

# ACRETISMO PLACENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DEL TEMA

## PLACENTA ACCRETA . A PURPOSE OF A CASE REPORT AND REVIEW OF THE ISSUE

*Johanna Patricia Ospino Bayona<sup>1</sup>, Darwin David Torralvo Jimenez<sup>2</sup>*

### RESUMEN

El acretismo placentario se define como la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia parcial y/o total de la decidua basal con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. Debido a que incrementa la morbimortalidad materno-fetal y al aumento de su frecuencia en las últimas décadas, ocasionado por la práctica de la operación cesárea, ha llamado la atención de la Organización Mundial de la Salud. El diagnóstico anteparto es fundamental para disminuir la característica catastrófica de esta alteración. Se presenta el caso de una paciente de 32 años de edad, G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>C<sub>1</sub>V<sub>2</sub>, con 37 semanas de gestación según ecografía, que consulta por cuadro de dolor tipo cólico en hipogastrio, irradiado a región lumbar, se hizo diagnóstico de acretismo placentario apoyado en RMN y ecografía. Fue sometida a cesárea-histerectomía y el estudio anatómico-patológico confirmó placenta increta. Actualmente la paciente se encuentra en su convalecencia en casa, con evolución satisfactoria.

**Palabras Clave:** acretismo placentario, placenta acreta, placenta increta, placenta percreta, placenta previa.

### ABSTRACT

Placenta accreta is defined as the abnormal insertion of part or all of the placenta , with partial or complete absence of the decidua basalis with penetration of the chorionic villi into the myometrium. Because it increases the maternal-fetal morbidity and mortality and its frequency has increased in recent decades , caused by the practice of cesarean section, this condition has attracted the attention of the World Health Organization. Antepartum diagnosis is essential to reduce the catastrophic feature of this disorder. It is reported the case of a patient 32 years old, G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>C<sub>1</sub>V<sub>2</sub>, with 37 weeks of gestation by ultrasound who consulted for cramping pain in lower abdomen radiating to the lumbar region; diagnosis of placenta accreta supported by MRI and ultrasound was performed. She underwent cesarean-hysterectomy and pathological study confirmed increta placenta. Currently the patient is in his convalescence at home, with satisfactory outcome

**Keywords:** placental acretism, placenta accreta, placenta increta, placenta percreta, placenta praevia.

**Recibido:** Marzo 30 de 2014

**Aceptado:** Mayo 28 de 2014

---

1. MD Residente de Ginecología y Obstetricia III año Universidad Libre, Barranquilla, johannaospino@hotmail.com

2. MD Residente de Ginecología y Obstetricia III año Universidad Libre, Barranquilla

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la medicina han sido innumerables los desarrollos que han permitido afrontar condiciones peligrosas para la vida del paciente; en la obstetricia, la operación cesárea ha sido un elemento definitivo para la mejorar el pronóstico de patologías como las distocias, las hemorragias del tercer trimestre y la preeclampsia, pero el incremento en la frecuencia de su práctica ha repercutido en el surgimiento de la placenta acreta como un problema de salud pública de algunos países. El aumento en la tasa de cesáreas se debe en parte a su posibilidad de ser electiva y por petición materna. También cabe resaltar el incremento sustancial en la tasa de abortos que terminan en legrados obstétricos como otro factor que favorece el incremento de la incidencia del acretismo placentario (1).

La placenta acreta se define como la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia parcial y/o total de la decidua basal (también llamada capa fibrinoide de Nitabuch) y anormalidad de la decidua basal con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.

El acretismo placentario conjuntamente con la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta se encuentra entre los principales factores de hemorragia obstétrica, una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y fetal. Su incidencia ha ido en aumento hasta en diez veces en los últimos 50 años, y se presenta desde un caso por cada 2.500 partos hasta un caso por cada 533 partos (2). Este fenómeno ha estado asociado con en el incremento en la frecuencia de la operación cesárea

La morbilidad y la mortalidad materna por placenta acreta son considerables ; La tasa de mortalidad se ha reportado en 7%, con una gran morbilidad intraoperatoria y postoperatoria asociada a transfusiones sanguí-

neas masivas, infecciones, daño ureteral y formación de fístulas. Los factores de riesgo para placenta accreta incluyen placenta previa con o sin cirugía uterina anterior, antecedente de miomectomía, síndrome de Asherman, leiomioma submucoso y edad materna mayor de 35 años. Las mujeres con cesárea anterior, tienen cerca de 25% de riesgo de desarrollar placenta accreta, por lo cual los obstetras deben tener alta sospecha clínica y tomar las precauciones respectivas en estos casos (3).

Los acontecimientos descritos en los párrafos anteriores obligan a tener en cuenta las ventajas y complicaciones de la cesárea como procedimiento quirúrgico, porque predispone a padecimientos como el acretismo placentario y la anomalía de la inserción placentaria que antes eran infrecuentes y se constituyen, en la actualidad, como la segunda causa de hemorragia obstétrica en el mundo. Al comparar los riesgos y beneficios de la cesárea electiva o por petición materna, queda claro por qué se ha llegado a la conclusión de que en ausencia de indicaciones maternas o fetales, el parto es la vía más segura de terminación del embarazo (4).

Para contrarrestar sus potenciales complicaciones es importante, por una parte, contar con un equipo multidisciplinario que permita reducir la morbilidad/mortalidad materna y neonatal, que parta de la prevención primaria, para identificar factores de riesgo y establecer el diagnóstico temprano y por la otra, el uso de los estudios de imágenes, porque ellos permiten detectar marcadores sugerentes de acretismo tan temprano como las 8,4 a 14,2 semanas de edad gestacional, lo que permite el tiempo suficiente para la toma de precauciones y decisiones. La mayor parte de las veces se requiere la histerectomía obstétrica como tratamiento definitivo, que suele ser un desafío a las habilidades de los médicos. Sin embargo, el tratamiento conservador, con uterotónicos y la embolización de arterias uterinas ha mostrado buenos resultados, aún con evidencia limitada (5).

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 32 años de edad, G3P1C1V2, quien consultó por cuadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio, irradiado a región lumbar. Refirió sentir movimientos fetales ese mismo día, negó sangrado y/o amenorrea, la edad gestacional fue de 37 semanas según ecografía del II trimestre, grupo sanguíneo A RH+; presentó al ingreso dos ecografías que diagnosticaban placenta previa (Tabla 1), y una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) realizada hacía aproximadamente un mes con diagnóstico de placenta previa oclusiva total, y pérdida de continuidad miometrial, con zona de cicatriz y/o acretismo en el límite con el segmento uterino (Figura 1). Entre los antecedentes personales patológicos no refirió datos importantes; en cuanto a los quirúrgicos, cesárea hacía 10 años por feto en presentación pélvica; ginecológicos: menarquia a los 12 años, ciclos 30 x 6, inicio de vida sexual y obstétrica a los 17 años de edad, negó planificación familiar, fecha de última menstruación 18/07/2013 no confiable, con edad gestacional de 33,6 semanas y controles prenatales en cinco ocasiones

En el examen físico: Presión Arterial (PA), 120/70 mmHg; Frecuencia Cardíaca (FC), 70 latidos/min; Frecuencia Respiratoria (FR), 16 respiraciones./min; Temperatura corporal (T), 36,5 °C. buen estado general, consciente, alerta, abdomen globoso por útero grávido; Altura Uterina (AU), 35 cm, feto único, longitudinal, cefálico, dorso derecho, Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), 140 latidos/min, Dinámica Uterina (DU), 1/10'/40"; en evaluación ginecológica (GU), se evidenciaron genitales externos normoconfigurados, especuloscopia que mostró cérvix de aspecto sano, leucorrea grumosa de color verde, fétida, sin sangrado; al Tacto Vaginal (TV): cuello posterior, largo, cerrado; resto del examen físico sin hallazgos anormales. Diagnósticos: Embarazo de 37 semanas por ecografía de II trimestre, feto único vivo, placenta previa oclusiva total, acretismo placentario, y

alto riesgo obstétrico por cesárea anterior y por diagnósticos anotados. Fue valorada por el servicio de ginecología y se prescribió hospitalización para cirugía, reposo, monitoreo fetal (Figura 2a, Tabla 1), cuadro hemático, VDRL y prueba de VIH (Tabla 1). El servicio de perinatología ordenó iniciar trámites, preparar equipo quirúrgico para desembarazar y vigilancia estricta materno-fetal. La paciente y los familiares fueron informados sobre los riesgos quirúrgicos y firmaron el consentimiento. Hubo coordinación para garantizar la presencia de un cirujano general, un urólogo y dos ginecólogos durante el procedimiento; la Unidad de Cuidados Intensivos obstétrica (UCI), y la UCI neonatal (UCIN) fueron preparadas. Se reservaron 10 unidades de Glóbulos Rojos Empacados (GRE) y 10 unidades de plasma; la paciente fue transfundida con una unidad de GRE para garantizar concentración de hemoglobina (Hb), mayor de 10 gr/dl.

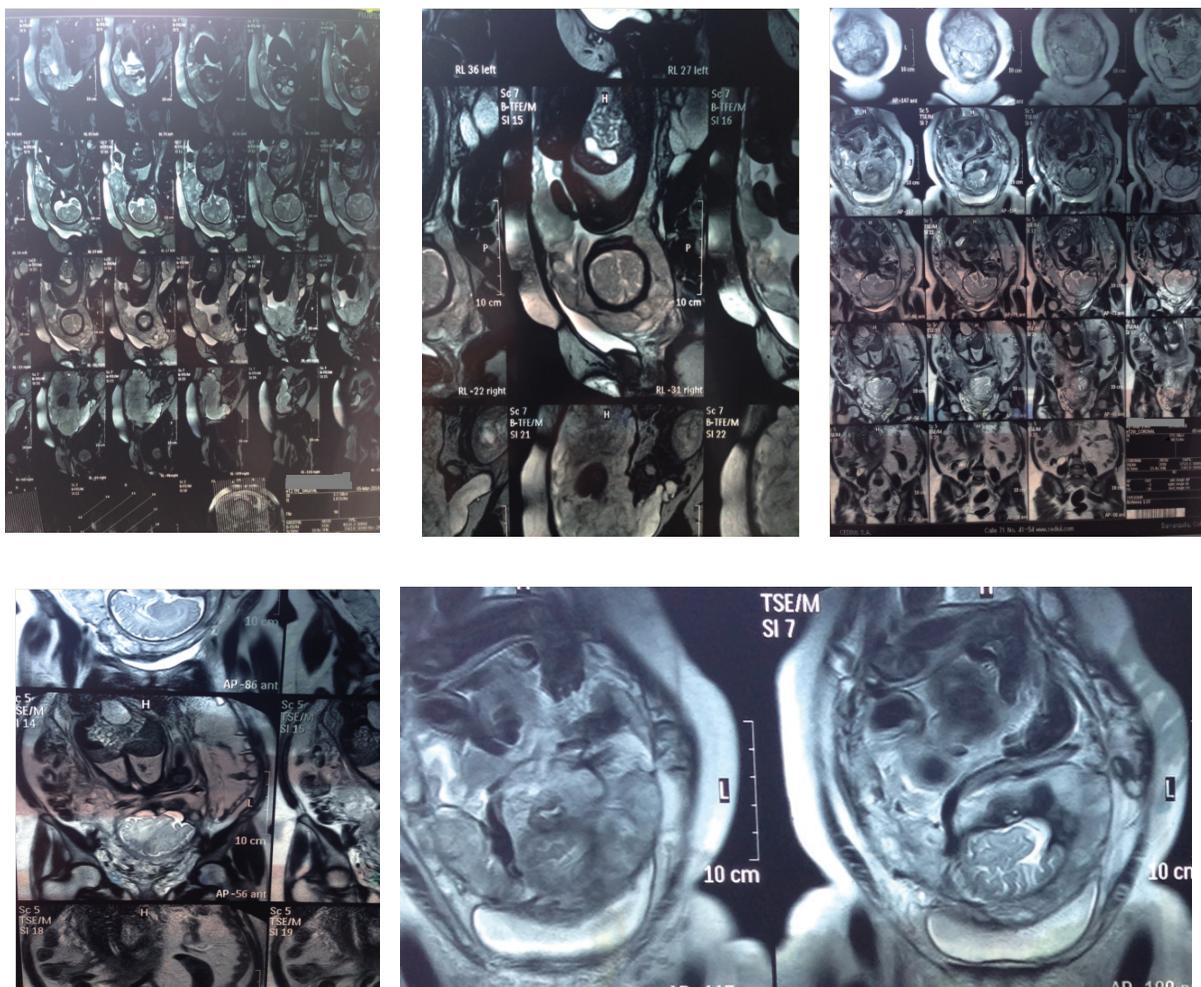
Después de más de 72 horas de hospitalización, durante las cuales la paciente mantuvo estabilidad hemodinámica y no desencadenó dinámica uterina, exámenes rutinarios (cuadro hemático, TP y TPT), (Tabla 1), y nuevo monitoreo fetal (Figura 2b, Tabla 1), fue practicada bajo anestesia general, una cesárea fúndica transperitoneal acompañada de histerectomía abdominal total y cistografía, con los siguientes hallazgos: placenta percreta con compromiso de la serosa anterior del útero e invasión de la pared lateral uterina izquierda y de parametrios ipsilaterales, placenta previa con compromiso de cérvix y adherencias de la pared posterior de la vejiga a la serosa del útero; se extrajo recién nacido único de género femenino, talla: 49cm, peso: 3.190 gramos, Apgar: 8/10, 9/10 y se trasladó al servicio de neonatología. Durante la cirugía hubo sangrado aproximado de 3.000 cc que requirió reposición con 2.000cc de cristaloides, 500cc de coloides y transfusión de dos unidades de GRE. Además, la paciente presentó sangrado en capa por lo que se realizó empaquetamiento con tres compresas y se trasladó a UCI en el postoperatorio inmediato para monitoreo hemodinámico.

mico y soporte ventilatorio, allí fue transfundida nuevamente con una unidad de GRE, posterior a lo cual la Hb alcanzó el valor de 11,5 gr/dl. En la UCI evolucionó satisfactoriamente y a las 48 horas se realizó desempaquetamiento en sala de cirugía, sin complicaciones; después de 4 días fue trasladada al servicio de hospitalización de baja complejidad y posterior a 4 días

adicionales de evolución satisfactoria fue dada de alta con recomendaciones y signos de alarma.

El estudio de patología reportó: 1. Placenta increta con evidencias de infartos antiguos y hemorragia reciente intervellosa, y cordón umbilical con clásica distribución arteriovenosa. 2. Endometrio con edema y vasocongestión.

Figura 1. Resonancia Magnética Nuclear



Fuente: Historia Clínica

**TABLA 1. Exámenes paraclínicos**

PARACLÍNICOS	FECHA	RESULTADO
Ecografía	11/10/2013	Embarazo de 16,2 semanas. A la fecha, embarazo de 37 semanas.
Ecografía	16/01/2014	Embarazo de 30,5 semanas. A la fecha, embarazo de 37,5 semanas, oligoamnios leve, ILA 5,7cm, placenta previa marginal, Peso: 1.556 gramos, doppler color y análisis espectral dentro de límites normales para la edad gestacional.
Ecografía	05/02/14	Embarazo de 33,3 semanas. A la fecha, embarazo de 37,4 semanas, bienestar fetal, perfil biofísico 8/8, circular simple de cordón en cuello fetal, placenta previa anterior oclusiva asimétrica.
Ecografía	05/03/2014	Embarazo 37 semanas. A la fecha, embarazo de 37,1 semanas, placenta oclusiva total con probables signos de acretismo, perfil biofísico 8/8, se recomendó RMN.
RMN	05/03/2014	Placenta previa oclusiva total, con pérdida de continuidad miometrial, zona de cicatriz y/o acretismo en limite con segmento uterino. La vejiga presentó contenido líquido, paredes de grosor adecuado, serosa integra. Estructuras intestinales adyacentes normales. Ectasia renal derecha materna por útero grávido.
Monitoreo fetal sin estrés (NST)	06/03/2014	Categoría I
Hemograma	07/03/2014	Hb: 9,9 gr/dl; Hto: 29,6%; Leucos: 9800 Plaquetas: 318000.
VDRL / VIH	07/03/2014	No reactivo/ Negativo.
Monitoreo fetal	09/03/2014	NST categoría I
Hemograma	09/03/2014	Hb: 10,1 gr/dl; Hto: 29,7%; Leucocitos: 9.300/mm <sup>3</sup> Plaquetas: 286.000/microlitro.
TP	09/03/2014	14,9 seg.
TPT	09/03/2014	29,8 seg

Fuente: Historias clínicas

**Figura 2. Monitoreos fetales sin estrés (NST). (a) al ingreso, (b) control previo a cesárea-histerectomía. Obsérvese las características de normalidad (categoría I)**



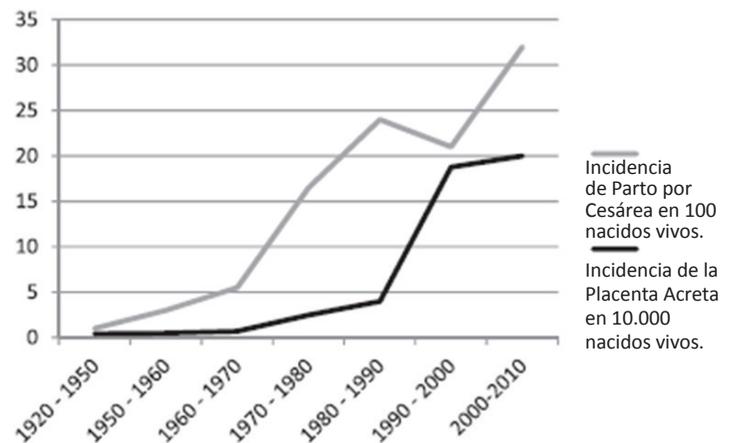
Fuente: Historia Clínica

## DISCUSIÓN

Fue una paciente que, conforme con la literatura científica, tenía varios de los factores de riesgo reconocidos para el acretismo placentario: Edad superior a 30 años, una cesárea anterior, diagnóstico ecográfico de placenta previa. El acretismo placentario se define como la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia parcial y/o total de la decidua basal (también llamada capa fibrinoide de Nitabuch) y anormalidad de la decidua basal con penetración de las vellosidades coriales y el miometrio. La creciente incidencia de operación cesárea combinada con el aumento de la edad materna ha ocasionado un incremento de diez veces en la frecuencia de placenta acreta en los últimos 50 años, presentándose desde un caso/2.500 hasta un

caso/533 partos entre los años de 1982 al 2000 (Figura 3) (2).

**Figura 3. Gráfico comparativo de aumento de la incidencia de parto por cesárea y Placenta Acreta en EEUU**



Fuente: Wortman, et al (6)

El diagnóstico de acretismo placentario se limita al empleo de métodos como ultrasonido Doppler y la resonancia magnética. Sin embargo, el diagnóstico definitivo es por medio de histopatología, al comprobar la invasión de las vellosidades coriales al miometrio. Como ocurrió en el caso presente, el diagnóstico prenatal de acretismo placentario y sus variantes, permite realizar una adecuada planificación quirúrgica y preparación de la paciente, lo que facilita un abordaje multidisciplinario que disminuye las complicaciones. Las principales opciones de manejo reportadas en la literatura son: Cesárea-histerectomía, extirpación de la placenta, embolización de las arterias uterinas y manejo conservador (7).

En nuestro medio el manejo de las pacientes con acretismo es mediante la histerectomía obstétrica, que involucra alto riesgo materno, debido a la necesidad de transfusión sanguínea, cistostomía, admisión a UCI, infección y hospitalización prolongada. No hay una técnica quirúrgica especial descrita para estos casos; en cuanto al tipo de incisión se recomienda en la mayor parte de los textos una mediana infraumbilical debido a que se obtiene mejor exposición de los vasos sanguíneos pélvicos. La histerotomía debe ser realizada con base en 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.

Las principales complicaciones son: hemorragia profusa, inestabilidad hemodinámica, choque, coagulación intravascular diseminada, lesión de órganos vecinos como lo son vejiga, uréteres e intestino. Debido al aumento en la incidencia de acretismo, en nuestro medio es importante conocer cuáles son los factores de riesgo, edad de presentación y las técnicas quirúrgicas utilizadas, para así evaluar la morbimortalidad de las pacientes y poder establecer la opción más benéfica de tratamiento.

### **Etiología, incidencia y factores de riesgo**

Aunque su etiología permanece en debate, se considera que para el desarrollo de esta entidad debe existir una deficiencia focal o difusa de la decidua que permite que las vellosidades coriales, y el fibrinoide del plato basal se adhieran directamente al miometrio adyacente.

El acretismo está asociado según una relación directa con la cicatrización en el útero: a mayor número de lesiones, mayor probabilidad del evento; , supuestamente por falla en la señalización bioquímica a nivel de la cicatriz que da como resultado la superinvasión del trofoblasto, es decir, la ausencia de continuidad de la capa de Nitabuch. Esta fisiopatología ha sido bien descrita tanto microscópica como macroscópicamente, y se resalta en el primer caso la escasa decidualización con infiltración de tejido vellositario en el miometrio y en el segundo caso la neovascularización útero-placentaria prominente en el área afectada (8). A nivel molecular, es probable que el desequilibrio entre algunos receptores y sus ligandos, por ejemplo: Tie 2 y Ang 2, sea la causa de la proliferación vascular (9).

El incremento de las cesáreas implica también el aumento de potenciales complicaciones, como las anomalías de la inserción placentaria (acretismo placentario), cuya incidencia ha aumentado en los últimos 40 años (Tabla 2) Colocar en una balanza los riesgos y beneficios de la cesárea electiva permite comprender por qué se ha llegado a la conclusión de que en ausencia de indicaciones maternas o fetales, el parto es la vía de terminación del embarazo más segura. La prevención primaria dirigida a disminuir el riesgo de acretismo placentario mediante la identificación de los principales factores de riesgo es una medida básica: a) edad materna mayor de 30 años, b) multiparidad c) cualquier condición que resulte en daño al tejido miometrial (miomectomías, legrados, miomas submucosos, ablación endometrial y embolización de arterias uterinas), d) enfermedad hipertensiva, e) taba-

quismo, f) cesárea previa y placenta previa, este antecedente se presenta en 25% de los casos, g) infección uterina previa, remoción manual de la placenta y otras anomalías uterinas (la asociación con estas entidades es inconstante) (10).

**TABLA 2. Frecuencia de placenta acreta según el número de partos por cesárea y la presencia o ausencia de placenta previa**

Parto por cesárea	Placenta previa %	Placenta no previa %
Primera	3	0,03
Segunda	11	0,2
Tercera	40	0,1
Cuarta	61	0,8
Quinta	67	0,8
≥ Sexta	67	4,7

Fuente: Tomado desde Belfort (11)

El acretismo placentario se clasifica en tres grados según el nivel de invasión trofoblástica al miometrio;

- 1) Placenta acreta, la cual hace referencia a 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.
- 2) Placenta increta, en esta las vellosidades coriales penetran en el miometrio sin sobrepasar la serosa uterina.
- 3) Placenta percreta, es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, que en ocasiones afecta órganos vecinos como la vejiga, el intestino, etc...

También se clasifica por su extensión en: focal, parcial y completa, según si es uno, varios o todos los cotiledones los implicados en el padecimiento.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico prenatal es un aspecto básico en el tratamiento del acretismo placentario. Ante la sospecha, es necesario que expertos en ecografía busquen indicios o, bien, que se realice una resonancia magnética nuclear. En cuanto al diagnóstico en el primer trimestre e inicios del segundo, el hallazgo de un saco gestacional ubicado muy cerca de una cicatriz en el segmento uterino debe hacer sospechar acretismo placentario, pero no diagnóstico. El ultrasonido generalmente es útil en el segundo y tercer trimestre; los datos a revisar son: a) pérdida de la zona hipoecoica miometrial retroplacentaria (<1mm); b) adelgazamiento o interrupción de la serosa uterina hiperecoica y la interfase con la vejiga; c) masas exofíticas; y d) una gran área de sonolucencias placentarias (Estas lagunas dan la apariencia de “queso suizo” o “sacabocado”). Chou et al (12) usaron el ultrasonido Doppler con base en criterios diagnósticos, como: flujo placentario difuso en los cotiledones, aumento de la vascularidad en la interfase de la plica vesicouterina y complejos venosos subplacentarios. Con estos criterios estimaron una sensibilidad de 82%, especificidad de 97%, valor predictivo positivo de 87% y valor predictivo negativo de 95%. Shin et al (13), coautores describieron el uso del Doppler en la identificación de las primeras sospechas diagnósticas de acretismo placentario en el primer trimestre, por medio de la detección de un reclutamiento anormal de los vasos subplacentarios que se encuentran por debajo del segmento uterino a las 8 y a las 15 semanas, y la existencia de lagos placentarios con flujo que se extienden hacia el miometrio. Chen et al (14), publicaron un estudio semejante, pero con Doppler angio a las nueve semanas, en el que observaron también los lagos sanguíneos con flujo y la pérdida de la zona hipoecoica; diagnosticaron acretismo placentario a las 10 semanas de edad gestacional y lo corroboraron mediante histopatología. La resonancia magnética nuclear y el Doppler color son herramientas adicionales que pueden servir para complementar el diagnóstico; sin embargo, su uso de manera aislada

no mejora los valores de sensibilidad del ultrasonido convencional con escala de grises, como se muestra en los valores siguientes para resonancia magnética: sensibilidad de 82%, especificidad de 97%, valor predictivo positivo de 88% y valor predictivo negativo de 95%. De aquí se desprende que en eficacia y costos no tiene mayor utilidad que el ultrasonido convencional en escala de grises, cuya sensibilidad y especificidad es de 82 y 97%, respectivamente.

La visualización de lagos placentarios tiene la más alta sensibilidad (79%) -si se toman los datos de manera aislada-, y la interrupción de la interfase la sensibilidad más baja, con 21% (8).

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

#### **Imagen por resonancia magnética**

Este estudio es más costoso y en comparación con el ultrasonido, requiere mayor experiencia. Sin embargo, cuando los hallazgos por ultrasonido son dudosos o el acretismo se sospecha en una placenta con localización posterior, el ultrasonido puede ser insuficiente. La evidencia indica que la resonancia magnética permite determinar la invasión de la placenta, incluso la parametrial y la ureteral.

No se ha recomendado el uso de medio de contraste (gadolinio) al realizarla, debido a su paso a través de la placenta y al potencial daño al feto (4).

Las características más valiosas de placenta adherida en la RMN son las siguientes:

- Bandas oscuras intraplacentarias en las secuencias T2

- Abultamiento uterino
- Intensidad de señal heterogénea dentro de la placenta (6)

#### **TRATAMIENTO**

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

Para la paciente que ya tiene establecido el diagnóstico de acretismo placentario se recomienda lo siguiente

- Recibir complementos de ácido fólico y hierro para conservar las concentraciones de hemoglobina en parámetros normales; algunas veces podrá requerirse aplicación de eritropoyetina.
- Realizar ultrasonidos seriados para vigilar el crecimiento fetal (asociación con restricción del crecimiento intrauterino).
- Considerar la donación de sangre autóloga.
- Terminar el embarazo en un hospital con infraestructura de Medicina-materno fetal, cirugía general, urología, cirugía vascular, radiología intervencionista, banco de sangre y neonatólogos.

Sin embargo, aún es controversial la decisión acerca del momento de terminación del embarazo. Hay dos recomendaciones:

- a) a las 34 semanas
- b) con una longitud cervical menor de 30 mm.

Existen dos alternativas de tratamiento del acretismo placentario: la radical mediante cirugía o la conservado-

ra, ambas con sus diferentes complicaciones y ventajas. El tratamiento universalmente aceptado es la cesárea-histerectomía, el cual está enfocado en dos objetivos principales que son salvar la vida de la paciente y provocar el menor grado de morbilidad secundario al padecimiento. Para ello, debe hacerse el diagnóstico previo; de lo contrario, el procedimiento se efectuará como urgencia, con la paciente con hemorragia.

Dicho procedimiento debe programarse con un enfoque multidisciplinario que incluya a médicos de los servicios de uroginecología u oncoginecología, a un cirujano general o vascular con conocimiento pélvico y, de ser posible, radiología intervencionista (15). Deben tenerse en cuenta algunos aspectos como la paridad satisfecha y el acretismo focal que se descubre en el momento de la cirugía: no intentar quitar la placenta, cierre de histerorrafia con placenta in situ y posteriormente vigilancia (16).

El tratamiento conservador con uterotónicos y la embolización de las arterias uterinas ha mostrado tener éxito. Sin embargo, no hay evidencia de que el metotrexato sea útil. Este ha sido propuesto como un tratamiento adyuvante para el acretismo placentario. El metotrexato es un fármaco antifolato que actúa mediante la inhibición de la ruta del ácido fólico. Este agente quimioterapéutico afecta a las células que se dividen rápidamente, tales como los trofoblastos. Hasta la fecha no existen regímenes de dosis estándar o protocolos. Algunos estudios han puesto en duda el beneficio de metotrexato, debido al poco beneficio en el aumento de la reabsorción de la placenta. Aunque, se han reportado las complicaciones que amenazan la vida que incluyen pancitopenia y nefrotoxicidad. La vigilancia postquirúrgica debe ser estrecha, con ultrasonidos seriados para monitorear la involución uterina y el sangrado (4).

El Colegio Norteamericano de Ginecología y Obstetricia recomendó el uso de un algoritmo de manejo para

este tipo de pacientes, donde menciona indicadores de evaluación por etapa gestacional. Nosotros sugerimos que se establezca la prioridad en las áreas que juegan un papel decisivo en el tratamiento de este tipo de pacientes; se proponen los siguientes puntos: a) tener el diagnóstico de probabilidad (con apoyo de ultrasonido y resonancia magnética); b) coordinar con el banco de sangre la disponibilidad de hemoderivados; c) inducir la maduración pulmonar desde la semana 24; d) planear la cesárea tan pronto se corrobore la madurez pulmonar a través de amniocentesis dirigida por guía sonográfica y con base en el panel de fosfolípidos; e) contar con equipo médico multidisciplinario; f) obviar el alumbramiento y evitar la histerotomía sobre el lecho lacunar placentario; y g) contar siempre con elementos que favorezcan la inmediata contracción del músculo uterino, ocitócicos, prostanoídes, carbetocina y factor 7, disponer de medios electrofísicos, como plasmacineéticos, Ligasure®, o ambos, para el momento quirúrgico.

Recientemente, Angstmann (17) y su grupo publicaron la serie más grande de tratamiento que podría definirse como la tercera vía de abordaje del acretismo: cateterización femoral, histerotomía clásica y embolización uterina y placentaria antes de la histerectomía. Ésta puede conformarse como una vía conservadora de tratamiento, con isquemia gracias a la embolización, disminución de hemorragia y, un segundo tiempo quirúrgico para la histerectomía.

## CONCLUSIONES

1. El acretismo placentario es un problema de salud pública debido a su notable aumento en las últimas décadas, que se ha multiplicado en diez veces, de acuerdo con los informes de diferentes países. Este incremento está estrechamente vinculado con el incremento en la tasa de cesáreas.
2. Es fundamental evaluar los riesgos y beneficios de la cesárea electiva se como vía de terminación del embarazo.

3. Para hacer frente a este nuevo problema de salud es necesaria la prevención primaria y el diagnóstico temprano, con la ayuda de la historia clínica y la ecografía y la RMN, aun cuando el diagnóstico definitivo de acretismo placentario se establece por histopatología.
4. El tratamiento universalmente aceptado es la cesárea-histerectomía, que idealmente debería ser programada y, con un enfoque de atención multidisciplinaria: un uroginecólogo, un ginecólogo-oncólogo, un cirujano general o vascular con conocimiento pélvico.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubio JA, Sabogal JC. Operación cesárea. En: Ñanez H, Ruiz AI. Texto de Obstetricia y perinatología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Marathon; 1999.
2. Sánchez BF, Corona AA, Sánchez R, Panduro JG, Barrios E, González J. Acretismo placentario en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. 2013; 4(4):239-244.
3. Rojas F, Kuzmar L, Ferreira F, Abdalla M. Diagnosis and surgical management of placenta accreta. Case report and literature review. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006; 57 (2): 123-128.
4. Castelazo E, Monzalbo D, López M, Castelazo S. Acretismo placentario, una de las repercusiones de la obstetricia moderna. Ginecol Obstet Mex. 2013; 81:525-529.
5. 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.
6. Wortman A, James A. Placenta Accreta, Increta, and Percreta, Obstet Gynecol Clin N Am. 2013; 40: 137-154.
7. Dueñas O, Rico H, Rodríguez M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007; 72 (4): 266-271.
8. Noguera M, Karchmer S, Rabadán C, Sánchez P. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. Ginecol Obstet Mex. 2013; 81:99-104.
9. Tseng JJ, Hsu SL, Shih CES, Hsieh YT, Wen MC, Chou MM. Differential expression of angiopoietin-1, angiopoietin-2, and Tie receptors in placentas from pregnancies complicated by placenta accreta. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:564-571.
10. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1997;177(1): 210-214.
11. Belfort MA, Placenta accrete. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2010; 203:430-9
12. Chou MM, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000; 15: 28-35.
13. Shih JC, Cheng WF, Shyu MK, Lee CN, Hsieh FJ. Power doppler evidence of placenta accreta appearing in the first trimester. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002;19:623-625.
14. Chen YJ, Wang PH, Liu WM, Lai CR, Shu LP, and Hung JH. Placenta accreta diagnosed at 9 weeks' gestation. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2002; 19 (6): 620-622
15. Aguilar-Hernández O F, Renan-Rivero y Coronado C, Sánchez-García JF, Bolio-Bolio MA. Rotura uterina por acretismo placentario. Ginecol Obstet Mex 2010;78(4):250-253.
16. Perez A, Wright JD. Surgical management of placenta accreta: to leave or remove the placenta?. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2013.
17. Angstmann T, Gard G, Harrington T, Ward E, Thomson A, Giles W. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010; 202(1): 38.e1-38.e9.