

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD.

ACRETISMO PLACENTARIO, PERFIL CLINICO Y CLASIFICACION EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD, REVISION DE 10 AÑOS.

PRESENTADO POR: DR MAURICIO CASTRO.

ASESOR

DRA DALIA XOCHITL SANDOVAL LOPEZ
DR FRANCISCO ALVAREZ POLANCO

SAN SALVADOR, 04 DE FEBRERO DE 2012.

INDICE

INTRODUCCION.....	2
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
MARCO TEORICO.....	5
CLASIFICACION.....	5
INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.....	5
IMPORTANCIA CLINICA DEL ACRETISMO.....	6
FISIOPATOLOGIA.....	6
DIAGNOSTICO.....	7
TRATAMIENTO.....	9
DISEÑO METODOLOGICO.....	13
CONSIDERACIONES ETICAS.....	15
RESULTADOS.....	16
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33
ANEXOS.....	35

INTRODUCCION

Las adherencias anómalas de la placenta a la pared uterina tales como el acretismo y el percretismo se convierten con frecuencia en causa de hemorragias obstétricas que ponen en riesgo a la gestante, principalmente durante el parto. El acretismo y el percretismo se asocian firmemente con antecedente de placenta previa y cesárea anterior; ésta última, se ha incrementado recientemente en nuestro medio. En el presente, esta entidad es una de las primeras causas de hemorragia obstétrica posparto y su detección anteparto podría jugar un papel fundamental en el propósito de disminuir el riesgo de morbimortalidad materna. Además, aunque este diagnóstico puede sospecharse con los datos clínicos, el desarrollo de nueva tecnología, principalmente el ultrasonido (US) y la resonancia magnética (RM), se han convertido en herramientas importantes en el diagnóstico antenatal de esta entidad.

El acretismo placentario es una entidad que incrementa considerablemente la morbimortalidad materna y fetal. Gracias al advenimiento de nuevos métodos diagnósticos como la resonancia magnética, la cistoscopia, los marcadores séricos, el ultrasonido Doppler, etc., el diagnóstico prenatal es factible. El manejo del acretismo placentario de forma tradicional supone la realización de histerectomía multidisciplinaria, involucrando a cirujanos generales, oncoginecólogos o uroginecólogos, en ciertos casos especiales en los que pudiera estar comprometida la integridad de la vejiga (percretismo), mas sin embargo es labor de todo buen ginecólogo estar preparado para hacer frente Algunos autores han propuesto al manejo conservador como una solución adecuada en ciertos casos, ya sea con el uso de diversos medicamentos que incluyen quimioterápicos o bien de forma expectante. Sin embargo, aún no existe evidencia sólida que determine si el manejo conservador o tradicional es el mejor

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Conocer el perfil clínico, la clasificación y los resultados perinatales del acretismo placentario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✓ **Conocer el perfil clínico de las pacientes con acretismo placentario en el hospital de maternidad.**

- ✓ **conocer el resultado materno –perinatal de los casos de acretismo placentario ocurridos en los últimos 10 años en el hospital de maternidad.**

- ✓ **Indagar el tipo de tratamiento recibido en los diferentes casos reportados como acretismo placentario en nuestra institución.**

- ✓ **Investigar los resultados histopatológicos de útero y placenta.**

MARCO TEORICO.

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). Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente del post parto inmediato, y que condiciona un importante riesgo de morbimortalidad materna, por la patología misma,

Como también por el tratamiento aplicado. El principal tratamiento es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas. Este procedimiento es un desafío a las habilidades quirúrgicas del médico obstetra, por lo que es necesario conocer otras alternativas de tratamiento.

Clasificación

Existen tres variedades de adherencia anormal de la placenta:

- Placenta acreta: es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio.
- Placenta increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio.
- Placenta percreta: es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos.

Por su extensión se reconocen tres tipos:

- a) Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta;
- b) Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso;
- c) Total: la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.

Incidencia y factores de riesgo

En un estudio realizado en México por Lira y cols (2), se encontró que en 210 casos de placenta previa, en 37 (17,6%) se presento acretismo placentario; de los casos de acretismo en 26 (70,2%) se tuvo el antecedente de cesárea: con una cesárea fue de 21,1% y con dos o más cesáreas el 50%. La edad media de las pacientes fue de 31 años, y el grupo de mayor riesgo fue el de 35 a 39 años con 26% de acretismo placentario.

En Estados Unidos la incidencia de acretismo placentario encontrada por Miller y cols (3), fue de 1 caso por cada 2510 pacientes. Sin embargo, esta estadística puede ser tan variable

como hasta 1 en 533 pacientes como informa Wu y cols (4), en un estudio de 20 años realizado entre 1982 a 2002.

Los principales factores de riesgo identificados para acretismo placentario de acuerdo a los anteriores autores son (3,4):

- Edad (mayores de 30 años).
- Gestas (multíparas 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 intramniótica.

Importancia clínica del acretismo placentario

El acretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, y como consecuencia alteraciones de la coagulación por pérdida, y por coagulación intravascular diseminada. La necesidad de realizar histerectomía total, especialmente cuando se asocia a placenta previa e inserta en cicatrices de cesáreas previas, puede condicionar riesgo de daño quirúrgico a los uréteres, vejiga y a otras estructuras pélvicas vecinas, así como también síndrome de dificultad respiratoria del adulto e incluso la muerte materna. La pérdida sanguínea durante el nacimiento oscila entre 3000 a 5000 ml. La incidencia de placenta acreta está aumentando, especialmente por la mayor incidencia de operación cesárea; el mayor riesgo de morbilidad materna disminuye con un adecuado diagnóstico prenatal y planificando la interrupción del embarazo con un equipo quirúrgico multidisciplinario, en una institución que disponga de banco de sangre (5).

Fisiopatología

Se piensa que el acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion

frondoso. Benirschke y Kaufman (6), 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.

Diagnóstico

Básicamente el diagnóstico se limita al empleo de métodos como es el ultrasonido y la resonancia magnética. Sin embargo, el diagnóstico definitivo de acretismo placentario es por medio de histopatología, al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el miometrio.

Ultrasonografía. El ultrasonido es una útil herramienta para el diagnóstico de acretismo placentario así como de sus distintas variantes en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Su uso en embarazos más tempranos aún no es concluyente.

Finberb y Williams (7), establecieron en 1992, la utilidad de esta técnica de imagen; entre los criterios diagnósticos establecidos fueron: pérdida de la zona hipocóica miometral retroplacentaria, adelgazamiento o disrupción de la serosa uterina hiperecócica y la interfaz con la vejiga, la presencia de masas exofíticas, presencia de una gran área de sonolucencias placentarias.

Chou y cols (8), emplearon el ultrasonido Doppler usando como criterios diagnósticos el flujo lacunar placentario difuso en el parénquima, hipervascularidad en la interfase vejiga-serosa, y complejos venosos subplacentarios; con estos criterios se estimaron una sensibilidad de 82,4%, especificidad de 96,8%, valor predictivo positivo de 87,5% y valor predictivo negativo de 95,3%. Shin y cols (9), describieron el uso del Doppler poder (Power Doppler) para identificar las primeras evidencias de acretismo placentario en el primer trimestre de la gestación, a través de la detección de un reclutamiento anormal de los vasos subplacentarios que se encuentran por debajo del segmento uterino a las 8 semanas, y a las 15 semanas por la presencia de lagos placentarios con flujo que se extendían hacia el miometrio.

Chen y cols (10) también realizaron un estudio semejante pero con Doppler color a las 9 semanas, demostrando también los lagos sanguíneos con flujo y la pérdida de la zona hipocócica, dando un diagnóstico de acretismo placentario a las 10 semanas de edad gestacional, corroborado por la histopatología. De los estudios descritos se puede concluir

que el diagnóstico de acretismo placentario es básicamente por el flujo turbulento a través de los lagos placentarios. Sin embargo, esta modalidad en la mayor parte de los casos no mejora el diagnóstico obtenido por la escala de grises Per se del ultrasonido normal. Es por eso que el Doppler no debe ser empleado como método de diagnóstico primario para el diagnóstico de acretismo placentario. En cuanto al diagnóstico en el primer trimestre e inicios del segundo, se ha encontrado que los hallazgos de un saco gestacional localizado muy cerca de una cicatriz uterina previa en el segmento uterino son sospechosas de acretismo placentario pero no diagnósticas (5).

Resonancia magnética. Existen varios artículos que refieren el empleo de este método para el diagnóstico de acretismo placentario, sin embargo, la mayor parte son casos retrospectivos los cuales carecen de correlación histopatológica. Los estudios serios mencionan que la resonancia magnética no es superior que la ultrasonografía y su costo es significativamente mayor, es por eso que el uso de ese procedimiento no parece tener valor como prueba de pesquisa y tal vez pueda en casos muy indicados emplearse como un medio de diagnóstico complementario (5,11). Palacios y cols (12), señalan el beneficio del procedimiento contrastado con gadolinio (gadopentate dimeglumine) inyectado en bolo, para el diagnóstico diferencial entre acretismo y percretismo placentario, cuando el ultrasonido no es concluyente.

Cistoscopia. El uso de cistoscopia como método diagnóstico para placenta percreta con invasión vesical no suele estar justificado, puesto que el ultrasonido tiene una mayor sensibilidad y especificidad. En el metanálisis realizado por Washecka y Behling (13), encontraron que en 54 pacientes con placenta percreta e invasión vesical solamente 12 pacientes (22,2%) presentaron hallazgos compatibles de invasión vesical para realizar el diagnóstico. Este porcentaje tan bajo parece estar asociado a que a la fecha no existe un consenso sobre cuáles son los hallazgos patognomónicos de invasión vesical en placenta percreta. Actualmente la mayor utilidad del uso de la cistoscopia en una placenta previa con hallazgos ultrasonográficos sugerentes de invasión vesical es realizar la cateterización ureteral durante ese momento (13). Alfa-feto proteína fetal sérica materna. Actualmente se ha propuesto que existe una anomalía en la interfaz placenta-útero, lo cual promueve una fuga de alfa-feto proteína fetal hacia la circulación materna.

Existen algunos estudios como el de Kupferminc y cols (14), donde revisaron 44 pacientes que se sometieron a cesárea histerectomía, 9 de 20 (45%) pacientes tenían acretismo placentario y elevación de la alfa-feto proteína. A pesar de que estos estudios son pequeños aún queda pendiente valorar la utilidad de la medición de esta proteína como predictor de acretismo placentario, en caso de que tengan elevaciones sin otra causa aparente.

Histología. Los criterios microscópicos para el diagnóstico de acretismo placentario es la ausencia de la decidua basal. Sin embargo su diagnóstico no resulta del todo fácil por la distorsión que ocurre en el momento del alumbramiento, salvo que se deje la pieza in situ y se realice una histerectomía y así se obtenga la muestra del tejido. En el caso de placenta increta o percreta el diagnóstico es más fácil y consiste en la presencia de tejido trofoblástico en el espesor uterino o en la estructura invadida.

Tratamiento

El tratamiento universalmente aceptado es la histerectomía total abdominal. A su vez ha surgido una corriente conservadora en cuanto a dejar la placenta in situ y en algunas ocasiones empleando medicamentos para su expulsión o reabsorción.

Vía y edad gestacional para la resolución.

La vía de resolución es por medio de operación cesárea, la cual debe de 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 puede realizarse antes si existiese una urgencia como es el sangrado incoercible o si la paciente inicia trabajo de parto (1,15). El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) (16), sugiere que si existen datos sugerentes de acretismo placentario, se deben tomar ciertas medidas para optimizar el nacimiento y el tratamiento, para así disminuir el riesgo de morbilidad materna. Estas medidas incluyen:

1. El paciente debe de ser advertido de los riesgos de histerectomía y de transfusión sanguínea.
2. Se debe de tener una reserva de hemoconcentrados disponibles.
3. Disponer de un lugar adecuado para la resolución del embarazo, no solo en instalaciones sino también en personal.
4. Evaluación previa por anestesiología.
5. Si es necesario, se puede realizar embolización de las arterias pélvicas como alternativa a la histerectomía o para disminuir la pérdida sanguínea en la histerectomía.

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 de 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 (15).

Manejo conservador. Es una medida que consiste en evitar la histerectomía, al menos en ese momento, y tratar de preservar la fertilidad. Existen diversas modalidades de manejo conservador, que incluyen:

- Dejar la placenta en su lugar (totalmente o en fragmentos).
- Resección del lecho placentario y su reparación.
- Extracción y legrado obstétrico.
- Empleo de medicamentos asociados a cualquiera de los anteriores puntos.
- Empleo de algún medio que cause isquemia (embolización, ligadura de vasos, etc.) del lecho placentario.

a) **Manejo expectante sin medicamentos.**

Dejar la placenta in situ y ligadura del cordón, con vigilancia periódica de la placenta mediante ultrasonografía, esperando que la placenta alumbre por su propia cuenta o extraerla por histerectomía en el momento que se diagnostique hemorragia profusa o infección (17). Otra medida consiste en la extracción manual placentaria, seguida de exteriorización uterina, suturar el lecho placentario, masaje uterino, uterotónicos e

inclusive legrado, para evitar la hemorragia profusa. Cabe mencionar que el curetaje puede favorecer en un nuevo embarazo el acretismo placentario (5,17).

b) **Manejo expectante con medicamentos.**

Golan y cols (18), describieron el empleo de oxitocina inyectada directamente en el cordón umbilical posterior al nacimiento del feto y esperar el alumbramiento. El uso de la oxitocina en estos estudios parece ser que ayuda al alumbramiento, sin embargo, la morbilidad no disminuye a comparación del uso de la extracción manual placentaria.

La embolización angiográfica de las arterias uterinas, ha sido empleada en algunos casos de acretismo placentario, con resultados ambiguos.

Algunos autores la proponen de forma previa a la histerectomía para reducir la pérdida sanguínea, posterior al nacimiento del feto. Se realiza la embolización y posteriormente alumbramiento manual o continuar con manejo expectante para que ocurra el alumbramiento (19). La resección del lecho placentario también ha sido descrita como método conservador del útero. Consiste en tomar ampliamente un segmento de útero que incluya el lecho placentario y posteriormente su reparación, empleando sutura con poliglactina 910 del número 1, con puntos colchonero horizontal para los bordes uterinos, junto a pegamento de fibrina (Tissucoltm®, Baxter-Immunottm®) en el lecho placentario. Este método presume preservar la fertilidad, sin embargo, los estudios a futuro sobre ruptura uterina y dehiscencia de histerorrafia quedan pendientes para valorar la utilidad de esta técnica (20).

El metotrexate es un medicamento quimioterápico el cual se encuentra catalogado dentro del grupo de los antagonistas de los folatos. Su empleo en el acretismo placentario tiene como fundamento la efectividad en contra del trofoblasto proliferativo. Sin embargo, de forma más reciente se ha argumentado que después del nacimiento del feto la placenta detiene su división y por lo tanto pierde su utilidad. Primero Arulkumaran y cols (21), en 1986 y posteriormente Mussalli y cols (22), reportaron 3 casos de acretismo placentario y uso de metotrexate. En cada uno de los estudios, en dos de los tres casos fue posible conservar el útero, sin embargo, el metotrexate no fue útil para detener la hemorragia. Otros casos han sido reportados donde el empleo de metotrexate no ha tenido utilidad, como los reportados por Butt y cols (23). Hasta el momento no existen estudios con una cohorte lo

suficientemente amplia para valorar el empleo del metotrexate en el manejo conservador del acretismo placentario.

Invasión vesical. La vejiga es el órgano extrauterino que más se afecta en casos de placenta percreta. La invasión vesical representa un aumento significativo en la morbilidad materna, puesto que a pesar de los esfuerzos prenatales que se realizan en el diagnóstico y manejo de esta entidad, los resultados no son favorables. Washecka y Behling (13), en una revisión del tema a propósito de un caso, encontraron que la morbi-mortalidad era tan alta que en 39 de 54 casos reportados de invasión vesical, existió lesión urológica: lesión vesical 26%, fístula urinaria 13%, hematuria macroscópica 9%, lesión ureteral 6%, disminución de la capacitancia vesical 4%, cistectomía 44%, como también 3 muertes maternas (5,6%) y 14 muertes fetales (25,9%). Por lo anteriormente mencionado, cuando existan datos de invasión vesical, el manejo quirúrgico debe ser multidisciplinario (obstetra, urólogos, o gineco-oncólogos), para que mínimamente se efectúe cateterización ureteral previo a la operación cesárea y eventual histerectomía, y advertir a la paciente sobre la gravedad de su condición.

DISEÑO METODOLOGICO.

✓ **TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, retrospectivo.

✓ **PERÍODO DE INVESTIGACION**

01 de enero de 2000 a 31 de diciembre de 2010.

✓ **UNIVERSO.**

Todas las mujeres que consultaron el hospital nacional de maternidad durante los últimos 10 años, cuyo diagnóstico fue acretismo placentario en sus diversas modalidades ya sea que dicho diagnóstico fuese descubierto tanto prenatalmente como transoperatorio.

✓ **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Paciente de cualquier grupo étnico con presencia de embarazo que presentase acretismo placentario.
- Paciente que consulto con presencia de embarazo intrauterino único o múltiple con diagnóstico de acretismo placentario.
- Diagnóstico prenatal o transoperatorio de acretismo placentario.
- Paciente que consulta por cuenta propia y /o referido a hospital de maternidad a quien se le diagnostica acretismo placentario.

✓ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Paciente que no verificaron parto en hnm
- Todas las pacientes que no reúnan los criterios de inclusión arriba establecidos.

✓ **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

a) **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Acretismo placentario.

b) **VARIABLE DEPENDIENTE :**

- Edad.
- Paridad.
- Placenta previa
- Cesárea previa.
- Malformación uterina.
- Retención placentaria previa.
- Cirugías uterinas previas.
- Legrados

✓ **METODOLOGIA Y TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.**

Se recolectó información proveniente de los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario en el hospital de Maternidad en el período ya establecido, a través de la revisión de los mismos y plasmando dicha información en el instrumento correspondiente anexo en este protocolo, el cual proviene de una base de datos diseñada en Epi Info versión 3.5.1. en inglés.

✓ **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

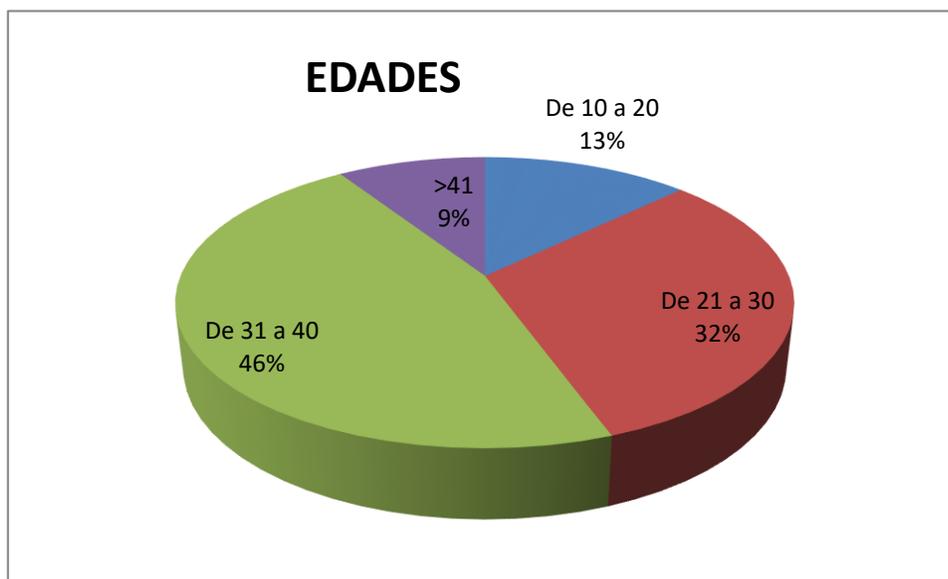
Se realizó un análisis estadístico descriptivo porcentual y medidas de tendencia central (media, moda y varianza) para describir los hallazgos. Se utilizó el software Epi Info versión 3.5.1. en inglés para crear la base de datos que facilitara el manejo de los mismos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Debido a la naturaleza de éste trabajo es importante destacar que los datos si bien provienen de expedientes clínicos de pacientes, son anónimos y que los mecanismos de resguardo de la información fueron contemplados por el autor, manteniendo una base de datos única la cual fué entregada junto con el informe final a la U.F.P. de este hospital, donde se solicitó sea resguardada por un periodo de 5 años, bajo medidas de seguridad para la protección de los datos.

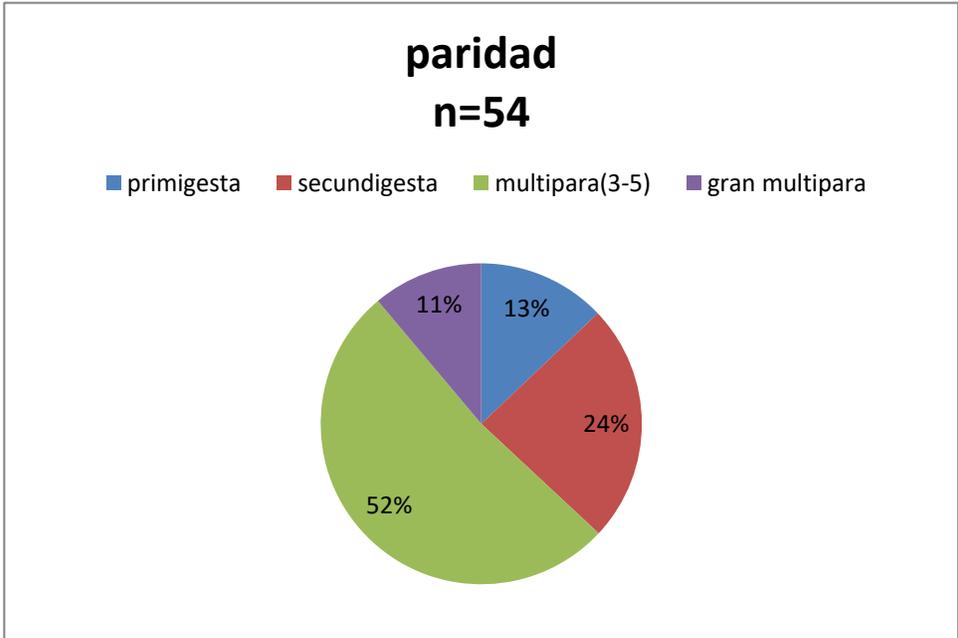
RESULTADOS

Se obtuvo una población total de 54 pacientes que resultaron con acretismo placentario. A continuación los detalles:



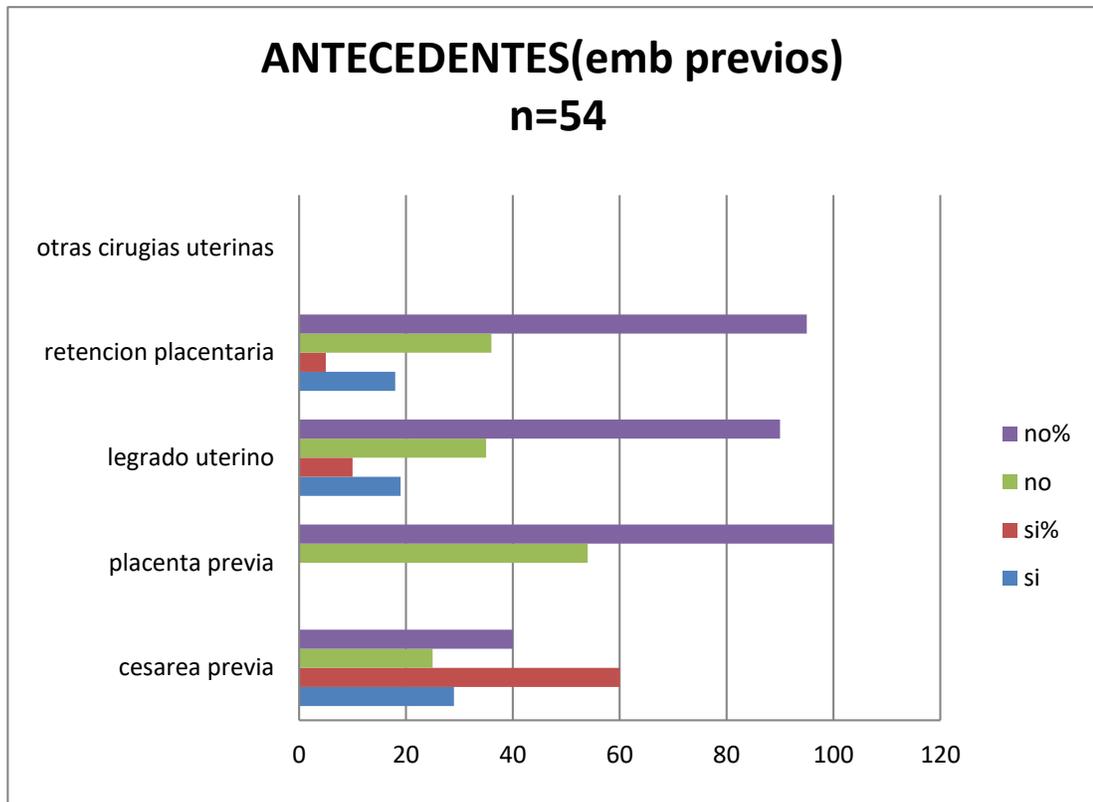
N= 54

Puede observarse que el grupo etáreo en donde fue mas frecuente el cuadro de acretismo placentario fue en la cuarta década de la vida con un 46%, seguido por, el grupo de 21-30 años con un 32%, lo que enfatiza el concepto de que esta patología se relaciona o es mas frecuente a medida avanza la edad materna asociado con la multiparidad. Se obtuvo una edad media de 30.1 años para esta patología.

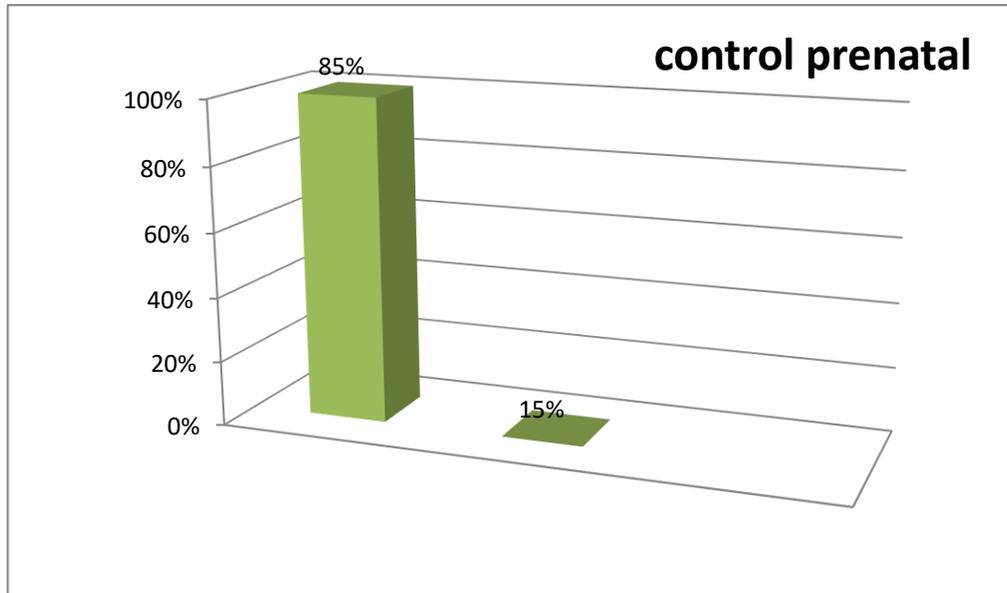


formula obstétrica	Resultados	Resultados
primigesta	13%	7
secundigesta	24%	13
multipara(3-5)	52%	28
gran multipara	11%	6
total	100%	54

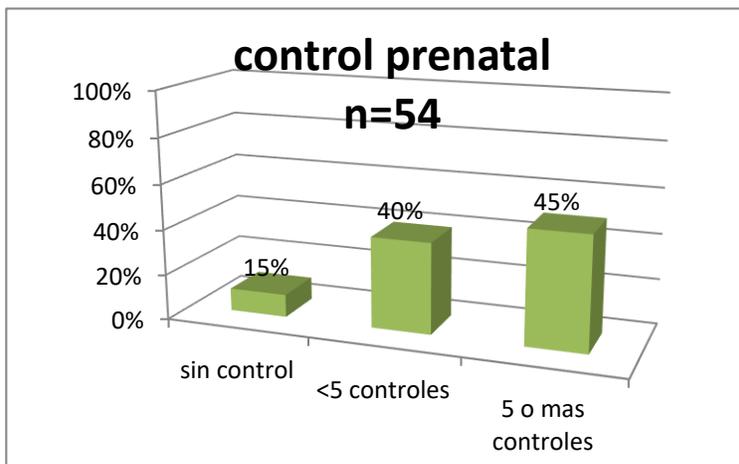
En cuanto a la paridad es muy bien conocida la relación de esta patología con la multiparidad , lo que queda en evidencia ya que al analizar el grafico podemos notar que el grupo más afectado es el de mujeres con una alta paridad, no obstante en nuestra población de estudio solo hubieron 6 pacientes grandes múltiparas que representaron el 11% de la población en estudio , pero si consideramos a los dos grupos en conjunto(múltiparas y grandes múltiparas apreciamos que juntos representan casi el 80% de los casos.



En lo que respecta a la importancia de los antecedentes médicos en embarazos previos como posibles factores de riesgo para el desarrollo de un acretismo placentario en embarazos futuros juegan un papel muy importante la presencia de cesáreas previas, con un 60% de pacientes que tenían este antecedente, seguido por el legrado uterino con un 10%, la retención placentaria con un 5%. No se logró observar la presencia de otros factores de riesgo en nuestra población como la existencia de placenta previa en embarazos previos, o la presencia de cirugías uterinas, todos los cuales es bien sabido su papel preponderante en esta patología.



En cuanto a los controles prenatales se pudo observar que el 85% de las pacientes tuvieron un control prenatal en alguna institución del sistema de salud del país.



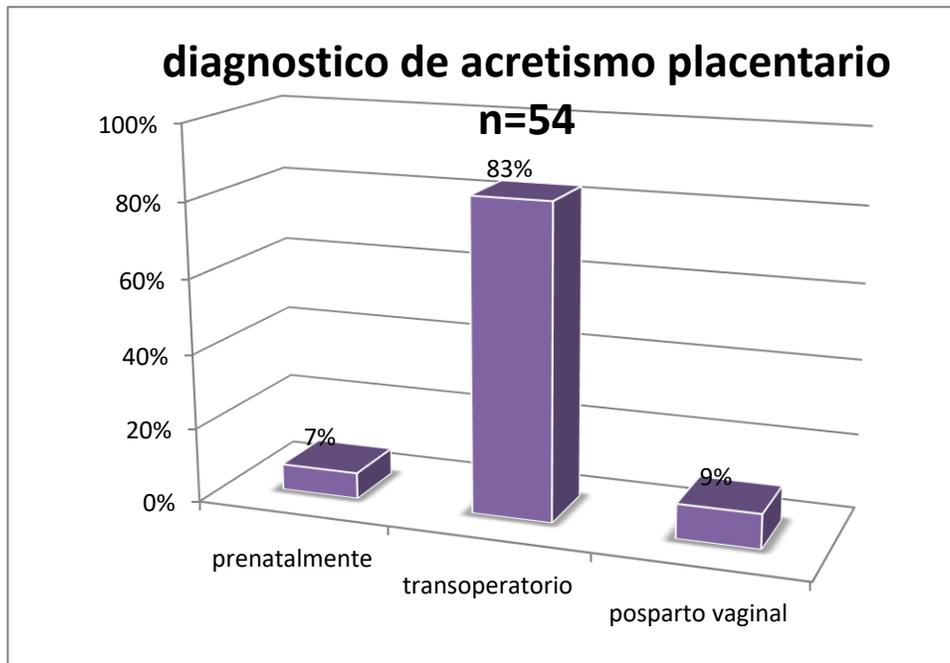
Por lo menos mas del 45% de la población de estudio tuvo la oportunidad de un control prenatal de como mínimo 5 visitas a su médico, (prenatal completo), lo cual es un elemento importante pues indica que la mayoría de las pacientes gozaron del beneficio de la atención medica a lo largo de su embarazo.



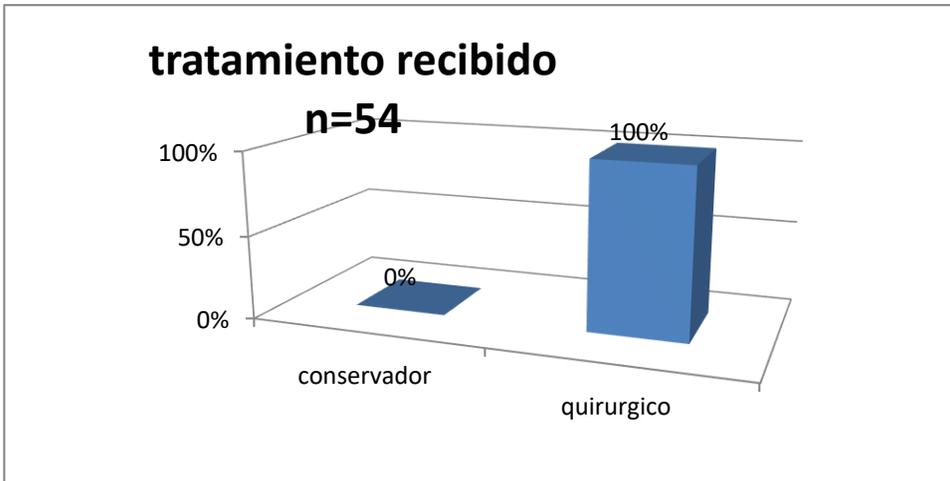
n=54

Usg en embarazo

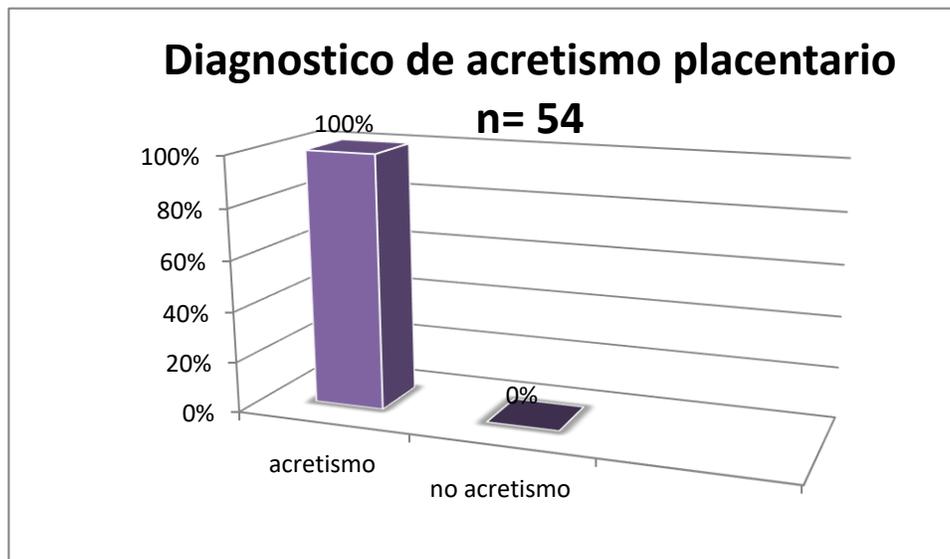
Un 65% de la población en estudio se realizó por lo menos una usg durante su embarazo que si bien es cierto su utilidad es limitada para diagnosticar o por lo menos sospechar acretismo placentario, hay autores que sostienen que la realización de esta en el prenatal sumado a la presencia de factores de riesgo como pudiera ser la existencia de placenta previa, por ejemplo, mas la acuciosidad del ultrasonografista en algunos casos orientan a sospechar un acretismo placentario.



Un 83% del diagnostico de acretismo placentario se llevo a cabo hasta que la paciente llevo a la mesa de operaciones al momento de efectuarle la operación cesárea, un 9% (5 pacientes) se constato el acretismo posterior al parto vaginal cuando no fue posible el alumbramiento placentario. En un 7%(4 pacientes) de los casos se tuvo la sospecha diagnostica por usg, (prenatalmente), siendo estos casos pacientes que cursaron con placenta previa en su embarazo, cuyo diagnostico definitivo se constató posteriormente por anatomía patológica.

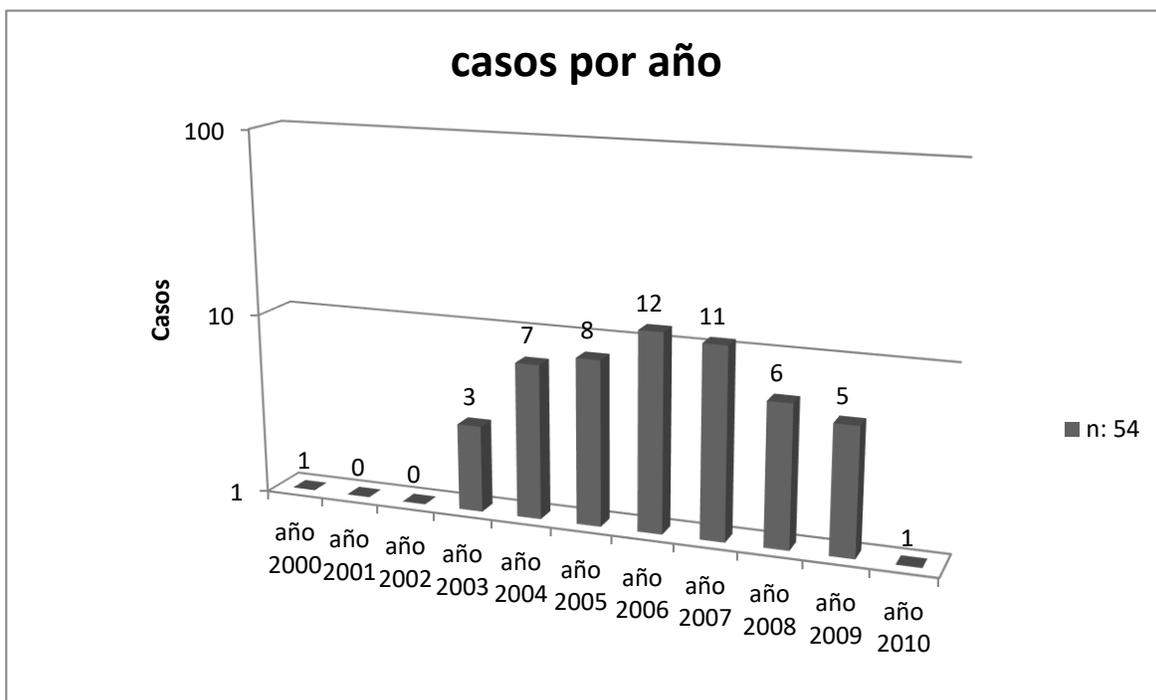


En nuestro medio es evidente que el manejo casi que obligatorio es el quirúrgico. Se menciona en la literatura la existencia de un manejo conservador, sin embargo en nuestro medio es muy difícil dar un tratamiento conservador sobre todo si muchas veces no se cuenta con los insumos necesarios para que el mismo sea factible, mientras ello no sea posible no es conveniente jugar con la seguridad de nuestras pacientes por lo que ante una complicación del embarazo como ésta es mejor un tratamiento quirúrgico definitivo.



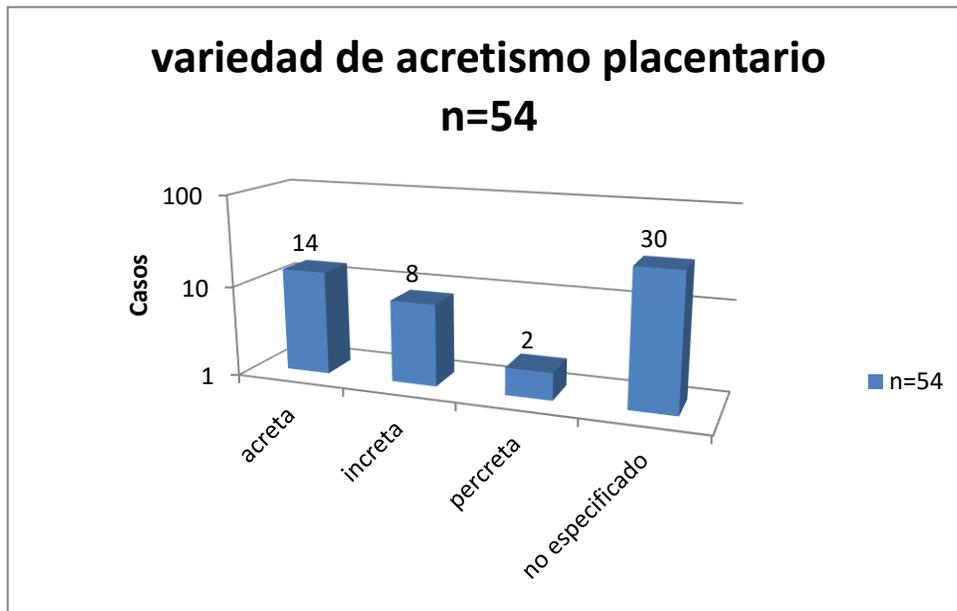
De todas las muestras enviadas para estudio patológico se pudo comprobar en el 100% de ellas el diagnostico histopatológico de acretismo placentario.

casos por año	n: 54
año 2000	1
año 2001	sin datos
año 2002	sin datos
año 2003	3
año 2004	7
año 2005	8
año 2006	12
año 2007	11
año 2008	6
año 2009	5
año 2010	1



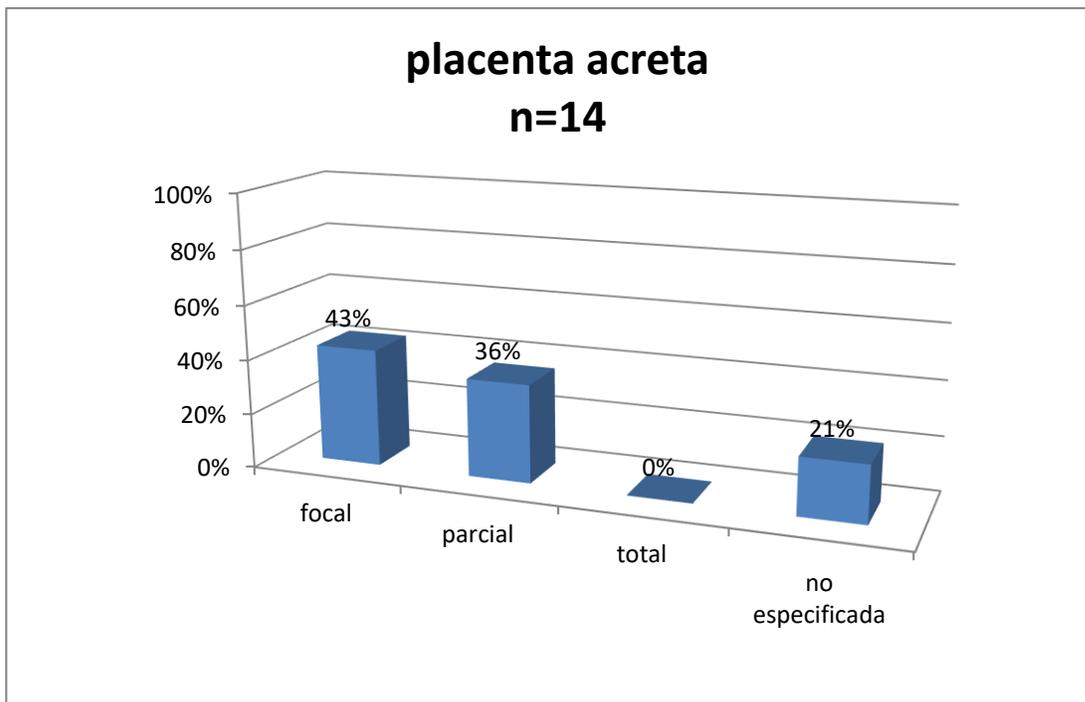
Durante el periodo de estudio se obtuvieron un total de 54 casos, siendo los años donde se observaron un mayor número de casos, los años de 2006 con 12 casos seguido por el año 2007 con 11 casos reportados; para el 2010 aparece registrado un caso. Es de hacer notar que en los años 2001-2002 no hay datos sobre acretismo placentario, no porque probablemente no ocurriesen sino más bien a que el sistema de registro del hospital para ese entonces no contaba con un sistema computarizado para el registro de los mismos, ni tampoco aparecen registrados en los diferentes libros destinados para este fin ningún caso para dichos años.

variedad de acretismo placentario	Resultados	n=54
acreta	26%	14
incretta	15%	8
percretta	4%	2
no especificado	55%	30
total	100%	54



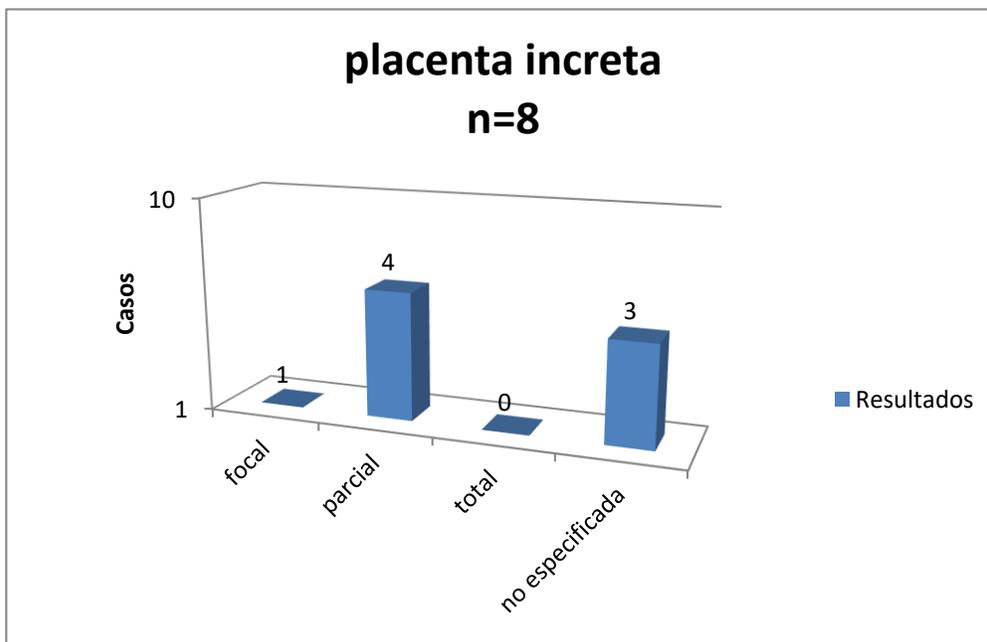
La variedad de acretismo placentario más frecuentemente encontrada fue la placenta acreta en un 26% de los casos, seguida por la incretta en un 15% y la percretta con un 4%, es de hacer notar sin embargo que en un gran porcentaje (55%) de los casos los reportes de anatomía patológica no confinaron de qué tipo de variedad de acretismo placentario se trataba, únicamente se describe el hallazgo como acretismo placentario.

placenta acreta	Resultados	Resultados
focal	43%	6
parcial	36%	5
total	0%	0
no especificada	21%	3
Total	100%	14



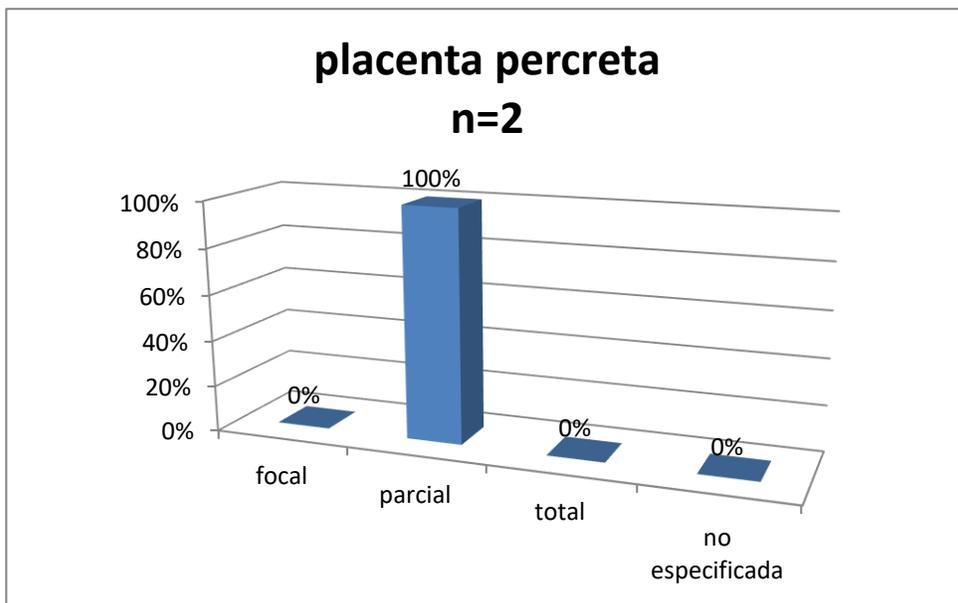
Atendiendo a la clasificación según su extensión, en cuanto a la placenta variedad acreta en un 43% de los casos su extensión fue focal; fue parcial en un 36% de los casos y no se reportaron casos en los que esta fuese de extensión total; mas sin embargo en un 21% de los casos no se especificaba su grado de extensión en los reportes de anatomía patológica.

placenta increta	Resultados	Resultados
focal	13%	1
parcial	50%	4
total	0%	0
no especificada	38%	3
Total	100%	8

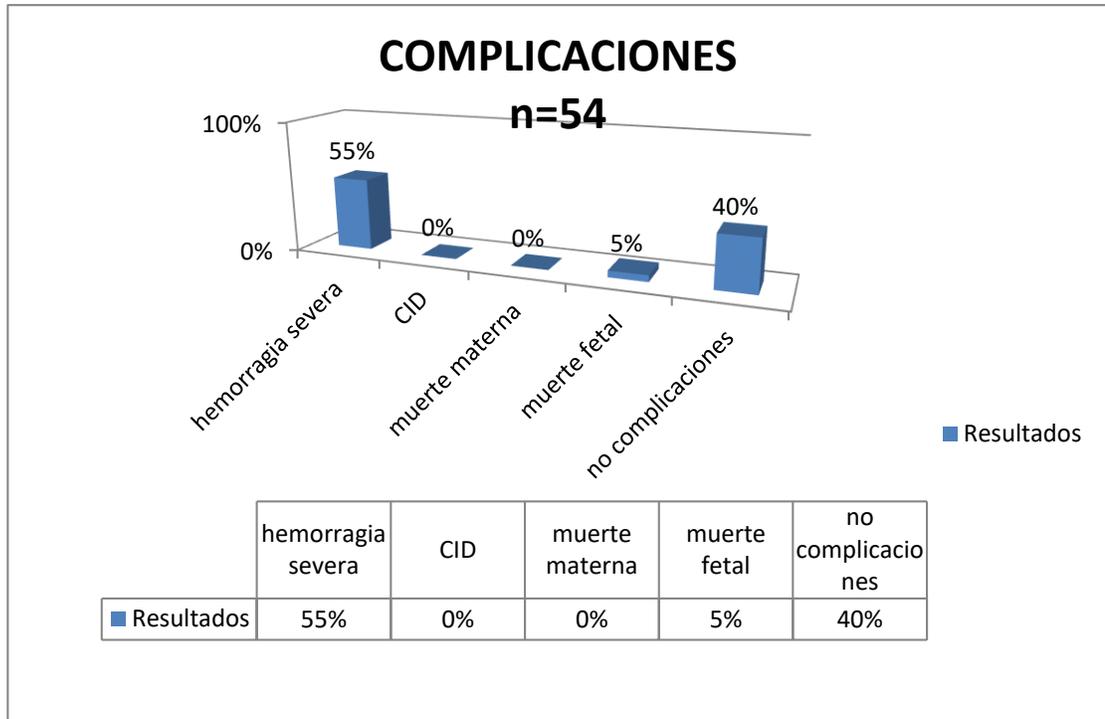


En cuanto a la variedad increta, cuyo número total fueron 8, la mitad de los casos fueron de extensión parcial; un 13 % de los casos (1) fue focal. En 3 casos no se especifico su extensión. Así mismo no se reportó ni una placenta increta con extensión total.

placenta percreta	Resultados	Resultados
focal	0%	0
parcial	100%	2
total	0%	0
no especificada	0%	0
Total	100%	2

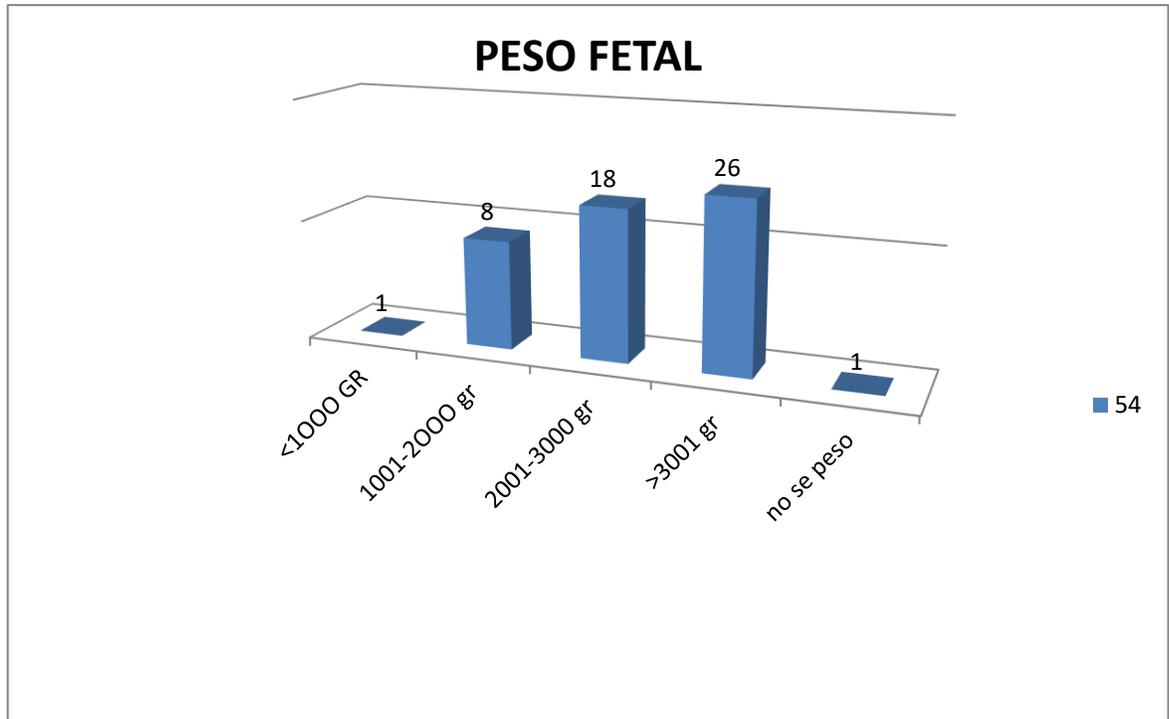


Solo hubieron 2 casos de placenta percreta, las cuales fueron de extensión parcial.
Sin llegar a comprometer órganos vecinos como vejiga y/o recto.

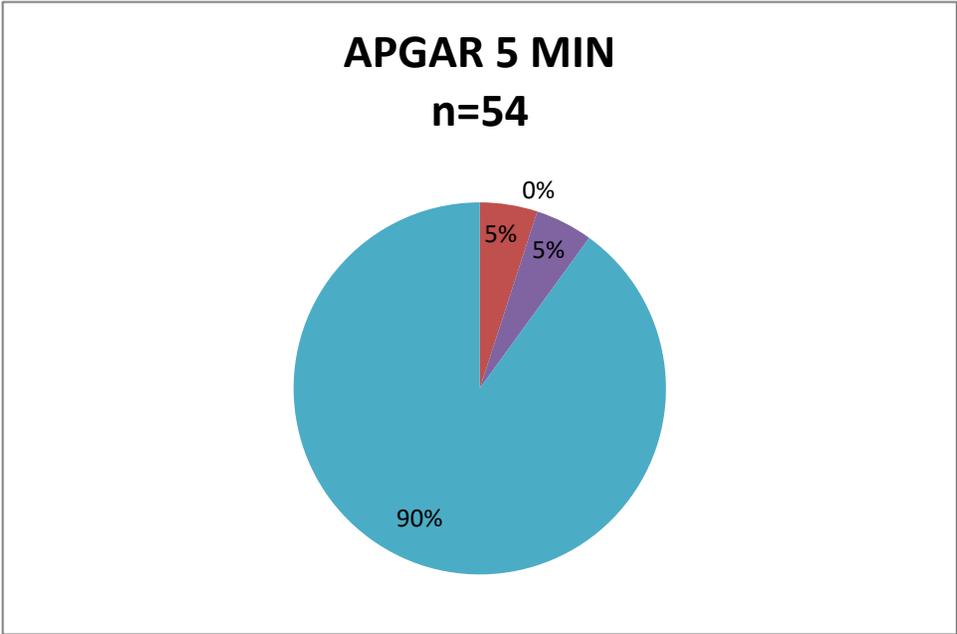
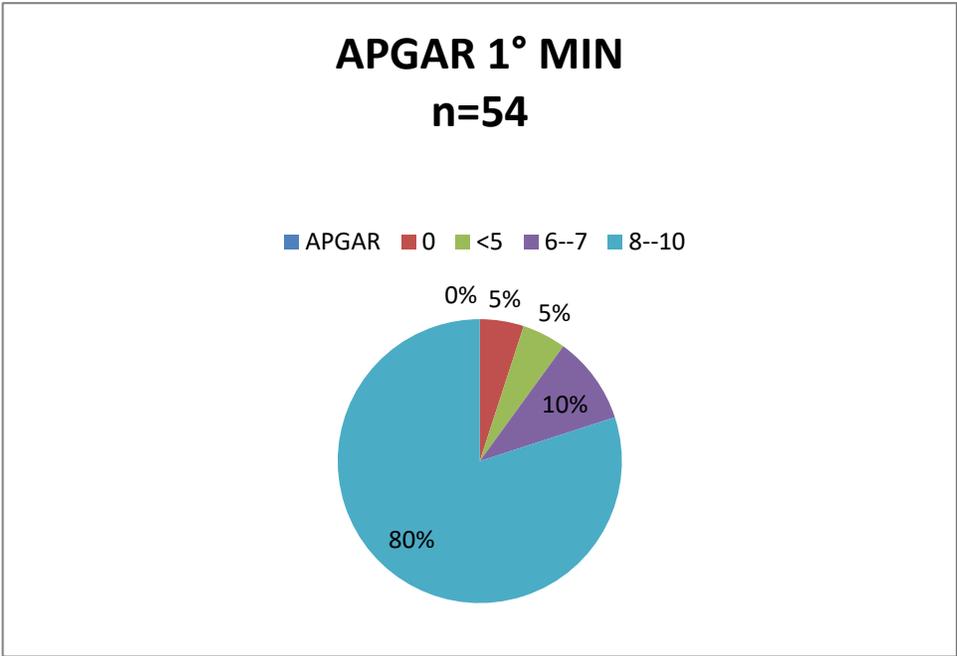


Entre las complicaciones medicas que se pudieron observar, la hemorragia constituyó el hallazgo más notorio, sin embargo pese a ésta no se tuvo ningún caso de mortalidad materna, lo cual refleja que se dió un manejo adecuado de esta complicación potencialmente fatal.

Solo se describe un caso de muerte fetal, el cual era producto de un embarazo de 22 semanas y con un peso ligeramente superior a los 500grs.



Salvo un RN de 22 semanas de gestación y con un peso que apenas sobrepasaba los 500 grs y el cual falleció. En general la mayoría de los infantes tuvieron una buena evolución clínica, y con pesos fetales aceptables, el mayor grupo lo constituyo aquellos RN con un peso entre los 3000 grs o mas (48%), seguidos en un 33% por fetos entre los 2000-3000grs.



En general tal como puede apreciarse en los gráficos la gran mayoría de RN obtuvieron un puntaje de apgar arriba de 8 puntos tanto al 1° como al 5° minuto, con una evolución clínica satisfactoria.

CONCLUSIONES

El acretismo placentario supone una entidad grave que debe manejarse de forma preferente en una institución de tercer nivel de atención y con equipo quirúrgico competente. Hasta la fecha no existe un solo tratamiento que se pueda considerar como el óptimo, puesto que la histerectomía es curativa y la morbilidad materna asociada es elevada. El tratamiento quirúrgico es un desafío a las habilidades de los médicos, donde pareciera que el manejo conservador es un recurso útil en ausencia de hemorragia masiva y con intencionalidad de preservar la fertilidad, pero que requiere de mayores estudios en cuanto a su práctica.

El acretismo placentario es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna por hemorragia masiva en el posparto inmediato .

Se deben de identificar factores de riesgo como lo son el antecedente de cesareas anteriores , edad , multiparidad, antecedente de legrados uterinos reiterados , síndrome de asherman o cirugías uterinas previas en toda paciente gestante..

Se reconoce la limitación de la ecografía en la evaluación de la inserción placentaria cuando esta se halla en la cara posterior del útero, utilizando en estos casos la RMN. el diagnosticar antes del parto una placenta acreta es una oportunidad insuperable que permite una adecuada planificación médico-quirúrgica del parto.

En los casos presentados se confirmó el diagnóstico anátomo-patológico de esta entidad clínica, en donde afortunadamente no se presentó ningún caso de mortalidad materna pese a que como se ha expuesto a lo largo de este trabajo el riesgo materno-fetal es elevado.

RECOMENDACIONES

El pronóstico de ésta patología está directamente influenciado por los siguientes factores

- Accesibilidad a los centros de salud
- Personal capacitado. (obstetra, anestesistas, personal de laboratorio, etc.
- Infraestructura e insumos adecuados.etc.

Dada las circunstancias que estos casos de grave emergencia obstétrica ocurren, a pesar de la baja incidencia estadística en la casuística es de recalcar que los Servicios de Maternidad, Laboratorio, banco de sangre, Neonatología y terapia Intensiva deben contar con los recursos humanos y materiales necesarios para la atención satisfactoria de todos los casos que así lo requieren durante las 24 horas del día. por lo cual es crucial el reforzamiento de estas áreas con insumos humanos y materiales idóneos.

Es importante la capacitación continua del personal de salud en las técnicas necesarias para enfrentar esta urgencia médica.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología de México. Edición 2003. Marketing y Publicidad de México, 2003; 129-32.
- ✓ Lira J, Ibarbuengoitia F, Argueta M, Karchmer S. Placenta previa/acreta y cesárea previa Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología Ginec Obst Mex 1995; 63(8):337-40
- ✓ . Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:210-4.
- ✓ . Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:1458-61.
- ✓ . Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol 2006; 107:927-41.
- ✓ . Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. J Ultrasound Med 1992; 11:333-43.
- ✓ . Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84:716-24.
- ✓ . Palacios J, Bruno C, Pesaresi M, Hermosid S, Gil A. Diagnóstico diferencial de los trastornos adherenciales de la placenta por resonancia magnética nuclear contrastada: acretismo y percretismo placentario. REV CHIL OBSTET GINECOL 1999; 64(1):34-40.
- ✓ . Washecka R, Behling A. Urologic complications of placenta percreta invading the urinary bladder: a case report and review of the literature. Hawaii Med J 2002; 61:66-9.
- ✓ . Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta : a review. Obstet Gynecol Survey 1998; 53(8):509-17.
- ✓ . Breen JL, Neubecker RL. Placenta accreta. ACOG Committee Opinion No 266. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2002; 99:169-70.
- ✓ Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clement D, Cabrol D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. Obstet Gynecol 2004; 104:531-6.

- ✓ Descargues G, Clavier E, Lemercier E, Sibert L. Placenta percreta with bladder invasion managed by arterial embolization and manual removal after cesarean. *Obstet Gynecol* 2000; 96(5 Pt 2):840.
- ✓ . Palacios JM, Pesaresi M, Nassif JC, Hermosid S. Anterior placenta percreta: surgical approach, haemostasis and uterine repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:738-44.
- ✓ . Arulkumaran S, Ng Cs, Ingemarsson I, Ratnman SS. Medical treatment of placenta accreta with methotrexate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65(3):285-6.
- ✓ . Mussalli GM, Shah J, Berck DJ, Elimian A, Tejani N, Manning FA. Placenta accreta and methotrexate therapy: three cases reports. *J Perinatol* 2000; 20(5): 331-4.
- ✓ . Butt K, Gagnon A, Delisle MF. Failure of methotrexate and internal iliac balloon catheterization to manage placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2002; 99:981-2.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

1. Identificación

Edad _____ Paridad _____ Registro _____.

2 .Antecedentes

a) Cesárea Previa: si _____ no _____ Cuantas? _____.

b) Placenta previa si _____ no _____.
(emb. Previos)

c) Legrado uterino si _____ no _____ Cuantos? _____.

d) Retención Placentaria si _____ no _____.

e) otras cirugías uterinas (explique): _____

3. Control Prenatal

Llevó control prenatal? si _____ no _____ Cuantos? _____

4. ultrasonografía

a) Se realizó usg obstétrica en embarazo? si _____ no _____

❖ Si la respuesta es afirmativa indicar trimestre de realización de la misma.

1° trimestre _____ 2° trimestre _____ 3° trimestre _____.

b) Sospecha de acretismo Placentario por usg? Si _____ no _____

c) Placenta Previa por usg: 1° trimestre si _____ no _____
2° trimestre si _____ no _____
3° trimestre si _____ no _____

5. diagnostico de acretismo placentario.

a) Prenatalmente: b) transoperatorio _____

a.1.) Usg _____

a.2.) RMN _____

a.3.) cistoscopia _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

6. Tratamiento recibido

- a) Conservador: _____ b) quirúrgico (HAT) _____
- a.1.) Extracción Placentaria y _____
 Legrado obstétrico.
- a.2.) Embolización o _____
 Ligadura de vasos
- a.3.) medicamentos:
 a.3.1) Oxitocina _____
 a.3.2) Metrotexate _____

7. Histología

❖ (resultado del estudio histopatológico)

- 7.a) Acretismo placentario: _____ 7.b) No Acretismo _____
- 7.a.1) Placenta Acreta _____
7.a.2) Placenta Increta _____
7.a.3) placenta precreta _____

8. Resultado materno-perinatal

- 8.a) Complicaciones:
- 8.a.1) hemorragia severa _____
- 8.a.2) CID _____
- 8.a.3) Muerte Materna. _____
- 8.a.4) muerte fetal _____
- 8.a.5) peso fetal al nacer _____
- 8.a.6) APGAR
 8.a.6.1) 1º min _____
 8.a.6.2) 2º min _____

ACTIVIDAD	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBR				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica																																
Elaboración, discusión y aprobación del protocolo de investigación.																																
Diseño y elaboración de instrumento de recolección de datos.																																
Recolección de datos																																
Tabulación de datos																																
Análisis de datos																																
Elaboración del informe final																																
Presentación de informe final.																																
Preparación defensa.																																
Defensa de tesis																																