

ACRETISMO PLACENTARIO: DIAGNÓSTICO PRENATAL MEDIANTE ESTUDIO ECOGRÁFICO DOPPLER EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL PLACENTA ACCRETA: PRENATAL DIAGNOSIS BY DOPPLER ULTRASONOGRAPHY IN THE MATERNO INFANTIL "GERMÁN URQUIDI" 2007 y 2008.

Dr. Juan José Peñaloza Valenzuela Médico Ginecólogo Obstetra.
Hospital Materno Infantil "Germán Urquidi", jpenaloza@supernet.com.bo

Dr. William Alexander Torrico Aponte Médico Ginecólogo – Obstetra - Hospital Materno Infantil "San Martín de Porres"

Dr. Edgar Torrico Aponte Médico Cirujano - Hospital Materno Infantil "San Martín de Porres"

Dr. Mario Luis Torrico Aponte Médico Residente de Anestesiología. Hospital Clínico Viedma.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, analítico en 101 pacientes que ingresaron al H. M. I. G. U con factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario, durante el 2007 y 2008; a quienes se realizó estudio Doppler, con el objetivo de establecer su utilidad en el diagnóstico antenatal de dicha patología, determinando su sensibilidad y especificidad, identificando además la localización placentaria más frecuente y principales complicaciones presentadas. Cuyas variables fueron: Edad materna, paridad, edad gestacional, factores de riesgo, signos ecográficos de acretismo. Se tuvo una incidencia de acretismo placentario de 0,083 %, más frecuente en multigestas y a los 25 a 34 años, todas con el antecedente de 2 o más cesáreas, presentando además el 75% placenta previa oclusiva total. Encontrándose signos ecográficos de acretismo placentario en un 50% entre las 34 a 36 semanas de gestación; teniendo el estudio Doppler, para el diagnóstico antenatal de acretismo, una sensibilidad de 87,5%, especificidad de 98,92%, valor predictivo positivo de 87,5%, y valor predictivo negativo de 98,92%. Concluyéndose que, el estudio Doppler es un buen método para el diagnóstico antenatal de acretismo placentario en pacientes con factores de riesgo, permitiendo de esta manera un manejo médico quirúrgico multidisciplinario, contribuyendo de esta manera a un éxito terapéutico, de bajo costo y con mínimas complicaciones, materno fetales.

PALABRAS CLAVE: Acretismo placentario- Ecografía Doppler-Diagnóstico prenatal

SUMMARY

We performed a prospective, analytical, longitudinal study involving 101 patients who entered the HMIGU with risk factors to develop placenta accreta during 2007 and 2008. The Doppler study was performed, seeking the following goals: Establish its usefulness in the prenatal diagnosis of such pathology, by determining its sensitivity and specificity, also the most frequent placental location and major complications presented. Its variables were: maternal age, parity, gestational age, risk factors, sonographic signs of accretism.

There was an incidence of placenta accreta of 0.083 %, more frequent in the 25 to 34-year age group, and in multigravida patients, all with a history of 2 or more previous caesarean sections, also presenting a 75 % occlusive total placenta previa. There were found sonographic signs of placenta accreta by 50% within 34 and 36 weeks of gestation. Having the Doppler ultrasound for the antenatal diagnosis of such pathology, 87.5 % of sensitivity, 98.92 % of specificity, positive predictive value of 87.5% and negative predictive value of 98.92%; Concluding that the antenatal suspicion of accretism, by Doppler ultrasound, allows a multidisciplinary surgical medical management, thus contributing to a successful treatment, of low cost and with minimal maternal and fetal complications.

KEYWORDS:

Placenta accreta - Doppler Ultrasound - Prenatal Diagnosis

INTRODUCCIÓN

Placenta ácreta se define como aquella condición en la cual se encuentran vellosidades placentarias que contactan con el miometrio sin decidua interpuesta, resultando en una anormal adherencia entre la placenta y el útero, (1, 2,3, 4) debido a la ausencia parcial o total de la decidua basal y el desarrollo imperfecto de la capa fibrinoide (membrana de Nitabuch). Las vellosidades se fijan al miometrio (Acreta), lo invaden (Increta) o penetran a través del mismo (Percreta), pudiendo estar involucrado uno, o todos los cotiledones, clasificándose como focal, parcial o total. (1, 2,3, 4,5). Su frecuencia es variable, entre 1 en 540 y 1 en 93.000 partos. (4, 6, 7). Sin embargo la verdadera incidencia es difícil de determinar dado que el diagnóstico de certeza requiere del estudio anatomopatológico del útero. (8) El cual sólo se puede realizar en los casos en que se requirió de histerectomía. (8)

Esta condición tiene asociada una mortalidad materna de 7% a 20% relacionada con hemorragia masiva y mortalidad perinatal de hasta 9%. (4, 6) Dentro los factores de riesgo para desarrollar esta patología, el antecedente de mayor relevancia es la cesárea anterior y la placenta previa. (1, 2, 4, 6) teniéndose también la historia de legrados uterinos, antecedente de extracción manual placentaria y antecedente de infección intraamniótica. (5)

No existe un síndrome clínico para acretismo placentario. Gran parte de los casos se presenta en forma asintomática y debe sospecharse siempre que existan factores de riesgo. La sintomatología depende de las características de la placenta previa y la invasión a otros órganos. La principal manifestación es la hemorragia ante parto, durante el parto o postparto. En casos de invasión vesical, puede manifestarse como hematuria macroscópica en un 20%, siendo más común la microhematuria. Además puede presentarse como retención

placentaria en el parto con complicaciones como el shock hipovolémico y coagulopatía de consumo. (6, 7)

El pilar de apoyo diagnóstico antenatal es la ultrasonografía, que puede complementarse con Estudio Ecográfico Doppler, resonancia magnética nuclear (RMN), cistoscopia y marcadores bioquímicos. (4,6)

Los signos ultrasonográficos de acretismo placentario son: La ausencia o adelgazamiento (menor de 1 mm) de la zona miometrial hipoecogénica normal en el segmento uterino anterior, con sensibilidad (93%), especificidad (79%), y el valor predictivo positivo (78%). (7, 8), disrupción focal de la interfase hiperecogénica (interfase entre serosa uterina y vesical), la presencia de espacios lacunares vasculares en el parénquima placentario, extensiones focales de tejido placentario que sobrepasan la serosa. (6, 9). El estudio Doppler incrementa el nivel de confiabilidad en la identificación de la zona miometrial, con una mejor valoración de la profundidad de la invasión miometrial o de la serosa. Identificándose: Presencia de flujo lacunar difuso intraplacentario, hipervascularización de la interfase serosa uterina y vesical, complejos venosos subplacentarios prominentes. Teniéndose según Ferreira Narváez y cols. Una sensibilidad del 100% y especificidad de 96%. (10). Se recomienda realizarse entre las 30 a 34 semanas de gestación. (4, 11)

La Resonancia magnética, permite obtener imágenes anatómicas precisas de la pared uterina, la vascularización y estructuras pelvianas; permitiendo evaluar la invasión vesical, y de la pared posterior y lateral del útero en casos de placenta posterior. Debiendo utilizarse en los casos en que el ultrasonido no pueda descartar la presencia de placenta ácreta. (5, 9)

Entre los **marcadores bioquímicos** complementarios al diagnóstico, se tiene: Niveles

séricos maternos de alfa-fetoproteína que se encuentran aumentados en el acretismo placentario debido al paso de sangre fetal hacia el torrente sanguíneo materno, a causa de la invasión trofoblástica al miometrio. También aumento de creatinin-fosfokinasa, por la invasión trofoblástica al miometrio, produciendo lisis de la fibra muscular. (7, 4, 11, 12)

Referente al tratamiento, el manejo del acretismo placentario de forma tradicional supone la realización de cesárea programada e histerectomía multidisciplinaria, involucrando a ginecólogos, cirujanos generales, oncoginecólogos o uroginecólogos, siendo este procedimiento un desafío a las habilidades quirúrgicas del médico obstetra (5), dada la gran alteración anatómica que se puede encontrar, así como el compromiso de otros órganos pelvianos, todo esto en un ambiente de gran hemorragia e inestabilidad hemodinámica. Los signos de acretismo incluyen: Distorsión, deformación o solevantamiento del segmento uterino inferior (aspecto de medusa), tejido placentario invadiendo serosa visceral uterina, hipervascularización masiva del segmento inferior e invasión placentaria de otros órganos. (1, 2, 3, 4). Se recomienda histerotomía fúndica o corporal alta, no debiendo insistirse en la remoción placentaria por el riesgo de sangrado incontrolable y fundamentalmente no posponer la decisión de histerectomía. Se recomienda realizar histerorrafia, aunque en algunos casos puede ser útil mantener la histerotomía abierta para una mejor orientación, reconocimiento de los límites del cérvix y de la cavidad uterina. De acuerdo a la edad y condiciones locales deberá decidirse si conservar o no los anexos. El manejo postoperatorio debe ser estrictamente vigilado, pudiéndose requerirse de cuidados intensivos, para el manejo hemodinámico. (1, 2,3, 4)

Se ha descrito manejo conservador en el 7% de los casos, esto permitiría la preservación de la

función reproductiva e implicaría menor necesidad de transfusión, pero conlleva un alto riesgo de requerir histerectomía de urgencia en las horas siguientes. Se ha utilizado con éxito en casos de gran compromiso de órganos adyacentes, con alta probabilidad de iatrogenia durante la cirugía y sólo en pacientes hemodinámicamente estables. Existen diversas modalidades de manejo conservador incluyendo: Dejar la placenta en su lugar, resección del lecho placentario y su reparación, extracción placentaria y legrado obstétrico, asociación de quimioterapia a cualquiera de las modalidades anteriores, empleo de un medio que cause isquemia (embolización, ligadura de vasos) del lecho placentario (5) y considerar el uso ulterior de metotrexate, realizando seguimiento con B-HCG y estudios de imagenología (Ecografía, TAC, RMN). Además se han descrito técnicas quirúrgicas conservadoras como uso de argón, torniquete del segmento y packing con compresas. (1, 2,4) En nuestro medio se ha incrementado la incidencia de cesárea y la terminación en algunos casos en Histerectomía obstétrica por Acretismo placentario, ya que nuestro país exhibe uno de los más altos índices de cesárea en Latino América. Por lo tanto es necesario contar con un método de estudio confiable, para el diagnóstico prenatal de acretismo placentario, de esta manera planificar un manejo quirúrgico adecuado. Por lo que se pretende demostrar la eficacia del estudio ecográfico Doppler para dicho diagnóstico.

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio es prospectivo, longitudinal y analítico por medio del cual se determinó la utilidad del estudio ecográfico Doppler para el diagnóstico prenatal de acretismo placentario, en pacientes con factores de riesgo para dicha patología en H.M.I.G.U. durante el 2007 y 2008. Teniéndose como muestra pacientes embarazadas con factores de riesgo para el desarrollo de Acretismo

placentario, a quienes se realizó estudio Ecográfico Doppler. Cuyos criterios de inclusión fueron: Pacientes con factores de riesgo para acretismo, a las que se realizó el estudio Doppler. Como variables independientes: Edad materna, paridad, edad gestacional. Variables dependientes: Factores de riesgo para acretismo placentario, signos ecográficos de acretismo placentario al estudio Doppler.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- La incidencia de acretismo placentario durante el período de estudio fue de 0,083% semejante a lo reportado por Briceño quien realizó una revisión bibliográfica en latinoamérica desde el año 1983 al 2000, encontrando 199 casos de acretismo (6)
- Se diagnosticó acretismo con mayor frecuencia entre los 25 y 34 años y en pacientes multigestas, correspondiendo el 75% a placenta ácreta y el 25% a placenta percreta, (Mediante estudio Histopatológico); similar a lo reportado en la literatura internacional, que reporta, 78% para placenta Acreta, 17% placenta increta y 5% placenta percreta (1, 3, 7,8, 11)
- Todas las pacientes con acretismo placentario tenían el antecedente de 2 o más cesáreas previas, presentando el 75% además el antecedente de placenta previa oclusiva total (localización más frecuente). Acorde a los reportes internacionales (6, 8)
- El estudio Ecográfico Doppler tiene, para el diagnóstico prenatal de acretismo placentario una sensibilidad de 87, %, especificidad de 98,92%, Valor predictivo positivo de 87,5%, y valor predictivo negativo de 98,92%. Similar a otros estudios realizados, que reportan una sensibilidad de 93%, especificidad (79%), valor predictivo positivo (78%). (6, 8). Realizándose el diagnóstico ecográfico en el 50 % de las

pacientes entre las 34 - 36 semanas, acorde con la literatura.

- La complicación materna más frecuente fue la hemorragia transquirúrgica, presentando anemia severa, requiriéndose transfusión de paquetes globulares y hemoderivados, a pesar de no haber realizado la extracción placentaria.

CONCLUSIONES

- El acretismo placentario es una entidad cuya incidencia se incrementa con el aumento de la frecuencia de las cesáreas, siendo uno de los principales factores de riesgo junto con el antecedente de placenta previa oclusiva total.
- El diagnóstico por ultrasonografía Doppler es un buen método para el diagnóstico prenatal de acretismo placentario en las pacientes con factores de riesgo. Teniendo una alta sensibilidad y especificidad. Siendo el diagnóstico prenatal de acretismo placentario fundamental para poder prever las posibles complicaciones y plantear necesidad de cesárea seguida de histerectomía.

RECOMENDACIONES

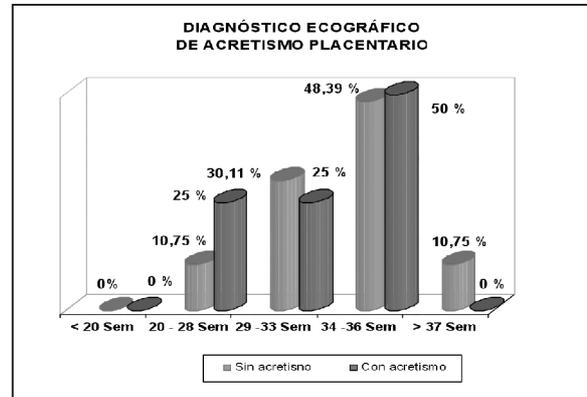
- Realizar Estudio Ecográfico Doppler a toda paciente embarazada con factores de riesgo para acretismo placentario.
- Ante la sospecha ecográfica de Acretismo placentario debe manejarse el caso en una institución de tercer nivel de atención y por un equipo médico quirúrgico multidisciplinario, tomando las provisiones necesarias, de esta manera disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Pérez Sanchez A, Donoso E. Obstetricia. Tercera ed. Publicaciones Mediterráneo 1999.
2. Schwarz, C. Duverges, A, Díaz y cols Obstetricia. 5ta Ed. 1995. Editorial El Ateneo.

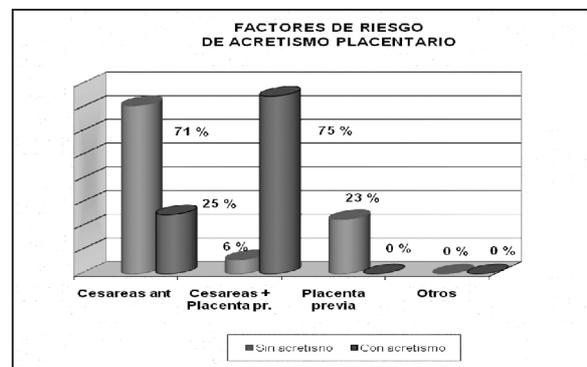
3. Williams, G. Cuunningham, N. Ganty cols Obstetricia. 21 a Ed. 2004.
4. Catalini, A, Huespe M, Salva,S y cols. Acretismo placentario. Experiencia diagnostica mediante Ecografia Doppler. Hospital Donación Francisco Santojanni.
5. Ferreira N, Fidel E, Angulo M. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido Doppler en el hospital universitario de Neiva, Colombia. Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. October 2007
6. Vera E, Lattus J, Bermúdez H y cols. Placenta percreta con invasión vesical. Revista chilena de obstetricia y ginecología. ISSN 0717-7526 v.70 n.6 Santiago 2005.
7. Fleischer A, Manning F, Jeanty P y cols. Ecografia en obstetricia y ginecología. 6ta Ed.
8. Palacios J, Bruno C, Pesaresi M. Diagnóstico diferencial de los trastornos adherenciales de la placenta por resonancia magnética nuclear contrastada - acretismo y percretismo placentario.
9. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetricia. Marbán. Edición en Español. 2004.
10. Dueñas O, Rico H, Rodríguez M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Revista Chilena Obstetricia Ginecología 2007; 72(4): 266-271.
11. Morales A, Insunza A, Latorre R. Manejo exitoso de la hemorragia post parto por acretismo placentario mediante Taponamiento con Balón de Bakri. Revista chilena Obstet Ginecol 2006; 71(121- 124)
12. Parra G, Anaya M, Díaz I y cols, Acretismo Placentario: Diagnóstico prenatal mediante ultrasonido y resonancia magnética y su correlación Histopatológica en Barranquilla (Colombia). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 No. 3 • 2009 • (281-285)

Gráfico 1. Edad gestacional. Diagnóstico ecográfico. Acretismo Placentario. H.M.I.G.U. 2007 -2008



Se encontró signos sugerentes de acretismo placentario con Estudio Ecográfico Doppler a las 34 y 36 semanas de gestación en el 50% de las pacientes

Gráfico 2. Factores de riesgo. Acretismo Placentario. H.M.I.G.U 2007 -2008



Los principales factores de riesgo asociados con acretismo placentario fueron el antecedente de cesáreas previas y placenta previa oclusiva total.

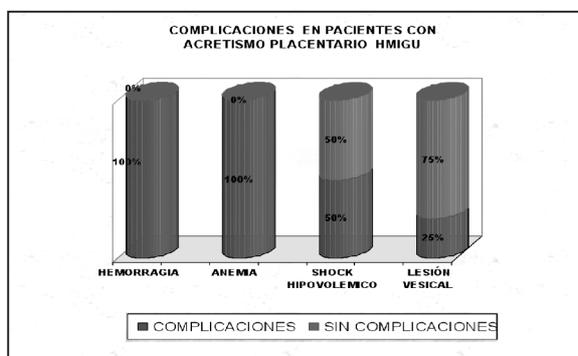
Cuadro 1. Estudio ecográfico Doppler en el diagnóstico prenatal de Acretismo placentario H.M.I.G.U. 2007 - 2008

Ecografía Doppler	Acretismo	Sin Acretismo	Total
Signos de acretismo	7	1	8
Ausencia de acretismo	1	92	93

1	Sensibilidad	a /a+b	0,875	87,5 %
2	Especificidad	d /c+d	0,9892	98,92 %
3	Valor predictivo positivo	a /a+c	0,875	87,5 %
4	Valor predictivo negativo	d /b+d	0,9892	98,92 %

El estudio ecográfico Doppler en el diagnóstico antenatal de acretismo placentario tiene una sensibilidad de 87,5 %, especificidad de 98,92%.

Gráfico 3. Complicaciones en pacientes con Acretismo Placentario. H.M.I.G.U. 2007 - 2008



La principal complicación presentada fue la hemorragia, presente en el 100% de las pacientes, con la consecuente anemia.

Estudio Ecográfico Doppler Normal



Figura 1. Imagen. Ecografía Doppler normal. a) Placenta anterior. b) zona miometrial hipocogénica normal



Figura 2. Imagen. Ecografía Doppler normal. a) Placenta oclusiva total. b) Vascularidad normal

Estudio Ecográfico Doppler. Acretismo Placentario



Figura 3. Imagen. Ecografía Doppler.

- a) Placenta oclusiva total.
- b) Ausencia de imagen hipoeecogénica retroplacentaria (Miometro).
- c) Lagunas placentarias. Flujo lacunar difuso.



Figura 4. Imagen. Ecografía Doppler.

- a) Vascularidad acentuada interfase serosas.
- b) Imagen Hiperecogénica lineal (Espacio vesicouterino), en ausencia de miometrio.
- c) Sin invasión vesical

Pieza quirúrgica. Acretismo placentario

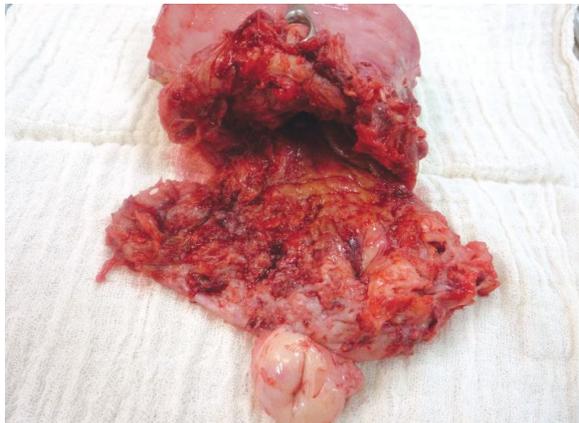


Figura 5. Imagen. Ecografía Doppler.

- a) Placenta oclusiva total.
- b) Invación de placenta a miometrio y serosa.

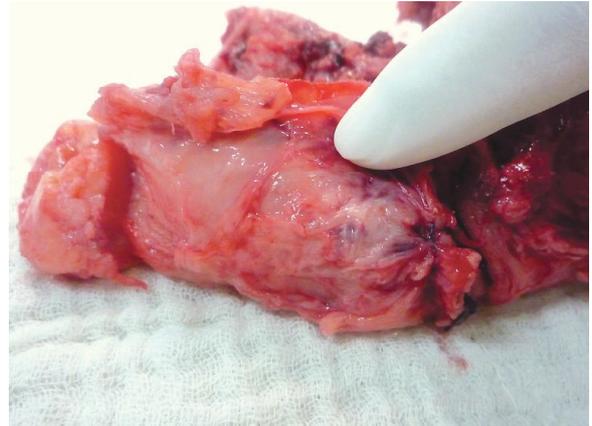


Figura 6. Imagen. Ecografía Doppler.

- a) Vascularidad acentuada en segmento.
- b) Placenta invade miometrio hasta serosa visceral.