Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (2): 180-186.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.5835

Acretismo placentario en primigestas. Reporte de tres casos y revisión de la bibliografía

Primigravid with placental accreta. Three cases report and literature review.

Miguel Ángel Ruvalcaba-Ramírez,[1] Eduardo Reyes-Ibarra,[2] Francisco Mejía-Romo,[3] Edgar Humberto Cuadro-Bracamontes,[3] Mhai Said Khalaf-Partida,[3] Francisco Javier Manzo-Arroyo[3]

Resumen

ANTECEDENTES: El acretismo placentario aparece cuando una parte o la totalidad de la placenta invade la pared uterina; se asocia con procedimientos que implican cicatrización en el útero.

OBJETIVO: Exponer tres casos de pacientes primigestas, sin antecedentes de procedimientos uterinos previos, que tuvieron acretismo placentario. Además, evaluar la inclusión de nuevos factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la enfermedad, conforme a lo encontrado en la revisión bibliográfica.

CASOS CLÍNICOS: **Caso 1:** Primigesta de 22 años. El ultrasonido de las 35.3 semanas reportó: placenta previa total con 2 de 6 signos de acretismo placentario. Durante la cesárea se identificó aumento de la vascularidad en el segmento uterino, que ameritó la histerectomía obstétrica. El reporte histopatológico fue: placenta increta. **Caso 2:** Primigesta de 39 años. El ultrasonido prenatal reportó: placenta normoinserta. La cesárea se indicó por sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Durante el procedimiento se observó que la placenta estaba adherida al fondo uterino y el cuerno derecho, circunstancias por las que se indicó la histerectomía obstétrica. El reporte histopatológico fue: increstismo placentario. **Caso 3:** Primigesta de 28 años. El ultrasonido obstétrico evidenció: placenta fúndica grado II. Durante el procedimiento quirúrgico se observó que el útero estaba vascularizado. En el alumbramiento se observó que la placenta estaba invadiendo el miometrio y la serosa, por eso se decidió la histerectomía obstétrica. El reporte histopatológico fue: placenta acreta.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de acretismo placentario suele sospecharse en pacientes previamente intervenidas para tratar afecciones uterinas, por causa obstétrica, ginecológica u otra. En todas las pacientes, independientemente de los antecedentes médico-quirúrgicos debe efectuarse el escrutinio para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna. Además, plantear líneas de acción y alternativas de prevención para proporcionar una atención integral, oportuna y multidisciplinaria.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia posparto; primigesta; placenta acreta.

Abstract

BACKGROUND: Placental accreta occurs when part or all of the placenta invades and is inseparable from the uterine wall, associated with procedures that entail scarring in the uterus.

OBJECTIVE: To review three cases in primiparous patients without a history of previous uterine procedures who presented placental accreta, in addition to evaluating the inclusion of new risk factors that may influence the presence of the pathology.

CLINICAL CASES: **Case 1:** 22-year-old primigravity, ultrasound at 35.3 weeks, with total placenta previa and 2/6 ultrasound signs of placenta accreta. During cesarean section, increased vascularity is identified, predominantly in the segment requiring obstetric

[1] Titular de la División de Obstetricia.
[2] Jefe del Departamento Clínico de Urgencias de Tococirugía.
[3] Médico adscrito a la División de Obstetricia.
Unidad Médica de Alta Especialidad de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: junio 2021
Aceptado: agosto 2021

Correspondencia
Miguel Angel Ruvalcaba Ramírez
yo_angel45@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:
Ruvalcaba-Ramírez MA, Reyes-Ibarra E, Mejía-Romo F, Cuadro-Bracamontes EH, Khalaf-Partida MS, Manzo-Arroyo FJ. Acretismo placentario en primigestas. Reporte de tres casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (2): 180-186.

hysterectomy. Histopathological reported was placenta increta. **Case 2:** 39-year-old primigravity, prenatal ultrasound report normal inserted placenta. A cesarean section was performed for suspected premature detachment of a normoinserted placenta. Transsurgical placenta attached to the uterine fundus and right cornual region was observed, requiring obstetric hysterectomy. Histopathological report was placenta increta. **Case 3:** 28-year-old primigravity. Obstetric ultrasound, fundic placenta grade II. In the surgical act, a highly vascularized uterus was reported, upon delivery, a placenta was observed invading myometrium and serosa, requiring obstetric hysterectomy. Histopathological report was placenta accreta.

CONCLUSION: The diagnosis of placental accreta is usually suspected in patients who have undergone previous uterine procedures for obstetric, gynecological or other causes. However, all patients should be screened regardless of the medical-surgical history in order to reduce maternal morbidity and mortality, in addition to proposing lines of action and prevention

ALTERNATIVES to provide a timely and multidisciplinary comprehensive management.

KEYWORDS: Postpartum hemorrhage; Primigravidity; Placenta accreta.

ANTECEDENTES

El acretismo placentario sobreviene cuando una parte o la totalidad de la placenta invade la pared uterina, sin posibilidad de reparación.[1] Entre 1982 y 2000 se reportó 1 caso por cada 533 embarazos.[2] Para el recién nacido, alrededor del 40% de los casos se complica con parto pretérmino y la mortalidad perinatal se incrementa, incluso, 4 veces.[3,4]

El riesgo de placenta acreta se incrementa en pacientes con placenta previa en 1 al 5%[3,5] y con cesárea previa varía del 3 al 67%, según la cantidad de nacimientos por vía cesárea.[6]

El cuadro clínico del acretismo placentario suele ser asintomático. La primera manifestación clínica puede aparecer en el periodo del alumbramiento, debido a la extracción difícil o incompleta de la placenta, acompañada o no de hemorragia posparto.[7]

El diagnóstico preparto del acretismo placentario se establece con el ultrasonido (sensibilidad 87% y especificidad 98%).[8,9,10] La ecografía es la técnica de elección para el diagnóstico de placenta acreta en el segundo y tercer trimestres del embarazo; la resonancia magnética se recomienda para las pacientes en quienes los hallazgos de la ecografía no fueron concluyentes. [10,11,12]

El acretismo se asocia con complicaciones maternas severas y desenlaces perinatales adversos. Por lo general, se acompaña de hemorragia importante; el 90% de las pacientes requiere transfusión sanguínea y en 40% de los casos, la hemorragia es masiva. La mortalidad materna alcanza, incluso, porcentajes del 7%.[13]

Un análisis de decisión emprendido por Robinson y Grobman[14] sugiere que los desenlaces maternos y neonatales son óptimos cuando la cesárea se practica en la semana 34. Sin embargo, la decisión siempre debe tomarse de

manera individualizada, teniendo en cuenta las circunstancias de cada paciente.

El objetivo de este reporte fue: exponer tres casos de pacientes primigestas sin antecedentes de procedimientos uterinos que tuvieron acretismo placentario. Además, evaluar la inclusión de nuevos factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la enfermedad, conforme a lo encontrado en la revisión bibliográfica.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Primigesta de 22 años, con control prenatal ambulatorio, sin antecedentes quirúrgicos, ni enfermedades crónicas degenerativas. El ultrasonido de las 34 semanas reportó: aumento de la vascularidad del lecho placentario vesicouterino, sin signos clásicos de acretismo placentario. Se hospitalizó a las 37.1 semanas para finalización del embarazo por cesárea. El ultrasonido al ingreso al hospital reportó: placenta previa total y 2 de 6 signos ecográficos de acretismo placentario: vasos sanguíneos con cruzamiento de la interfase e interrupción de la integridad de la interfase vesicouterina. La recién nacida pesó 2705 gramos, midió 48 cm, con 37 semanas por Capurro y Apgar 8-9. Se trasladó al cunero fisiológico sin complicaciones aparentes. Se trató de un caso de placenta previa total y aumento de la vascularidad en todo el útero (signo de cabeza de medusa; **Figura 1**), con predominio en el segmento. Se procedió a la histerectomía obstétrica y ligadura bilateral de las arterias hipogástricas, sin afectación del estado hemodinámico. El sangrado estimado fue de 1500 mL y no requirió transfusión de hemoderivados. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fue de placenta previa total increta que infiltraba el 80% del espesor del miometrio. La paciente y su recién nacida fueron dadas de alta del hospital al tercer día de la intervención quirúrgica.

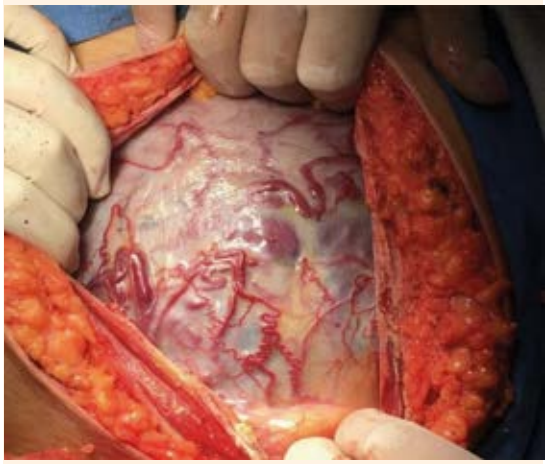


Figura 1. Aumento de la vascularidad uterina (signo de cabeza de medusa).

Caso 2

Paciente primigesta de 39 años, con adecuado control prenatal, antecedente de artritis reumatoide en tratamiento con sulfazalacina, prednisona y cloroquina; hipotiroidismo durante el embarazo tratado con levotiroxina; hemangioma hepático en control ambulatorio. Durante la laparotomía exploradora se encontró endometriosis en el 2015. El embarazo se logró mediante técnicas de fertilización in vitro. Ingresó al hospital con 34.3 semanas de embarazo y cifras tensionales elevadas. El ultrasonido obstétrico reportó: restricción del crecimiento intrauterino I-IV a expensas del peso fetal en el percentil menos 3, placenta fúndica y corporal anterior. Se decidió finalizar el embarazo por cesárea, con anestesia general, por datos compatibles con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. El recién nacido pesó 1715 gramos, con Apgar 6-8; ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales por disminución respiratoria secundaria a fármacos. Fue necesario intubarlo durante 2 horas, lapso en que evolucionó satisfactoriamente. Tuvo hi-

https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.5835

perbilirrubinemia multifactorial pero no requirió fototerapia. Resultó con sepsis nosocomial y reaccionó favorablemente al doble esquema de antibiótico. Se dio de alta del hospital a los 15 días del nacimiento. Durante el procedimiento quirúrgico el útero se encontró con signo de cabeza de medusa, con la placenta adherida al fondo uterino y la región cornual derecha, con infiltración en el parametrio derecho. Esto hizo necesaria la histerectomía obstétrica. Se le dejó un empaquetamiento tipo Mikulicz que se retiró a las 72 h. La estimación del sangrado fue de 2900 mL. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos en donde se le transfundieron hemoderivados. Se dio de alta del hospital a los 11 días. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fue de: incretismo placentario con endometriosis, placenta de inserción fúndica. **Figura 2**

Caso 3

Primigesta de 28 años, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, en tratamiento con prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina; sin antecedentes quirúrgicos. El ultrasonido obstétrico reportó: embarazo de 34.1 semanas por fetometría, con peso del feto estimado en 2186 gramos, en percentil 7 (feto pequeño para la edad gestacional), placenta fúndica grado II, normohidramnios, Doppler normal. Por actividad lúpica se decidió finalizar el embarazo mediante cesárea, con la obtención de un recién nacido masculino, de 2235 gramos, Apgar 9-9, 36 semanas por Capurro; se envió al cunero fisiológico y se dio de alta del hospital junto con la madre. En el acto quirúrgico se reportó que el útero tenía alta vascularidad, el segmento uterino estaba adelgazado. Durante el alumbramiento se observó que la placenta estaba invadiendo al miometrio y la serosa. En el fondo uterino había pérdida de la anatomía (**Figura 3**), razón por la que se decidió la histerectomía obstétrica. Durante el procedimiento obstétrico se reportó sangrado estimado en 800 mL. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos para continuar su atención y vigilancia debido a la reactivación lúpica. Al sexto día del puerperio fue dada de alta del hospital. El reporte histopatológico fue: placenta previa total acreta.



Figura 2. Incretismo placentario.

METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos de PubMed, Europe PMC, ScienceDirect y Research Gate de artículos en español e inglés, con las palabras clave: "primigravid adherent placenta", "placenta accreta" y "morbidly adherent placenta". Se encontraron 6

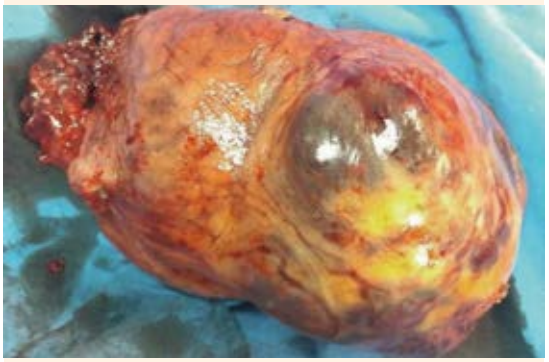


Figura 3. Placenta que invade el miometrio y la serosa, en el fondo uterino (percretismo placentario). Pérdida de la anatomía.

publicaciones que en el título y el resumen describían "embarazo en primigesta y percretismo placentario". Dos artículos refieren la conducta conservadora ante el acretismo placentario; sin embargo, contaban con algún fator de riesgo para la misma, por lo que no se consideraron para la revisión. Al final, se seleccionaron cuatro artículos que reunieron características similares al caso expuesto: acretismo placentario en primigestas. Los 14 artículos restantes describen la definición, clasificación y principales factores de riesgo de placenta acreta y otros factores que comparten la placenta acreta.

DISCUSIÓN

De los cuatro estudios reportados (**Cuadro 1**) en los decenios de 1980 y 1990, dos de cuatro no tuvieron reporte histopatológico y optaron por una conducta conservadora, con preservación del útero. De esos cuatro estudios, solo uno fue de embarazo de término y recién nacido viable.

En la bibliografía se reporta, en artículos de revisión y en reportes de caso, el riesgo de embarazo inviable para la vida y muerte fetal, lesión renal aguda, sepsis, perforación intestinal, fístula vésicovaginal, hemorragia severa, coagulopatía por consumo, hemotransfusión masiva e, incluso, la muerte de la madre.[13]

En esta serie de tres casos se observó que las pacientes negaron tener antecedentes de comorbilidades, cirugías uterinas o algún otro factor de riesgo relacionado con las alteraciones placentarias descritas en la bibliografía. En

Cuadro 1. Casos publicados en primigestas con acretismo (continúa en la siguiente página)

Variables	Casos actuales			Casos reportados en la bibliografía			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Melchor JC, et al.[15]	Lee LC, et al. [16]	Kinoshita T, et al.[17]	Afia Ansar, et al.[18]
Edad (años)	22	39	28	33	23	30	20
Antecedentes patológicos	No	Artritis reumatoide, Hipotiroidismo	Lupus eritematoso sistémico (activo)	Cervicovaginits	No	Lupus eritematoso sistémico (no activo)	No
Embarazo	1	1	1	1	1	1	1
Partos	-	-	-	-	-	-	-
Legrados	-	-	-	-	-	-	-
Cesáreas	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía uterina	-	-	-	-	-	-	-
Transfusión de hemoderivados	No	Sí	No	No	Sí	No	No
Inserción	Previa total	No previa	No previa	ND	No previa	ND	ND
Localización	Anterior	Fúndica- corporal	Fúndica	ND	posterior	ND	ND
Datos de acretismo	2/6	No	No	ND	ND	ND	ND
Semanas de gestación	37	37	36	37	17	25	17
Vía de nacimiento	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Histerotomía	Histerotomía	Histerotomía

https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.5835

Cuadro 1. Casos publicados en primigestas con acretismo (continuación)

Variables	Casos actuales			Casos reportados en la bibliografía			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Melchor JC, et al.[15]	Lee LC, et al. [16]	Kinoshita T, et al.[17]	Afia Ansar, et al.[18]
Motivo	Placenta previa	Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	Reactivación lúpica	Sin progresión del trabajo de parto	Abdomen agudo (hemoperitoneo)	Abdomen agudo (hemoperitoneo)	Abdomen agudo (hemoperitoneo)
Desenlace neonatal	Vivo	Vivo	Vivo	Vivo	Muerto	Muerto	Muerto
Tratamiento	Histerectomía abdominal total	Histerectomía abdominal total	Histerectomía abdominal total	Histerectomía abdominal subtotal	Conservador, Placenta *in situ*	Histerectomía abdominal subtotal	Conservador alumbramiento digital
Sangrado	1500 mL	2900 mL	800 mL	ND	4000 mL	6300 mL	2000 mL
Transfusiones	No	Sí (2)	No	Sí (4)	ND	Sí (8)	ND
Rotura uterina	No	No	No	ND	Sí	Sí	Sí
Hemorragia obstétrica masiva	No	Sí	No	ND	Sí	Sí	No
Coagulación intravascular diseminada	No	ND	No	ND	ND	Sí	No
Reintervención	No	Sí (1)	No	ND	ND	No	No
Otras	No	Empaquetamiento de Mikulicz	No	Lesión vesical	-	insuficiencia múltiple	-
Muerte materna	No	No	No	No	No	Sí	No
Días posquirúrgicos	3	11	6	13	15	3	5
Reporte histopatológico	Increta	Increta	Acreta	Percreta	ND	Percreta	ND

ND: no disponible.

todos los casos se confirmó, mediante histopatología, el acretismo placentario. Pese a tratarse de una afección de alto riesgo de morbilidad y mortalidad materno-perinatal, en esta serie no hubo muertes maternas ni neonatales. En la bibliografía mexicana no hay reportes de pacientes primigestas sin factores de riesgo para anomalías placentarias y con acretismo placentario corroborado por un estudio histopatológico.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de acretismo placentario suele sospecharse en pacientes intervenidas para tratar afecciones uterinas previas, por causa obstétrica, ginecológica u otra. En todas las pacientes, independientemente de los antecedentes médico-quirúrgicos, debe efectuarse el escrutinio para disminuir la morbilidad y mortalidad materna. Además, plantear líneas de acción y alternativas

de prevención para proporcionar una atención integral, oportuna y multidisciplinaria.

REFERENCIAS

1. Perelló M, Mula R, López M. Anomalías placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre. CLÍNIC Barcelona 2012; 1-15. https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%C3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf
2. ACOG. Committee opinion. Placenta Accreta. Obstet Gynecol 2012; 120 (529): 207-11. doi: 10.1097/AOG.0b013e318262e340
3. Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; 2019. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf
4. Okido M, Berezowski A, Carvalho S, Duarte G, et al. Limb Body Wall Complex Associated with Placenta Accreta: A Mere Coincidence or a Sign of an Etiopathogenic Link? Rev Bras Ginecolo Obs 2017; 39 (3): 142-6. https://doi.org/10.1055/s-0037-1598607
5. Usta IM, Hobeika EM, Abu Musa AA, Gabriel GE, et al. Placenta previa-accreta: Risk factors and complications. Am J Obstet Gynecol 2005; 193 (3): 1045-9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.06.037 5.
6. Hull, AD. Resnik R. Placenta accreta and postpartum hemorrhage. Clin Obstet Gynecol 2010; 53 (1): 228-236. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181ce6aef
7. Haghenbeck-Altamirano FJ, Leis-Márquez T, Ayala-Yáñez R, Juárez-García L del C, et al. Diagnóstico antenatal de acretismo-percretismo placentario. Ginecol Obstet Mex 2013; 81 (5): 259-71. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/diagnostico-antenatal-de-acretismo-percretismo-placentario
8. Belfort MA. Placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 2010; 203 (5): 430-9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.09.013 15.
9. Palacios-Jaraquemada JM. Diagnosis and management of placenta acreta. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22 (6): 1133-1146. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.08.003
10. Johnston A. Paterson-Brown S. Placenta praevia, Placenta praevia accreta and vasa praevia: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Green-top Guideline No. 27. London; 2011. http://www.24hmb.com/voimages/web_image/upload/file/20140704/77741404439525097.pdf
11. Zaidi SF. Moshiro. Osman S. et al. Comprehensive review of abnormalities of the placenta. Ultrasound Q 2016; 32 (1): 25-42. doi: 10.1097/RUQ.0000000000000157
12. Comstock, CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 26 (1): 89-96. doi: 10.1002/uog.1926
13. Silver RM. Abnormal placentation. Placenta previa, vasa previa, and Placenta Accreta. Obstet Gynecol 2015; 126 (3): 654-68. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001005
14. Robinson BK. Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. Obstet Gynecol 2010; 116 (4): 835-842. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f3588d
15. Melchor JC, Alegre A, Arteche JM, Corcostegui B, et al. Placenta percreta with bladder involvement: case report and review of literature. Int J Gynaecol Obstet 1987; 25: 417-418. doi: 10.1016/0020-7292(87)90350-x
16. Lee LC, Lin HH, Wang CW, Cheng WF, et al. Successful conservative management of placenta . percreta with rectal involvement in a primgravida. Acra Ohstet Gynecol Scand 1995; 74: 839-841. doi: 10.3109/00016349509021209
17. Kinoshita T, Ogawa K, Yasumizu T, Kato J, et al. Spontaneous rupture of the uterus due to placenta percreta at 25-weeks' gestation: a case report. J Obstet Gynaecol Res 1996; 22 (2): 125-8. doi: 10.1111/j.1447-0756.1996.tb00953.x.
18. Afia Ansar, et al. Spontaneous rupture of primigravid uterus due to morbidly adherent placenta. J Coll Physicians Surg Pak 2009; 19 (11): 723-3.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.5835