

DIAGNOSTICO ECOGRÁFICO DE ACRETISMO PLACENTARIO

* Oscar Niño de Guzmán P
** Freddy Maita:
*** Carlos Gutiérrez
**** Ninoska Franco
***** Roxana Calustro
***** Oscar Niño de Guzmán Luizaga

RESUMEN

El acretismo placentario consiste en la adherencia anormal de la placenta a una decidua defectuosa o al miometrio, conduciendo a una demora en el alumbramiento o a la retención placentaria, asociada además a una hemorragia postparto que puede requerir o no histerectomía.

Hoy, gracias al mejor entendimiento y conocimiento de los factores de riesgo y al mejoramiento de las pruebas diagnósticas, la mayoría de los casos de placenta ácreta puede y deben ser diagnosticados durante el embarazo. La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de la localización anómala de la placenta y su posible invasión a las demás capas de la estructura uterina.

El diagnóstico temprano, hace posible la preparación adecuada y correcta para el momento del parto y sus complicaciones.

Palabras clave: *Diagnóstico ecográfico transvaginal, placenta ácreta, placenta ícreta, placenta pécreta, histopatología, hemorragia post-parto, histerectomía.*

ABSTRACT

The accreta of placenta is the anormal adherence of placenta to a deficient deciduas or to myometrium, leading to a delay in placenta expulsion or to placenta retention. It is associated to a post partum bleeding which sometimes can be corrected only with hysterectomy. Currently because the better understanding of risk factors and improved diagnostic tests, most of patients with placenta accreta could be diagnosticed throughout pregnancy. Evaluation of morphology and location of placenta form part of routine ecography obstetric assessment , which allow prenatal diagnostics of abnormal position of placenta and the possible invasion to other uterine layers. The early diagnostics make possible patients have an adequate and correct preparation for the partum and prevent its complications

Key words: *transvaginal ecography, placenta accreta, postpartum bleeding, hysterectomy*

* Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia CNS.
** Ginecólogo Obstetra - Ecografista CNS
*** Ginecólogo Obstetra CNS
**** Ginecóloga Obstetra
***** Residente III de Gineco Obstetricia CNS
***** Médico Cirujano

INTRODUCCION

El diagnóstico ecográfico transvaginal del ácretismo placentario se ha convertido en un método mas, para poder establecer con precisión que esta anomalía de presentación de la placenta es una de las principales causas de hemorragia uterina post-parto, que puede llegar a requerir en sus manejo una histerectomía obstétrica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años de edad con cuadro de mas o menos 2 hrs. de evolución caracterizado por presentar sangrado transvaginal en moderada cantidad sin coágulos, acompañado de leve dolor en hipogastrio. Antecedentes obstétricos: Menarca a los 14 años con ciclos menstruales regulares cada 30 días durante 4 días.

FUM: 10-05-05 FPP: 20-02-06 G2 P0 A0 C2: G1; cesárea por DCP, RN de sexo femenino, peso 2800 grs., en 2000, G2; Cesárea, RN de sexo masculino, peso de 3500 grs, 9-12-04.

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO: Realizó controles prenatales en el Policlínico No 32 en 3 oportunidades; en el servicio de Gineco- obstetricia de C.N.S. en 4 oportunidades

EXAMEN FÍSICO: paciente en buen estado general, consciente; SV: PA: 110/70 mm. Hg. P: 80 x¹, 36.2 Abdomen: AU= 23 cm, producto en situación longitudinal, dorso izquierdo, presentación cefálica, FCF=148 x¹ DU = aislada. Genitales externos: De aspecto normal.

Examen Especular: Se evidencia escaso sangrado oscuro, no activo y coágulos en canal vaginal en moderada cantidad, cervix posterior, cerrado. Tacto vaginal: No realizado Impresión diagnóstica. - Embarazo de 26 semanas por UPM.- Placenta previa- Amenaza de parto pre-término - cesárea iterativa

Conducta: Internación

8-11- 05 a 18-12- 05 (41 días): Presentó sangrado transvaginal en forma intermitente, en cantidad variable que se controló con reposo absoluto, bromuro de hioscina, indometacina y maduración pulmonar.

Además transfusiones de sangre en varias oportunidades³ ; hierro por v.o. por la anemia que presentó y se reserva 2 unidades de sangre.

Ex. Complementarios realizados:
Parcial de orina: dentro de parámetros
Ecografía.

Tabla 1

FECHA	RESULTADO
7-07-05	Embarazo de 10 sem. Placenta anterior no previa.
31-10-05	Embarazo de 24,6 semanas 2 sem. Placenta previa oclusiva parcial, Sit. Transversa
6-11-05	Embarazo con feto vivo placenta previa oclusiva parcial ant. No se evidencia colecciones retroplacentarias ni retrocorticales
9-11-05	Emb. con feto vivo, sit. Transversa, placenta previa oclusiva parcial
28-11-05	Embarazo de 28.3 sem, placenta previa oclusiva total, control vía transvaginal con preparación vesical. Eco TV: presencia de signos ecográficos sugestivos de ácretismo placentario presencia de múltiples lagos vasculares, adelgazamiento de la zona hipocogénicas a nivel de la parte baja de segmento uterino, a nivel de cicatriz se visualiza focos de disrupción de esta zona hipocogénica, sugiero exploración en 2 semanas.

HEMOGRAMAS, que variaron Hb de 12 hasta 8 mg%

- 28-12-05: hrs. 2:00 paciente presenta sangrado transvaginal a momentos activo y dolor hipogástrico de tipo opresivo, se indica antiespasmódicos.

- Hrs. 8:00: se transfunde 1 unidad de sangre y se prepara para cesárea con los

- Diagnóstico de embarazo de 33 semanas, placenta previa oclusiva total sangrante, ácretismo placentario

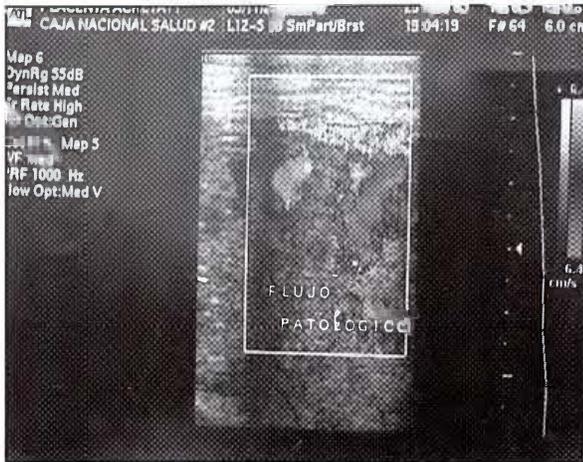


Figura 4. Líquido amniótico claro normal



Figura 5. RN de sexo masculino peso 1990 grs

Figura 1 y 2. Placenta anterior y previa oclusiva total, presencia de múltiples lagos vasculares, signos ecográficos de sugestivos de ácretismo placentario

ACTO QUIRURGICO RELACIONADO CON LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS



Figura 6. Extracción de placenta difícil

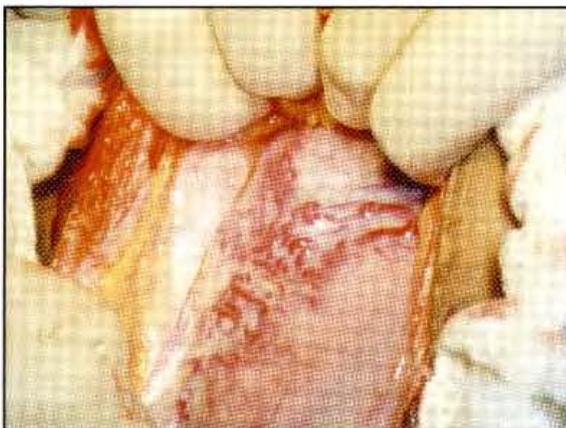


Figura 3. Segmento uterino muy vascularizado (Acretismo)

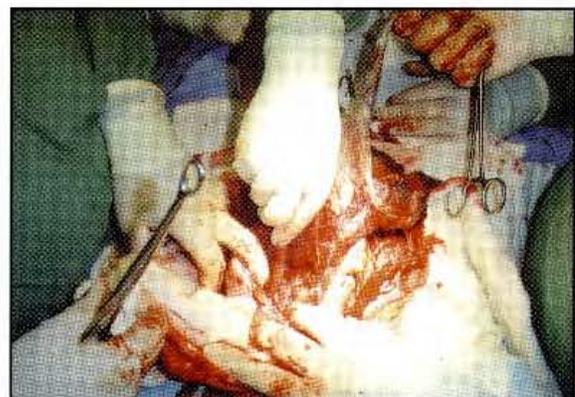


Figura 7. Placenta previa anterior oclusiva total

Figura 8. Sangrado abundante

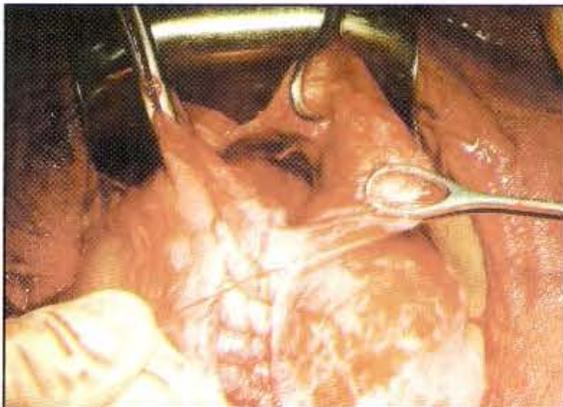
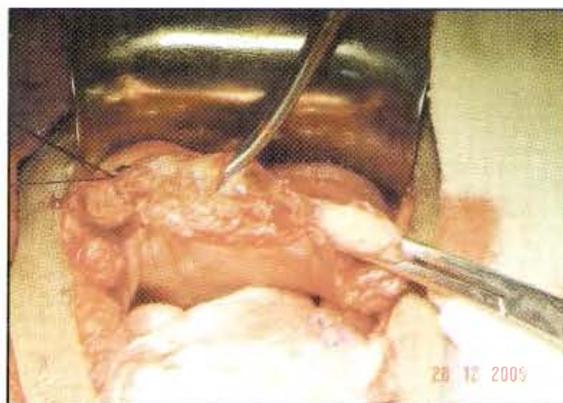


Figura 12.



HISTERECTOMIA TOTAL OBSTETRICA

Figura 9.



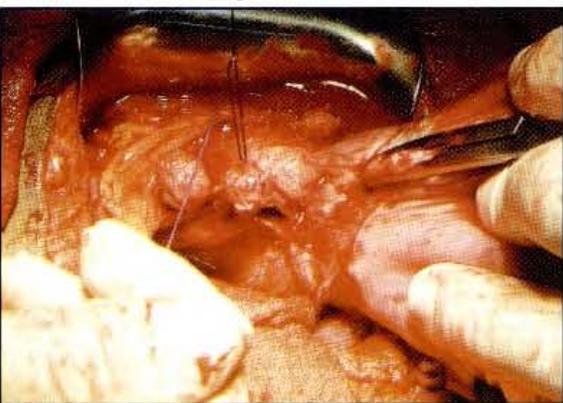
Figura 13.



Figura 10.



Figura 11.



- Conducta postoperatoria: soluciones, analgésicos, antibióticos.
- 29-12-05: hemograma de control que reporta anemia, se realiza transfusión de 1 paquete globular, y hierro por V.O.
- 2-01-06: Evolución favorable es dada de alta sin complicaciones, con antibióticos, analgésicos y hierro.

Histopatología: Útero con endometritis crónica y aguda con implantación en zona decidual profunda en zona adelgazada del segmento (acretismo); Corioamnionitis, funisitis y placentitis crónica y aguda; cambios placentarios reactivos por inflamación y por envejecimiento, datos morfológicos de sufrimiento fetal.

- RN: En buen estado de salud, actualmente con luminoterapia, internado en el servicio de Neonatología

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El término de placenta ácreta ¹ se usa para describir una implantación placentaria en la que hay una adherencia anormal fuerte a la pared uterina de la gestante; esta denominación incluye tres variantes: placenta ácreta en la cual, la placenta está directamente unida al miometrio; placenta íncreta en la cual las vellosidades placentarias invaden el miometrio; placenta pércreta en esta variedad, la placenta atraviesa toda la capa miometral y corresponde al mayor trastorno adherencial placentario sobre el útero, ya que en ella no solo penetra y excede el continente uterino si no que puede involucrar a los órganos y tejidos vecinos, en especial la vejiga urinaria. ^{2,3,4} Esta adherencia anormal de la placenta, resulta de una parcial o completa ausencia de la decidua basal y el desarrollo incompleto de la capa de fibrina, la capa de Nitabuch; de manera que la línea fisiológica de separación entre la zona esponjosa y la zona basal decidual está ausente; a raíz de esta deficiencia, la adherencia anormal puede afectar a toda la placenta, a varios cotiledones de la placenta o a un solo cotiledón de la placenta, constituyendo las placentas ácreta total, ácreta parcial y ácreta focal respectivamente. ^{3,5} (Figura 14).

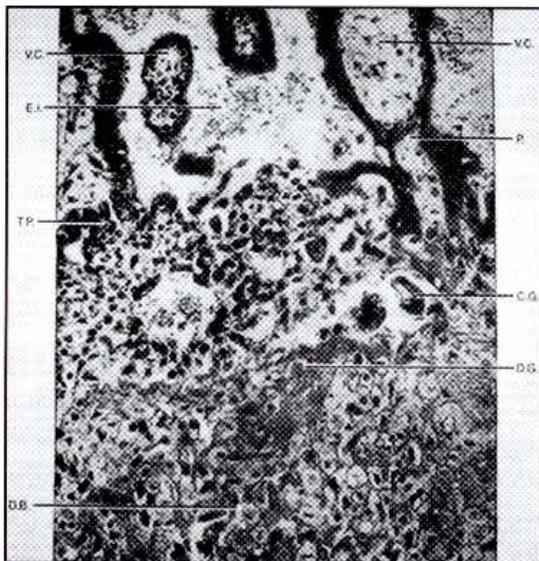


Figura 14. VC Vellosidades coriales
DF Estrato de Nitabuch
DB Decidua basal

ETIOLOGÍA: Como causa de la concreción o proliferación de las vellosidades se admite una falta o un desarrollo insuficiente de la decidua. Como factores coadyuvantes actúan todas las lesiones y cicatrices del endometrio de naturaleza mecánica o inflamatoria, los legrados repetidos o demasiados intensos, la endometritis, las cicatrices de Cesáreas o miomectomía, un desprendimiento manual anterior de placenta, los miomas submucosos, etc. ^{6, 7, 8,9}

DIAGNOSTICO

Diagnóstico ecográfico antenatal.

Hoy, gracias al mejor entendimiento y conocimiento de los factores de riesgo y al mejoramiento de las pruebas diagnósticas, la mayoría de los casos de placenta ácreta puede y deben ser diagnosticados durante el embarazo. ^{9,10} El diagnóstico temprano, hace posible la preparación adecuada y correcta para el momento del parto y sus complicaciones.

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de localización anormal de la placenta; es aquí que, sobre todo, frente a una localización anormal (Ej. Placenta previa) o frente a factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles (ecografía, RMN, o ambas) para confirmar o descartar un trastorno adherencia de la placenta. ^{11, 12,13}

Finberg y Williams fueron los que formularon los criterios ultrasonográficos de placenta ácreta que incluyen:

1.- Pérdida o adelgazamiento de la zona hipocogénica miometral retroplacentaria normal menor a 2 mm de espesor. Vease (Figura 15).

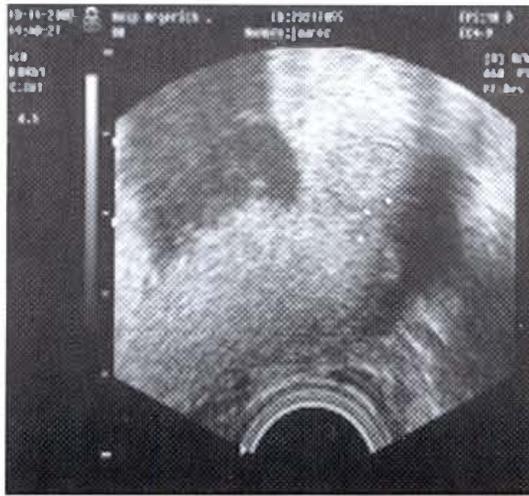


Figura 15. Ecografía transvaginal de paciente con placenta previa oclusiva total e historia de cesárea anterior que muestra desaparición de la zona hipocogénica miometral retroplacentaria con disrupción de la interfase Serosa hiperecogénica entre el útero y la vejiga en el segmento uterino correspondiente a la cicatriz de la Cesárea anterior.

2.- Adelgazamiento o disrupción de la interfase seroso hiperecogénico, entre el útero y la vejiga Fig. 16



Figura 16. Ecografía transabdominal de una paciente con placenta previa que muestra la presencia la conservación de la Zona hipocogénica miometral retroplacentaria e integridad de la interfase serosohiperecogénico entre la vejiga y el útero. El alumbramiento manual sin dificultad confirmó la ausencia de acretismo placentario.

3.- Masa focal exofítica o extensión de la placenta a través del miometrio, fuera del cuerpo uterino.

4.- Presencia de numerosos lagos vasculares intra-placentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta ácreta. Figura 17.



Figura 17. Ecografía transvaginal con Doppler color de una paciente con placenta previa e historia de cesárea anterior que muestra los puentes vasculares entre la placenta y el miometrio y los lagos vasculares adyacentes. La ecografía de escala de grises previa, ya había detectado el adelgazamiento de la zona hipocogénica miometral retroplacentaria. Se realizó la cesárea e histerectomía programada; la histopatología confirmó el diagnóstico.

Observaciones adicionales ultrasonográficas posteriores incluyen: adelgazamiento progresivo y desaparición de la zona miometrial hipocogénica retroplacentaria en exámenes secuenciales; disminución del patrón de flujo venoso normal por estudio Doppler del margen periférico de la placenta.

Aunque los hallazgos ecográficos transabdominal y transvaginal no son definitivos, ellos son consistentes con el diagnóstico histopatológico sobre todo en la placenta pécreta.^{13,14,15}

En casos de acretismo el Doppler color y el power Doppler muestran la marcada vascularización y vascularización anormal del sitio de implantación de la placenta, pero esto no aportaría información adicional a la confiabilidad diagnóstica hecha por un operador experimentado utilizando los criterios de Finberg y Williams.

Cuando la cicatriz uterina es en la cara posterior y la placenta se inserta sobre ella, esto es, fuera del

campo visual de la ecografía transvaginal y dificultosa la evaluación ecográfica transabdominal, es mejor y mayor la información que brinda la Resonancia Magnética Nuclear.^{15,16}

Solamente en estos casos la RMN aporta información adicional a la obtenida con el ultrasonido; por este motivo se recomienda que en pacientes con alto riesgo de placenta ácreta, el uso de resonancia magnética nuclear debe reservarse para las pacientes con inserción placentaria difícil de evaluar con ultrasonografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaser y Colaboradores. Situaciones de Urgencias Maternas durante el parto. Ginecología y Obstetricia. Tomo II (1979)-755.
2. Di Masi, F.T. y colaboradores. Placenta acreta. *Americ. Journal Obstet. Gynec* 87 (1963) 190.
3. F. Uranga Imaz. Acretismo placentario. *Obstetricia Práctica* (1976) 53.
4. Ed Mund- R Novak y Colaboradores. Patología Ginecológica y Obstétrica. (1982) 625.
5. Millar W.G.: A Clinical and pathological Study of placenta accreta. *J. Obstet Gynaecol. Br. EMP GG*: 353
6. Arredondo-Soberon F, Sabella V, Garza-Leal J, Valente PT. Placenta increta en primer trimestre de embarazo. *Ginecol Obstet Mex* 1995; 63: 279-81.
7. Cantanzarite V, Stanco L, Schrimmer S et al. Managing placenta previa/accreta. *Contemp Obstet Gynecol* 1996; 41: 66-95.
8. Ecker JL, Sorem KA, Soodak L, et al. Placenta Increta Complicating a First-Trimester Abortion A case report. *Journal Reproductive Medicine*. 1992; 37-10.
9. Finberg G, William J. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa / accreta. *Contemp Obstet Gynecol* 1996; 41: 66-95.
10. Gist RS, Voung V, Brody S, Rees P, Landry AD. Placenta increta occurring in a bligter ovum. *South Med J*. 1996; 89(5): 545-7.
11. Harden, MA, Walters MD, Valente PT Postabortal hemorahage due to placenta increta: A case report. *Obstet Gynecol*. 1990; 75: 523.
12. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Dosis and management of placenta percreta: A review. *Obster Gynecol survey* 1998; 53: 509-517.
13. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, et al. Risk factors for placenta accreta. *Obstec Gynecol* 1999; 93: 545-50.
14. Kinoshita T, Ogawa K, Yusumizu T, Kato J. Spontaneous rupture of the uterus due to placenta percreta at 25-weeks' gestation: a case report *J Obstet Gynaecol Res* 1996; 22: 125-8.
15. Kirkinen P, Helin-Martikainen HL, Vanninen R, Patanen K. Placenta accreta: imaging by gray-scale and contrast enhanced color Doppler somography and magnetic resonance imaging. *J Clin Ultrasound* 1998; 26: 90-4.
16. Miller Da, Chollet JA, Goodwin IM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210-4.