

HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO DOCENTE
“MARIANA GRAJALES”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ACRETISMO PLACENTARIO FOCAL. A PROPÓSITO DE UNA PACIENTE.

Por:

Dr. José A. Marrero Martínez¹, Dra. Mabel Monteagudo Barreto² y Dr. Romelio de la Paz Muñiz²

1. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

PLACENTA ACCRETA/diagnóstico
HEMORRAGIA UTERINA

Subject headings:

PLACENTA ACCRETA/diagnosis
UTERINE HEMORRAGE

El término acretismo placentario se usa para describir toda implantación placentaria en la cual haya una adherencia anormalmente firme con la pared uterina, que dificulte o impida el alumbramiento, normal después del parto del feto¹.

En la mayor parte de los casos, en la placenta normal, a nivel de la decidua basal existen grandes lagunas que se rompen en el momento del alumbramiento, dado el plano de “clivaje” que se forma a dicho nivel, que facilita el desprendimiento placentario minutos después del parto. Con muy poca frecuencia la placenta está adherida inusualmente al sitio de implantación, debido a que las vellosidades coriales penetran hasta ponerse en contacto con el miometrio². Este es el caso de la placenta acreta.

En la placenta increta, las vellosidades no se ponen en contacto con el miometrio, sino que lo invaden, lo que constituye un grado de adherencia más grave. En la placenta percreta, las vellosidades perforan el miometrio hasta el peritoneo.

La causa es común para las tres variedades, y se debe a la anormal penetración de las vellosidades coriales en el útero, ya sea por causas maternas u ovulares; entre las primeras, se halla el estado defectuoso de la nutrición de la decidua, como los miomas, los raspados uterinos reiterados o traumáticos, las cesáreas u otras cicatrices uterinas, y la multiparidad³. Se incluye dentro de la segunda, la persistencia de la capacidad invasora del trofoblasto, debido a causas no del todo esclarecidas.

El diagnóstico, por lo general, se realiza posparto⁴, pero se han informado casos descubiertos entre las 15-20 semanas de gestación en pacientes con riesgos⁵.

El tratamiento consiste desde la extracción por curetaje del o de los cotiledones involucrados hasta la histerectomía total⁶. En la actualidad gana defensores el tratamiento conservador, aun cuando se compruebe una rotura franca del útero^{7,8}.

Presentación de la paciente:

Paciente de 27 años de edad, con antecedentes de salud, multípara G₅P₁A₃, edad gestacional de 42,2 semanas, parto eutócico, recién nacido masculino, de 4 300 g, con Apgar y alumbramiento normales. Egresada a las 36 horas de parida e ingresa de nuevo a los 19 días con un sangramiento vaginal abundante; al realizar examen físico diagnosticamos un útero subinvolucionado, blando, en

el centro de la línea pubumbilical. El estudio ultrasonográfico informa un útero de 15 x 6 cm, con imagen ecogénica en la proyección de la cavidad hacia el fondo uterino, relacionada con coágulos, restos placentarios o ambos (Figura).



Figura Imagen intrauterina sugestiva de restos placentarios, coágulos o ambos.

Se realiza legrado de la cavidad uterina y se extraen abundantes restos fétidos. Se toma una muestra para efectuar una biopsia y se inicia tratamiento antibiótico. El análisis histológico (05/B-1339) informa: tejido placentario maduro con microcalcificaciones, hialinización y necrosis; veintidós días después se repite el sangramiento; se realiza ultrasonido, en el que se observa la persistencia de la imagen descrita días atrás. Se decide realizar histerectomía total abdominal con el diagnóstico de sangramiento puerperal tardío. El resultado microscópico (05/B-1428) informó: Acretismo placentario con focos de edema y hemorragia intersticial a nivel del miometrio. La paciente fue egresada 72 horas después, totalmente recuperada.

Comentario

La sepsis, la perforación y las hemorragias son las complicaciones más frecuentes y temidas del acretismo placentario⁹.

La hemorragia posparto inmediata es rara vez causada por fragmentos de placenta retenida, pero una porción remanente de placenta es causa común de hemorragia durante el puerperio avanzado. La simple inspección de la placenta después del alumbramiento debe ser sistemática.

Los datos de la frecuencia del acretismo no son muy específicos, pues es evidente que muchas placentas se retienen por causas menores, como la atonía y engatillamiento con espasmos del cuello. Pérez Sánchez informó una media de 1x 7 000 partos¹⁰.

La multiparidad (tres partos) y los raspados uterinos frecuentes (tres, más una revisión por restos) son los posibles factores causales asociados, que se pueden plantear en esta paciente.

Según la clasificación de esta entidad, si se involucran todos los cotiledones es un acretismo total, si no se desprenden unos pocos o varios, se trata de un acretismo parcial, y si hay retención de un cotiledón es un acretismo focal. En esta paciente la placenta no invadió el miometrio, sino que se encontraba en estrecha relación con él, lo que imposibilitó extraerlo mediante el curetaje practicado. En el estudio anátomo-patológico se demostró la presencia de solo un cotiledón, por lo que se concluye como un acretismo placentario focal.

Referencias bibliográficas

1. Cunningham FG, Macdonal PC, Gant NF, Liveo NJ, Gilstrap LC, Yankins GO, et al. Hemorragia obstétrica . En: Williams obstetricia. 20a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000. p. 693-728.

2. Campbell PT. Placenta accreta: a case study. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2004;16(2):231-2.
3. Armstrong CA, Harding S, Matthews T, Dickinson JE. Is placenta accreta catching up with us? *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2004;44(3):210-3.
4. Tanaka YO, Shigemitsu S, Ichikawa Y, Sohda S, Yoshikawa H, Itai Y. Postpartum MR diagnosis of retained placenta accreta. *Eur Radiol.* 2004;14(6):945-52.
5. Comstock CH, Love JJ, Bronsteen RA, Lee W, Vettraino IM. Sonography detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. *Am J Obstet.* 2004;190(4):1135-40.
6. Rabenda-Lacka K, Wilcznski J, Radoch Z, Breborowicz GH. Obstetrical hysterectomy. *Ginekol Pol.* 2003;74(12):1521-5.
7. Gherman RB, Lockrow EG, Flemming DJ, Satin AJ. Conservative management of spontaneous uterine perforation associated with placenta accreta: a case report. *J Reprod Med.* 2004;49(3):210-3.
8. Clement D, Kayem G, Cabrol D. Conservative treatment of placenta percreta: a safe alternative. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;114(1):108-9.
9. Papp Z. Massive obstetric hemorrhage. *J Perinat Med.* 2003;31(5):408-14.
10. Martínez O, Abarzua F. Metrorragias de la segunda mitad de la gestación. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. *Obstetricia.* 33a ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 1999. p. 581-693.