

CASO CLÍNICO

Placenta percreta, caso extremo de acretismo placentario. Caso clínico y revisión

Marcela Buguño V¹, Estefanía Chávez F¹, Trinidad Pinochet D², José Lattus O³, Ariel Skorka D⁴.

RESUMEN

El diagnóstico prenatal y precoz de acretismo placentario es fundamental, ya que permite reducir la morbimortalidad perinatal asociada a esta condición, tales como hemorragia severa, necesidad de transfusión sanguínea, complicaciones intra y posoperatorias asociadas a la histerectomía obstétrica, permitiendo planificar estrategias de manejo. Damos a conocer un caso de percretismo placentario, su difícil manejo multidisciplinario, y un resumen de la bibliografía nacional e internacional.

Palabras clave: Acretismo placentario, placenta percreta, manejo multidisciplinario.

SUMMARY

The prenatal and early diagnosis of placental Acreta is fundamental, since it allows to reduce the perinatal morbidity and mortality associated with this condition, such as severe hemorrhage, the need for blood transfusion, intra and postoperative complications associated with obstetric hysterectomy, making it possible to plan management strategies. We present a case of placental percretism, its difficult multidisciplinary management, and a summary of the national and international bibliography.

Key words: Placental accreta, placenta percreta, multidisciplinary management.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico prenatal y precoz de acretismo placentario es fundamental, ya que permite reducir la morbimortalidad perinatal asociada a esta condición, tales

como hemorragia severa, necesidad de transfusión sanguínea, complicaciones intra y posoperatorias asociadas a la histerectomía obstétrica, permitiendo planificar estrategias de manejo¹. Se destaca en la literatura nacional e internacional, que el aumento del porcentaje mundial

¹ Interna de Medicina, Universidad de Chile. Área Oriente.

² Becada Ginecología y Obstetricia, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

³ Ginecólogo Obstetra. Profesor Asociado y Director del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Área Oriente Peñalolén. Servicio y Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

⁴ Ginecólogo Obstetra, Académico Universidad de Chile Facultad de Medicina, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

Recibido el 25 de junio, 2018. Aceptado el 20 de agosto, 2018.

Correspondencia a: trini.pinochet@hotmail.com / echavezfuentes@gmail.com

de operación cesárea, ha aumentado con ello la patología que involucra a la inserción de la placenta, sobre todo en la cicatriz anterior, que mientras más iterativa es, mayor es la probabilidad de que exista acretismo placentario en sus tres formas descritas, según clasificación de la invasión de las vellosidades coriales^{2,3}. En nuestro servicio, según protocolo de manejo del acretismo placentario, cuando se trata de casos de placenta increta o percreta, se planifica con un equipo multidisciplinario y de la mayor experiencia, la operación cesárea más histerectomía de inmediato con placenta *in situ*, lo que ha reducido los tiempos operatorios, el sangrado y la administración de sangre total o glóbulos rojos, más los expandidores plasmáticos^{4,5}. Destacamos que, en tales casos tratados y publicados, no ha habido mortalidad materna, lo que confirma que su manejo con histerectomía obstétrica con placenta *in situ*, debe ser el tratamiento de elección⁶.

DEFINICIÓN

El acretismo placentario debe entenderse como un espectro que hace referencia a la invasión trofoblástica anormal en el miometrio uterino dado que no existe decidua interpuesta. Esta patología ha ido en aumento el último tiempo, principalmente debido a uno de sus principales factores de riesgo, la cesárea⁷.

Se clasifica según el grado de invasión en tres categorías: placenta creta (79%) cuando las vellosidades están adheridas a miometrio; increta (14%) cuando las vellosidades invaden el miometrio y placenta percreta (7%) cuando las vellosidades comprometen todo el espesor del miometrio, incluso pudiendo invadir órganos

adyacentes (Figura 1). Sin embargo, puede ser imposible diferenciar clínicamente entre estas categorías, principalmente porque pueden coexistir en una misma placenta⁸.

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La frecuencia de esta patología varía según la serie. A nivel mundial datos recientes señalan que la incidencia del espectro de acretismo placentario ha aumentado ocho veces desde 1970⁷. En Canadá se reporta 1 caso cada 695 partos entre 2009 y 2010⁹. A nivel nacional no se cuenta con datos recientes que estimen la incidencia de esta patología. Considerando que el diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica (que involucra histerectomía) es aún más difícil estimar la real incidencia de esta patología.

El incremento en la tasa de cesárea ha tenido efecto directo en aumento de incidencia y prevalencia de todos los grados de acretismo placentario. También han sido descritos casos de esta patología en daños superficiales pequeños de la pared uterina, relacionado a legrado, remoción manual de la placenta y endometritis postparto, irradiación pélvica, entre otros. Sin embargo, se han descrito casos de mujeres primigestas sin historia quirúrgica uterina, pero que de igual forma presentan alteraciones uterinas como útero bicorne, adenomiosis, fibromas submucosos o distrofia miotónica⁸.

El factor de riesgo más importante para el desarrollo de acretismo placentario es la placenta previa con antecedente de cesárea anterior. Este riesgo aumenta según el número de cesáreas anteriores, lo que aumenta el porcentaje de acretismo placentario, como se indica la Tabla 1¹⁰:

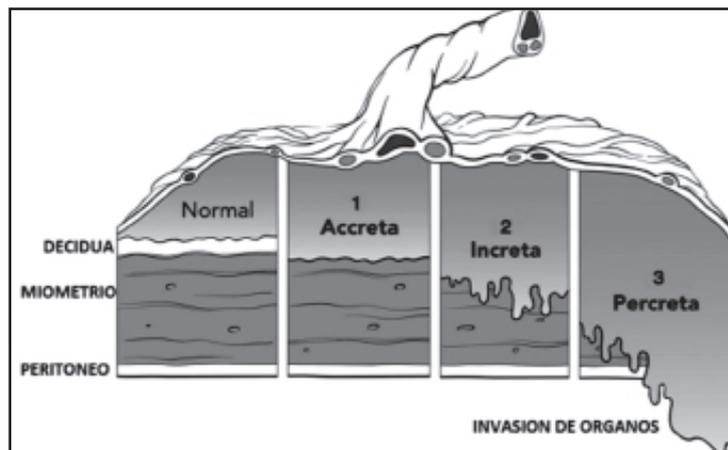


Figura 1. Clasificación del acretismo placentario. Esquema que indica la penetración placentaria y el compromiso anatómico.

Tabla 1. Porcentaje de acretismo según número de cesárea iterativa

• Sin cirugía uterina previa:	1%-5%
• Dos cesáreas previas:	35%-47%
• Una cesárea previa:	11%-25%
• Tres cesáreas previas:	40%
• Cuatro o más cesáreas previas:	50%-67%

FISIOPATOLOGÍA

Se desconoce en su totalidad la etiología, se postula que existiría un defecto primario del trofoblasto generando una invasión excesiva, producido por ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que corresponde a la capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corión frondoso^{11,12}. Es altamente sugerente que esté involucrada en su desarrollo un déficit en la oxigenación en determinadas áreas de la cicatriz uterina¹³, o bien producto de un defecto en la reconstitución del endometrio/ decidua basal después de la reparación quirúrgica en una operación cesárea¹¹.

DIAGNÓSTICO

La ecografía obstétrica en el segundo o tercer trimestre del embarazo es el pilar principal del diagnóstico prenatal y las anomalías sugerentes del espectro de acretismo placentario están bien descritas.

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) sugiere que la ultrasonografía por sí sola es suficiente para el diagnóstico, con una sensibilidad de 77%-87%, y especificidad de 96%-98%, valor predictivo positivo de 65%-93%, y negativo de 98%. El uso de doppler o imágenes tridimensionales no mejoraría de manera significativa la sensibilidad diagnóstica¹⁴.

Entre los hallazgos se describen múltiples lagunas vasculares (patrón de queso suizo), pérdida o adelgazamiento de la zona miometrial retroplacentaria hiperecogénica normal y la extensión de las vellosidades en el miometrio o más allá. Al doppler color muestra flujo turbulento en lagunas y aumento de la vascularización subplacentaria. Otros hallazgos pueden incluir vasos que unen la placenta con el margen uterino y brechas en el flujo sanguíneo miometrial. En casos de percretismo se puede observar irregularidad o disrupción focal de la interface hiperecogénica (interface entre serosa uterina y vesical)^{15,16}.

De acuerdo con ACOG, la resonancia debiese considerarse un examen complementario, y aporta poca información a la precisión del diagnóstico con ultrasonido¹⁴. Sin embargo, cuando el estudio ecográfico es

inconcluyente, existe duda diagnóstica, o en casos de implantación posterior de la placenta (con o sin placenta previa) en pacientes con factores de riesgo clínico para acretismo, el ultrasonido puede ser insuficiente, adquiriendo importancia este examen^{14,17,18}. La RNM resulta de utilidad en los casos de compromiso parametrial o vesical y en la determinación del grado de invasión trofoblástica, además de planificar el parto^{7,18,19}. Son sugerentes de placentación anormal o acretismo el hallazgo de placenta previa, abultamiento uterino, heterogeneidad en la intensidad de la señal placentaria, bandas intraplacentarias oscuras en T2, interrupciones focales de la pared miometrial y visualización directa de la invasión de estructuras pélvicas por tejido placentario¹⁸. La sensibilidad y especificidad reportadas de la RNM son de 94,4% y 84%, respectivamente, para detección de placenta acreta. Se describe que el rendimiento del examen para la detección de placentación anormal es muy bajo en gestaciones de menos de 24 semanas, por lo que debiera esperarse hasta esa edad gestacional para su realización, incluso cuando existe sospecha ecográfica en las semanas previas. RNM realizadas posterior a la semana 24, podrían tener un valor predictivo positivo de hasta 96%⁷.

El diagnóstico de certeza es histológico. Se realiza mediante la observación microscópica de ausencia de decidua basal, sin embargo, éste puede verse dificultado por la distorsión que ocurre en el momento del alumbramiento. En los casos de placenta increta o percreta, el diagnóstico consiste en la observación de tejido trofoblástico en el espesor uterino o la estructura invadida^{7,11}.

MANEJO

El manejo recomendado ante la sospecha de placenta acreta es la cesárea programada e histerectomía obstétrica con placenta *in situ*, dado que la remoción manual de ésta se asocia significativamente a mayor hemorragia, inestabilidad hemodinámica, shock hipovolémico y muerte materna¹⁴. El tipo de incisión e histerotomía dependerá de cada caso, de acuerdo con la localización del acretismo y la presentación del feto. Como método de apoyo puede utilizarse el ultrasonido intraoperatorio, permitiendo diagnosticar la localización placentaria^{14,20}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, G2P1A0, cursando embarazo de 36+2 semanas, con antecedente de una cesárea anterior por distocia de presentación (podálica), en control en policlínico feto de alto riesgo (FAR) por placenta previa oclusiva total (PPOT) y sospecha de acretismo placentario, consulta en servicio de urgencia por contracciones

uterinas dolorosas 1 en 10 minutos de un día de evolución, sin sangrado.

Al ingreso hemodinámicamente estable, afebril, LCF 145 por minuto, examen con espéculo cuello sano, posterior, cerrado, sin pérdida de flujo hemático. Cervicometría 38 mm, RBNE reactivo, dinámica uterina aislada.

Trae ecografía realizada en Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO), dada sospecha de acretismo placentario en ecografía extrasistema a las 25 semanas (Figura 2).

Se realiza ecografía de servicio previo a programación de cesárea a las 36⁺⁴ semanas, que muestra localización placentaria en cara anterior que desciende hasta ocluir totalmente el orificio cervical interno, con miometrio retroplacentario disminuido en su espesor, interface útero vesical indemne, parénquima placentario con algunos lagos placentarios. A la evaluación doppler color, se informa vascularización difusa o focal lacunar intraplacentaria. Vascularización subplacentaria en cérvix y/o segmento inferior presente y abundante con algunos vasos penetrantes. Se observan vasos penetrantes a nivel de vasos arteriales de fase útero vesical.

A las 37 semanas se programa cesárea con eventual histerectomía según hallazgos, dado que última ecografía describe vasos penetrantes útero vesicales se decide realización de intervención con disponibilidad de urólogo. En pabellón se realiza resección de cicatriz anterior con laparotomía Joel Cohen, disección de pared por planos,

abierto peritoneo se observa segmento uterino con invasión completa y extensa de vasos aberrantes placentarios que involucran todo su espesor y que comprometen además el espacio retrovésico uterino, aspecto típico de la medusa (Figura 3). Se realiza histerotomía en segmento, en su tercio superior sobre los vasos descritos, extracción fetal transplacentaria por polo cefálico, recién nacido (RN) sexo femenino peso 2.560 g, talla 43 cm, Apgar 9-9. Se constata adherencias útero placentarias y se constata el acretismo, por lo cual no se espera el alumbramiento placentario y se procede de inmediato a control vascular de arterias uterinas ligándolas con Vicryl N° 1, previo a realización de histerectomía obstétrica total en tiempos clásicos con placenta *in situ*. Se extrae pieza anatómica y se envía a estudio anatomopatológico, para luego seguir con el cierre de cúpula vaginal. Se realiza hemostasia dificultosa, por los vasos de neoformación de la zona vesical posterior, pero exitosa. Intrapabellón paciente con sangrado aproximado de 6-7 litros requiriendo transfusión de 6 U glóbulos rojos, 6 U plaquetas y 4 U plasma fresco congelado y uso drogas vasoactivas (efedrina y fenilefrina).

En el posoperatorio evoluciona con anemia severa (hemoglobina hasta 5,1 mg/dL), por lo que se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos. Posteriormente evoluciona favorablemente con valores de laboratorio de control permanentemente al alza. Se decide alta con controles ambulatorios, RN sin morbilidades asociadas.



Figura 2. Ecografía 33 semanas: Destaca placenta previa oclusiva total, se observan lagos placentarios e hipervascularización del límite útero vesical. No se observa pérdida de interface vésico uterino.



Figura 3. Infiltración placentaria en cabeza de medusa.

El estudio anatomopatológico informa: Útero puerperal con fragmento placentario *in situ*, con acretismo en región ístmica anterior e izquierda. Deciduitis crónica y aguda. Miometrio con edema y vasos colapsados. Cervicitis crónica quística. Placenta en percentil 75 para 36 semanas. Vellosidades coriales de término, con leve aumento de nudos sinciciales y focos microscópicos de infarto vellositario (signos sugerentes de hipoxia crónica), y un hematoma parenquimatoso. Membranas

ovulares normotípicas. Cordón umbilical con 3 vasos al corte (Figura 4).

Debido a fragmentación de la muestra enviada a estudio, no fue posible determinar grado de invasión de las vellosidades, por lo tanto, desde el punto de vista anatomopatológico no es posible discernir entre incretismo o percretismo. No obstante, macroscópicamente se observa una imagen altamente sugerente de placenta percreta en la Figura 3.

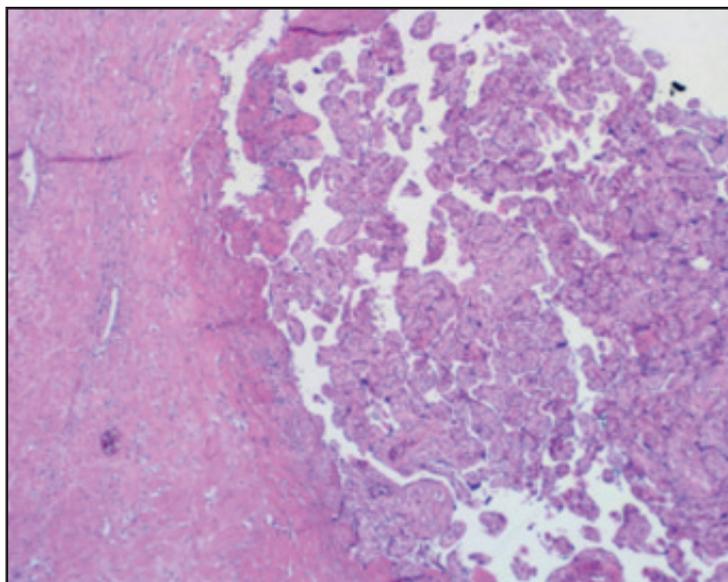


Figura 4. En la imagen se aprecia como las vellosidades infiltran directamente el miometrio sin interposición de la decidua basal. La mayoría de los casos de sospecha de placenta acreta muestran células de músculo liso en las proximidades de una vellosidad de anclaje (generalmente sin capilares fetales) con intervención solamente de fibrina o trofoblasto intermedio.

DISCUSIÓN

Dado el alto índice de sospecha en esta paciente por el antecedente de cesárea embarazo previo y ecografía sugerente de placenta acreta, se decidió intervención quirúrgica a las 37 semanas. Se debe tener en cuenta que en este tipo de patología el ACOG recomienda la finalización de la gestación en forma individualizada desde las 34 semanas, dado el alto riesgo materno, en nuestro servicio de no producirse un sangrado y dinámica uterina, se resuelve en promedio a las 37 semanas de forma electiva, en que la placenta presenta algunas calcificaciones y de mayor grado de maduración, I a II¹⁴.

Teniendo en consideración la sospecha de invasión vesical, según recomienda la literatura pudo haber sido útil la realización de una RNM, sin embargo, en contexto del difícil acceso a este examen imagenológico en nuestro servicio, sumado a la ausencia de sintomatología clínica urinaria, éste se desestimó. Como medida preventiva, se coordinó manejo conjunto con el equipo de urología, de manera de disponer oportunamente de especialista ante eventuales complicaciones. Afortunadamente, en el intraoperatorio se observó pared vesical indemne; además, no ocurrieron lesiones accidentales de la vía urinaria durante el procedimiento.

Se debe tener en cuenta la alta pérdida de volumen sanguíneo durante este tipo de intervención, por lo que debería siempre anticiparse, y coordinar de manera oportuna el manejo con médico anestesiólogo y disponibilidad de hemoderivados en banco de sangre.

Cabe destacar, que el caso presentado constituye un ejemplo de manejo clínico y quirúrgico exitoso. Luego de una hospitalización de corta estadía en Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, durante la cual se mantuvo una vigilancia estricta de las condiciones clínicas de la paciente y se coordinó a los diferentes equipos involucrados, se realizó una histerectomía obstétrica con placenta *in situ*. El manejo quirúrgico no estuvo exento de dificultad, particularmente en relación a la hemostasia, sin em-

bargo, el resultado final fue exitoso, ya que se logró el objetivo, que es una madre y recién nacido sanos.

CONCLUSIÓN

El acretismo placentario es una patología infrecuente, pero su importancia radica en la alta morbimortalidad materna y en la necesidad de anticipar las complicaciones, lo que requiere de un trabajo multidisciplinario en una patología muchas veces silente.

En cuanto a la prevención, uno de los aspectos esenciales a considerar es disminuir la realización de cesáreas innecesarias. En Chile, según el último informe de la OCDE del año 2013, la tasa de cesáreas alcanza 40% en el sector público y 70% en el sector privado, con una tasa promedio de 49%²¹, muy distante del 10% recomendado por la OMS²². La población en la que esto cobra más importancia es en las pacientes nulíparas, dado que es la primera cesárea la que definirá en gran medida su futuro reproductivo. La cesárea iterativa sin una indicación clara, agrega a la paciente morbilidad importante, sobre todo si la placenta se inserta en la cara anterior e invade o traspasa la cicatriz uterina¹⁰.

Entre los esfuerzos orientados a este objetivo, es destacable que nuestro centro actualmente cuenta con un protocolo de indicación de cesárea, el cual entrega directrices que permiten derivar de forma selectiva y oportuna a aquellas pacientes que, ya sea por historia clínica y obstétrica, o por condiciones del embarazo actual, se verían beneficiadas de la interrupción de su embarazo vía cesárea⁵.

Agradecimientos: Agradecemos a la Dra. María Graciela Olivares, anatomopatóloga del Hospital Luis Tisné Brousse por facilitar las imágenes de la biopsia de tejido placentario. A la Dra. Carolina Guzmán S., becada de Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse por compartir las imágenes de las ecografías realizadas en la unidad CERPO.

BIBLIOGRAFÍA

- PAGANI G, CALI G, ACHARYA G, TRISCH IT, PALACIOS-JARAQUEMADA J, FAMILIARI. Diagnostic accuracy of ultrasound in detecting the severity of abnormally invasive placentation: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018; 97(1): 25-37.
- JOSÉ LATTUS O., VALENTINA DE PETRIS V. Placenta Percreta en fondo de saco vésico uterino tratada con histerectomía total obstétrica de emergencia con placenta in situ y cistostomía exploradora. *Rev Obstet Ginecol - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 2016; 11(1): 49-56
- VERA E, LATTUS J, BERMÚDEZ H, ESPINOZA L, IBÁÑEZ C, HERRERA A, ALMUNA R. Placenta Percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología* 2005; 70(6): 404-10.
- LATTUS J, ZAMORA E, MOSELLA F. Histerectomía total obstétrica de emergencia con placenta in situ como tratamiento sugerido para casos graves de placentación anormal Incretta. *Rev Obstet Ginecol - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 2009; 4(2): 119-26.
- LATTUS J, VARAS J, ILABACA J. Protocolo de manejo clínico de la hemorragia periparto. *Rev Obstet Ginecol- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 2013; 8(1): 36-42.

6. AGUILERA B, SEPÚLVEDA K, LATTUS J, PANTOJA V, MOSCOSO F, GUICHARD C, FRITIS A. Histerectomía obstétrica de emergencia: Experiencia en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. *Rev Obstet Ginecol Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 2006; 1(1): 39-44.
7. SILVER R, BRANCH D. Placenta Accreta Spectrum. *N Engl J Med* 2018; 378: 1529-36.
8. JAUNIAUX E, BHIÉ A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217(1): 27-36.
9. MEHRABADI A, HUTCHEON JA, LIU S, BARTHOLOMEW S, KRAMER MS, LISTON RM, ET AL. Contribution of placenta accreta to the incidence of postpartum hemorrhage and severe postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2015; 125(4): 814-21.
10. JOHNSTON T, PATERSON-BROWN M, PATERSON-BROWN S. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. *Londres: Green-top Guideline* 2011; 27: 1-26.
11. DUEÑAS O, RICO H, RODRÍGUEZ M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2007; 72(4): 266-71.
12. VARAS J, CORVALÁN J, FAÚNDEZ E, ESPINOZA A, GARCÍA K, GODOY ML, ESPINOZA L. Placenta Percreta y hemoperitoneo: Urgencia obstétrica extrema. *Rev Obstet Ginecol Hospital Dr. Luis Tisné Brousse* 2012; 1(3): 183-7.
13. PÉREZ I, VALVERDE M, COBO D, MOH D. (2013) Manejo actual del acretismo placentario. Curso Medicina Materno fetal. Hospital Virgen de las Nieves, Navarra, España.
14. THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE. Committee opinion no.529: placenta accreta. Reaffirmed 2017. *Obstet Gynecol* 2012; 120(1): 207-11.
15. BERKLEY EM, ABUHAMAD AZ. Prenatal diagnosis of placenta accreta: is sonography all we need? *J Ultrasound Med* 2013; 32: 1345-50.
16. COMSTOCK CH, BRONSTEEN RA. The antenatal diagnosis of placenta accreta. *BJOG* 2014; 121: 171-82.
17. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine. Belfort M. Placenta accreta. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 203, Issue 5, 430 – 439.
18. DIGHE M. MR Imaging of Abnormal Placentation. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2017; 25(3): 601-10.
19. SOLARI A, SOLARI C, WASH A, GUERRERO M, ENRÍQUEZ O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Clin Condes* 2014; 25(6): 993-1003.
20. D'ANTONIO F, IACOVELLA C, BHIÉ A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42(5): 509-17.
21. Ministerio de Salud Chile. Panorama de Salud 2013, Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros.
22. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud 2015.