÓN

Haghenbeck-Altamirano, et al. ⁽⁵⁾ informan que la prevalencia de esta entidad nosológica fue de 1 caso por cada 533 embarazos entre los años 1982 a 2002, pero en la década de los 70s se reportaron 1 por cada 4.000 embarazos a 1 por cada 2.000 embarazos relacionados actualmente con la tasa de cesáreas elevada y muy lejos de lo reportado por Pollac 1 en 6000 embarazos. Debido al aumento de las cesáreas en la actualidad, se espera que aumente el número de casos. En el presente caso, la paciente no tenía cesárea previa.

FIGURA 1. Se observa la placenta por encima del orificio cervical interno (OCI) localizado en la pared anterior uterina donde hay una interfase miometrio-placenta de 1mm adyacente a la vejiga urinaria con aumento de vascularidad, lo que sugiere placenta previa con datos de acretismo placentario.



FIGURA 2. Exploración endovaginal donde el borde inferior de la placenta se encuentra por encima del OCI con su pared superior en la pared anterior uterina y pérdida de la interfaz del miometrio con la placenta.

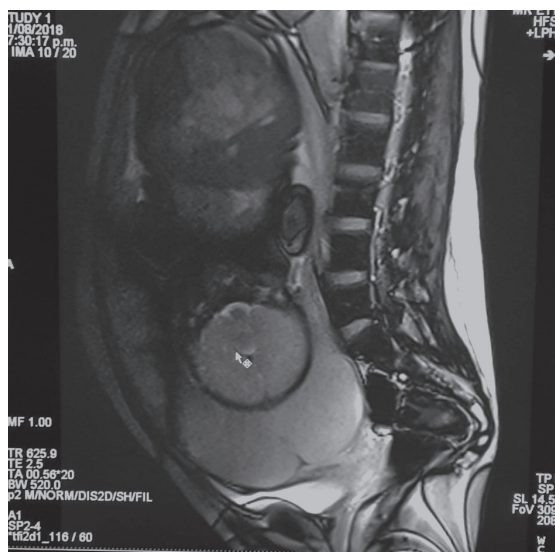


Wang W, et al. ⁽⁶⁾ afirman en su estudio sobre la asociación de la hipertensión asociada con el embarazo y la placenta acreta, que no se pudo demostrar que la enfermedad hipertensiva estuviera relacionada con la presencia de placenta acreta. En el estudio de Yan Liu, et al. ⁽⁷⁾, establecen que la ecografía y la cistoscopia tienen la misma validez para el diagnóstico prenatal de la placenta invasiva anormal y sus subgrupos, según la profundidad de la invasión miometrial.

Al-Khan A, et al. ⁽⁸⁾ encontraron que en la cistoscopia, además de ferulizar los uréteres, se pueden observar tres hallazgos: 1) abombamiento de la pared posterior de la vejiga, 2) neovascularización y 3) pulsatilidad arterial en el área de neovascularización. La neovascularización ocurre en 84,0%, la protuberancia en 71,0% y la pulsatilidad en 54,0% de los casos (este último ocurre solo en la placenta percreta) ⁽⁹⁾. En cuanto a la ecografía, se sabe que en estos casos desaparece la interfaz útero-placentaria normal (la zona clara), se observa el adelgazamiento extremo del miometrio subyacente y los cambios vasculares dentro de la placenta (lagunas) y el lecho placentario (hipervascularidad) ⁽¹⁰⁾

Zhang J, et al., utilizaron ultrasonido Doppler, evaluaron el flujo sanguíneo subplacentario del segmento uterino anteroinferior y encontraron que la velocidad sistólica máxima de 41 cm se puede considerar como el punto de corte para el diagnóstico de invasión anormal placenta ⁽¹¹⁾.

FIGURA 3. RMFS con secuencia eco-spin rápida ponderada en T2 donde se observa placenta de localización baja por encima del OCI y pared anterior del útero heterogénea con bandas lineales hipointensas y pérdida de la interfase con el miometrio.



Bostancı E, et al. realizaron un estudio para validar la utilidad de la ecografía en casos de anomalías en la placenta, con el fin de seleccionar candidatos durante el tercer trimestre de gestación para el tratamiento de la resección segmentaria y de 27 casos, 16 recibieron manejo conservador exitoso, en el cual el adelgazamiento retroplacentario del miometrio fue un predictor significativo para el manejo conservador de estas pacientes ⁽¹²⁾.

Por otro lado, Jha P, et al. ⁽¹³⁾, al evaluar la hemorragia oculta en el líquido amniótico sin hemorragia transvaginal por ultrasonido y resonancia magnética, en el primer caso se incluye la presencia de líquido amniótico ecogénico y el segundo, en casos de hemorragia aguda o subaguda, la imagen del líquido amniótico en T1 es isointensa y en T2 hipointensa. Varios autores informan que la cesárea anterior origina la posibilidad de presentar acreta placentaria en los siguientes embarazos y recomiendan realizar la cesárea hasta el comienzo del parto para que el segmento inferior se adelgace y así mismo, para hacer la incisión más distal para dejar menos cicatriz ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Con respecto al manejo de esta patología, Cui, et al. ⁽¹⁸⁾ recomiendan que para la interrupción del embarazo en el segundo trimestre convenga dejar la placenta in situ y con la aplicación de un manejo posterior como la embolización de la arteria uterina más medicamentos y curetaje guiado por ultrasonido, se extrajo la placenta. Kaufman C, et al. ^(19,20) nos recuerdan que los radiólogos intervencionistas juegan un papel importante en el manejo de este tipo de pacientes, mediante la oclusión endovascular para la preservación del útero, como la colocación de un catéter con balón en la iliaca inferior, catéter con balón en la aorta infrarrenal y embolización de las arterias uterinas ya sea profiláctica o en casos de emergencia, pero en un tercer nivel de atención.

De igual manera, Li K, et al. ⁽²¹⁾ nos dicen que la oclusión con balón profiláctico es más efectiva en la arteria iliaca común y en la aorta infrarrenal que en las arterias ilíacas internas, o de otra manera, la oclusión intermitente de la aorta ⁽²²⁾. Con respecto al manejo de la sutura, Shehata A. ⁽²³⁾, informa en su artículo de revisión, una amplia gama de técnicas de sutura quirúrgica para preservar el útero con resultados similares. Shih JC, et al. ⁽²⁴⁾ desarrollaron una técnica similar aparentemente con muy buenos resultados (Nausicaa).

Con respecto al metotrexate, Baker T et al ⁽²⁵⁾ recomiendan dosis bajas de este producto al 0,11%, porque se transfiere a través de la leche y aunque aparece en ésta, en dosis muy bajas se debe tomar con precaución en las madres que amamantan. Finalmente, Nieto AJ, et al. ⁽²⁶⁾ recomiendan que el manejo de este tipo de pacientes deba ser multidisciplinario según protocolo institucional para reducir el sangrado y la necesidad de transfusiones ⁽²⁷⁾.

CONCLUSIONES

En el presente caso, la paciente nunca tuvo cesárea previa; no se realizó cistoscopia diagnóstica sólo ferulización; el útero no fue preservado. Madre y producto se encuentran en buenas condiciones.

REFERENCIAS

1. Davidson NR. Placenta Accreta. *J Nat Med Assoc.* 1944 May; 36(3):90-2.
2. Forster DS. A case of placenta accreta. *Can Med Assoc J.* 1927; 17(2):204-7.
3. Polak and Phelan, Placenta Accreta; its incidence, pathology and management. *Surg Gynacc. Obst.* 1924Feb; 38: 181.
4. Wang W, Fan D, Wang J, Wu S, Lu Y, He Y, et al. Association between hypertensive disorders complicating pregnancy and risk of placenta accreta: a meta-analysis and systematic review. *Hypert Pregnan.* 2018 Aug; 37(3):168-74.
5. Bartels HC, Postle JD, Downey P, Brennan DJ. Placenta Accreta Spectrum: A Review of Pathology, Molecular Biology, and Biomarkers. *Hindawi Dis Markers* 2018; Article ID 1507674, 11 pages.
6. Haghenbeck-Altamirano FJ, Leis-Márquez T, Ayala-Yáñez R, Juárez-García L del C, García-Moreno C. Diagnóstico prenatal de acretismo-percretismo placentario. *Ginecol Obstet Méx.* 2013; 81:259-71.
7. Yan Liu, Dazhi Fan, Yao Fu, Shuzhen Wu, Wen Wang, Shaoxin Ye. Diagnostic accuracy of cystoscopy and ultrasonography in the prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta. *Medicine.* 2018; 97:15(e0438).
8. Al-Khan A, Guirguis G, Zamudio S, Álvarez M, Martimucci K, Luke D, et al. Preoperative cystoscopy could determine the severity of placenta accreta spectrum disorders: An observational study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018 Aug 23. doi: 10.1111/jog.13794.
9. Jauniaux E, Collins S, Burton GJ. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Jan; 218(1):75-87.
10. Cali G, Forlani F, Timor-Trisch I, Palacios-Jaraquemada J, Foti F, Minneci G, et al. Diagnostic accuracy of ultrasound in detecting the depth of invasion in women at risk of abnormally invasive placenta: A prospective longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018 May 25. doi: 10.1111/aogs.13389.
11. Zhang J, Li H, Wang F, Qin H, Qin Q. Prenatal Diagnosis of Abnormal Invasive Placenta by Ultrasound: Measurement of Highest Peak Systolic Velocity of Subplacental Blood Flow. *Ultrasound Med Biol.* 2018 Aug; 44(8):1672-8.12. Bostancı E, Kılıcı C, Özkaya E, Abide Yayla C, Darıcı E, Berkel G, et al. Ultrasound predictors of candidates for segmental resection in pregnant with placenta accreta. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 Aug 19:1-111.13. Jha P, Behr S, Morgan T, Washburn E, Lucero J, Chen LM, et al. Imaging findings of concealed intra-amniotic hemorrhage in the setting of placenta previa and placenta accreta spectrum disorder. *Emerg Radiol.* 2018 Jun 17. doi: 10.1007/s10140-018-1618-7.14. Shi XM, Wang Y, Zhang Y, Wei Y, Chen L, Zhao YY, et al. Effect of primary elective cesarean delivery on placenta accreta: A case-control study. *Chin Med J* 2018; 131:672-6.15. Matsubara S, Takahashi H. Placenta Previa Accreta and Previous Cesarean Section: Some Clarifications. *Chin Med J* 2018; 131:1504-5.
16. Xiao-Ming Shi, Yan Wang, Yan Zhang, Yuan Wei, Lian Chen, Yang-Yu Zhao. Reply to "Placenta Previa Accreta and Previous Cesarean Section: Some Clarifications". *Chin Med J.* 2018 June 20; 131(12):1505.
17. Docheva N, Slutsky ED, Borella N, Mason R, Van Hook JW, Seo-Patel S. The Rising Triad of Cesarean Scar Pregnancy, Placenta Percreta, and Uterine Rupture: A Case Report and Comprehensive Review of the Literature. *Hindawi Case Rep Obstet Gynecol.* 2018; Article ID 8797643, 6 pages.
18. Cui R, Li M, Lu J, Bai H, Zhang Z. Management strategies for patients with placenta accreta spectrum disorders who underwent pregnancy termination in the second trimester: a retrospective study. *BMC Pregnant Childbirth.* 2018; 18:298. 8 pages.
19. Kaufman C, Tadros A. Endovascular Interventions for the Morbidly Adherent Placenta. *J Clin Med.* 2018; 7, 92:8 pages.
20. Na Li, Tian Yang, Caixia Liu, Chong Qiao. Feasibility of Infrarenal Abdominal Aorta Balloon Occlusion in Pernicious Placenta Previa Coexisting with Placenta Accreta. *Hindawi BioMed Res Int.* 2018, Article ID 4596189, 6 pages.
21. Li K, Zou Y, Sun J, Wen H. Prophylactic balloon occlusion of internal iliac arteries, common iliac arteries and infrarenal abdominal aorta in pregnancies complicated by placenta accreta: a retrospective cohort study. *Eur Radiol.* 2018 Jun 5. doi: 10.1007/s00330-018-5527-7.
22. Duan X, Chen P, Han X, Wang Y, Chen Z, Zhang X, et al. Intermittent aortic balloon occlusion combined with cesarean section for the treatment of patients with placenta previa complicated by placenta accreta: A retrospective study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018 Jul 5. doi: 10.1111/jog.13700.
23. Shehata A. Uterine Sparing Techniques in Placenta Accreta. *Obstet Gynecol Int J.* 2016; 5(1):00143. DOI: 10.15406/ogij.2016.05.00143.
24. Shih JC, Liu KL, Kang J, Yang JH, Lin MW, Yu CU. Nausea compression suture: a simple and effective alternative to hysterectomy in placenta accreta spectrum and other causes of severe postpartum haemorrhage. *BJOG.* 2018 Jul 16. doi: 10.1111/1471-0528.15410.
25. Baker T, Datta P, Rewers-Felkins K, Hale TW. High-Dose Methotrexate Treatment in a Breastfeeding Mother with Placenta Accreta: A Case Report. *Breast feed Med.* 2018 Jul/Aug; 13(6):450-2.
26. Nieto AJ, Echavarría MP, Carvajal JA, Messa A, Burgos JM, Ordoñez C, et al. Placenta accreta: importance of a multidisciplinary approach in the Colombian hospital setting. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 Aug 28; 1-231.
27. DeSimone RA, Leung WK, Schwartz J. Transfusion Medicine in a Multidisciplinary Approach to Morbidly Adherent Placenta: preparing for and preventing the worst. *Transfus Med Rev.* 2018 Jun 27. pii:S0887-7963(18)30009-9