Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (11): 913-917.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i11.5584

Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo como causa de choque hipovolémico: reporte de un caso

Placentary acretism in the first quarter of pregnancy as a cause of hypovolemic shock: a case report.

Eva Mariana Flores-Rosas,[1] Daniela Eslineri Blancas-Camacho,[2] Manuel Casillas-Barrera,[3] Melina Solórzano-Aguilar,[4] Verónica Yazmín Hernández-Hernández,[5] Ronnie Darío Ramírez-Uribe[6]

Resumen

ANTECEDENTES: El acretismo es la adherencia anormal de la placenta al miometrio debida a la ausencia parcial o total de la decidua basal y desarrollo incompleto de la capa de Nitabuch.

CASO CLÍNICO: Paciente de 45 años, con antecedente de tres embarazos, dos abortos, una cesárea y amenorrea de 12 semanas. El padecimiento actual se inició dos días antes, con sangrado transvaginal intermitente. A su ingreso a Urgencias se encontró con datos de bajo gasto e inmediatamente pérdida del estado de alerta; tensión arterial 40-20 mmHg, frecuencia cardiaca de 125 lpm. La parte posterior del cuello uterino se encontró dehiscente, con sangrado transvaginal abundante, prueba inmunológica de embarazo positiva, fracción β-GCH de 2878 mU/mL. Al asociar los datos de la exploración física se integró el diagnóstico de aborto incompleto y se ingresó a la unidad tocoquirúrgica, para legrado uterino instrumentado.

CONCLUSIONES: De acuerdo con las búsquedas bibliográficas, todo indica que éste es el primer reporte mexicano de un caso de acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo. Se sugiere la búsqueda de factores de riesgo que permitan la sospecha y faciliten establecer el diagnóstico de acretismo placentario a partir de las primeras semanas de embarazo para evitar desenlaces obstétricos fatales.

PALABRAS CLAVE: Placenta; decidua; Nitabuch; primer trimestre del embarazo; cesárea; aborto incompleto; prueba inmunológica de embarazo; abosrto espontáneo; presión sanguínea.

Abstract

BACKGROUND: Accretism is the abnormal adherence of the placenta to the myometrium due to partial or total absence of the basal decidua and incomplete development of the Nitabuch's layer.

CLINICAL CASE: 45-year-old patient, with a history of three pregnancies, two abortions and one cesarean section; amenorrhea of 12 weeks. The current condition started two days earlier, with intermittent transvaginal bleeding. On admission to the ED she was found to have low output and immediate loss of alertness; blood pressure 40-20 mmHg, heart rate 125 bpm. The posterior cervix was found to be dehiscent, with abundant transvaginal bleeding, positive immunological pregnancy test, HCG fraction 2878 mU/mL. By associating the physical examination data, the diagnosis of incomplete abortion was integrated, and she was admitted to the tocosurgical unit, for instrumented uterine curettage.

[1] Residente de Biología de la Reproducción, Instituto Vida, León, Guanajuato.
[2] Residente de alta especialidad en Colposcopia, Hospital 1° de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México.
[3] Ginecoobstetra especialista en Medicina Materno Fetal, Hospital de la Mujer, Ciudad de México.
[4] Ginecoobstetra, Hospital de la Mujer, Ciudad de México.
[5] Residente de alta especialidad en Peri-postmenopausia, Hospital 1° de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México.
[6] Médico adscrito al departamento de Patología, Hospital de la Mujer, Ciudad de México.

Recibido: abril 2021
Aceptado: abril 2021

Correspondencia
Eva Mariana Flores Rosas
evariana_27113@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Flores-Rosas EM, Blancas-Camacho DE, Casillas-Barrera M, Solórzano-Aguilar M, Hernández-Hernández VY, Ramírez-Uribe RD. Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo como causa de choque hipovolémico: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2021; 89 (11): 913-917.

CONCLUSIONS: According to the bibliographic searches, everything indicates that this is the first Mexican report of a case of placental accretism in the first trimester of pregnancy. It is suggested to search for risk factors that allow suspicion and facilitate the diagnosis of placental accretism from the first weeks of pregnancy to avoid fatal obstetric outcomes.

KEYWORDS: Placenta; Decidua; Nitabuch; Pregnancy trimester, first; Cesarean section; Abortion, incomoplete; Pregnancy tests, immunologic; Blood pressure; Miscarriage.

ANTECEDENTES

El acretismo es la complicación trofoblástica que origina la adherencia anormal de la placenta al miometrio debido a la ausencia parcial o total de la decidua basal y el desarrollo incompleto de la capa de Nitabuch. Es la segunda causa de hemorragia obstétrica.[1] Los factores de riesgo asociados son: cicatriz uterina, edad materna avanzada, multíparidad, legrado uterino, miomectomía, extracción manual de la placenta, periodo intergenésico corto.[2,3] La placenta previa se asocia con acretismo en el 5% de los casos sin cesárea e incluso hasta en el 40% cuando hay antecedente de tres cesáreas previas.[2,3,4]

La detección temprana de acretismo placentario es rara porque los ultrasonidos de rutina del primer trimestre no suelen enfocarse en la localización e implantación de la placenta. La incidencia de acretismo en las primeras semanas de embarazo muestra tendencia al aumento, quizá debido al incremento en las tasas de cesárea y cirugía uterina.[4] La incidencia mundial actual de acretismo es de 3 casos por cada 1000 embarazos, consecuencia del incremento de la cesárea y asociación con la mortalidad materna, incluso de 7%.[5]

OBJETIVO

Exponer un caso clínico de choque hipovolémico secundario a acretismo placentario del primer trimestre, atendido mediante histerectomía obstétrica, con conservación de anexos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años, con antecedente de tres embarazos, dos abortos y una cesárea; amenorrea de 12 semanas. El padecimiento actual se inició dos días antes, con sangrado transvaginal intermitente. A su ingreso a Urgencias se encontró con datos de bajo gasto e inmediatamente pérdida del estado de alerta; tensión arterial 40-20 mmHg, frecuencia cardiaca de 125 lpm. El cuello uterino posterior se encontró dehiscente, con sangrado transvaginal abundante, prueba inmunológica de embarazo positiva, fracción β-GCH de 2878 mU/mL. Se activó el código rojo e inició el tratamiento activo de estado de choque y la administración de un paquete globular. En el rastreo ultrasonográfico se encontraron abundantes coágulos en la cavidad uterina, sin evidencia de líquido libre. El útero midió, aproximadamente, 10 x 9 x 7 cm. Al asociar los datos de la exploración física se integró el

https://doi.org/10.24245/gom.v89i11.5584

Cuadro 1. Acretismo y placenta previa según la cantidad de cesáreas

Cesáreas previas	Riesgo de acretismo
Ninguna	1%
1 cesárea previa	3%
2 cesáreas previas	11%
3 cesáreas previas	40%
4 cesáreas previas	61%
5 cesáreas previas	67%

diagnóstico de aborto incompleto y se ingresó a la unidad tocoquirúrgica, para legrado uterino instrumentado.

La pérdida hemática durante el procedimiento fue, aproximadamente, de 1500 cc. Se le transfundió un paquete globular y un plasma fresco congelado; además, se le administraron 0.2 mg de ergonovina. Ante la persistencia del sangrado se decidió la laparotomía exploradora, con hallazgo de datos de acretismo placentario (pared uterina anterior azulada en torno del segmento, con significativa hipervascularidad). Se efectuaron la histerectomía obstétrica y la ligadura de las arterias hipogástricas, con técnica GALA. Puesto que el sangrado fue de 4500 cc se le transfundieron 5 paquetes globulares y uno de plasma. Se ingresó a cuidados intensivos, donde se trató con aminas durante 24 horas. Evolucionó favorablemente y a las 72 horas la biometría hemática reportó 8.6 g/dL de hemoglobina. Se dio de alta del hospital con indicación de hematínicos. En la revisión de control a las dos semanas reportó hemoglobina de 12.3 g/dL, sin complicaciones.

Estudio histopatológico: útero puerperal de 10.5 x 8 x 5.5 cm, con restos de placenta increta in situ, infiltración de la pared miometrial anterior a escasas micras de la serosa uterina, de inserción baja (istmo uterino anterior), con extensas áreas de infarto, localizada a escasas micras de la serosa uterina anterior. Se encontró un leiomioma intramural de tipo convencional (0.5 x 0.5 cm) y vellosidades coriales con infarto extenso (grado 2 según la clasificación de FIGO del espectro de placenta acreta).[6]

DISCUSIÓN

La mayoría de los casos de acretismo placentario se detectan en la segunda mitad del embarazo; sin embargo, con el tiempo han ido en aumento los casos reportados de acretismo en el primer trimestre.[7] Shah y colaboradores[4] reportaron en 2017 un caso de acretismo placentario en una paciente con un aborto de 7 semanas, con antecedente de 3 cesáreas. Se le practicó el legrado y, posteriormente, requirió histerectomía obstétrica de urgencia, como en la paciente del caso. Aunque ella solo tenía una cesárea previa, dos factores de riesgo de acretismo, un legrado previo y edad materna avanzada.[3]

En la actualidad se dispone de métodos que pueden apoyar al diagnóstico de acretismo

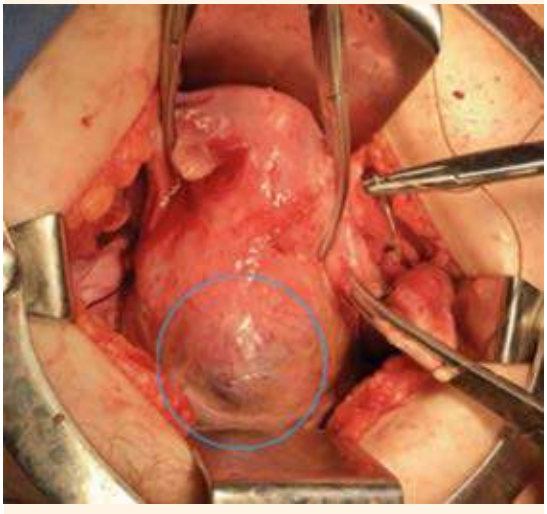


Figura 1. Hallazgo macroscópico transquirúrgico de acretismo placentario.



Figura 2. Cortes macroscópicos donde se observa la invasión placentaria al miometrio.

placentario desde las primeras semanas de embarazo y prevenir complicaciones fatales que, incluso, pueden culminar en la muerte. Ante la sospecha de acretismo puede recurrirse a los marcadores ultrasonográficos. Un estudio reciente de Ballas y su grupo sugiere los hallazgos en la ecografía del primer trimestre sugerentes de acretismo: interface miometrio placentaria irregular, zonas placentarias anecoicas, implantación baja del saco gestacional, placenta previa, flujo lacunar difuso en el parénquima, hipervascularidad en la interfase vejiga-serosa, y complejos venosos subplacentarios.[8] Se estima que su sensibilidad es de 82.4% y la especificidad del 96.8%. Está descrito que el ultrasonido de Doppler puede identificar las primeras evidencias de acretismo placentario en el primer trimestre de la gestación.[8] Según Elhawary y coautores, el patrón de imagen Doppler anormal en color es un hallazgo útil para la identificación de placenta acreta.[9] Cuando los hallazgos ultrasonográficos son dudosos puede recurrirse a la resonancia magnética. El diagnóstico definitivo es histopatológico.[7]

La FIGO clasificó, recientemente, el espectro de placenta acreta con base en criterios clínicos e histológicos; en la paciente del caso correspondió a grado 2: placenta anormalmente invasiva o increta.[6]

Existen dos opciones de tratamiento: el radical con histerectomía obstétrica y el conservador que busca preservar la fertilidad. También está la conducta expectante con embolización arterial uterina y metotrexato.[5,10] Hay estudios que mencionan la importancia del diagnóstico prenatal de acretismo placentario en casos de hemorragia obstétrica que permiten seguir un protocolo de atención dirigido a disminuir la pérdida hemática total y la cantidad de transfusiones. La paciente del caso requirió 7 paquetes globulares y 3 de plasma, cantidades que se ubican dentro de los límites de las estimaciones de Tikkanen y su grupo. Estos investigadores encontraron, una serie de casos, que las pacientes con detección prenatal tuvieron una pérdida hemática promedio de 4500 mL y 7 transfusiones promedio *versus* las pacientes con diagnóstico a la finalización del embarazo (mediana de 7800 mL y 13.5 unidades, respectivamente). Esta apreciación fue valorada por Haghenbeck-Altamirano en México.[12]

CONCLUSIONES

Son pocos los casos reportados de acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo y, todo indica que el aquí informado es el primero en México. La recomendación es establecer el diagnóstico de acretismo placentario desde las

https://doi.org/10.24245/gom.v89i11.5584

primeras semanas de embarazo porque solo así pueden evitarse los desenlaces obstétricos fatales que concluyan en la muerte de la madre y el feto.

REFERENCIAS

1. Karchmer S, López-Rioja M. Acretismo placentario. Diagnóstico prenatal. Rev Latin Perinat 2016; 19 (4): 259-65.
2. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. México: Secretaría de Salud, 2013; 1-66.
3. Moretti F, et al. The importance of a late first trimester placental sonogram in patients at risk of abnormal placentation. Case report in Obstetric and Gynecology 2012. doi. org/10.1155/2014/345348
4. Shah J, et al. Placenta percreta in first trimester after multiple rounds of failed medical management for a missed abortion. Case Reports in Obstetrics and Gynecology 2017. https://doi.org/10.1155/2017/6070732
5. García-De la Torre JI, et al. Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2018; 86 (6): 357-67. https://doi.org/10.24245/gom.v86i6.2034
6. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S, et al. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. Int J Gynecol Obstet 2019; 146: 20-24. https://doi.org/10.1002/ijgo.12761
7. Dueñas O, Rico H, Rodríguez M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72 (4): 266-71. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000400011
8. Ballas J, Pretorius D, Hull AD, Resnik R, Ramos GA. Identifying sonographic markers for placenta accreta in the first trimester. J Ultrasound Med 2012; 31 (11): 1835-41. https://doi.org/10.7863/jum.2012.31.11.1835
9. Elhawary TM, Dabees NL, Youssef MA. Diagnostic value of ultrasonography and magnetic resonance imaging in pregnant women at risk for placenta accreta. J Maternal Fetal Neonatal Med 2013; 26 (14): 144-49. https://doi.org/10.3109/14767058.2013.784740
10. Placenta accreta spectrum. Obstetric Care Consensus No. 7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2018; 132: e259-75. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002983
11. Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. Acta Obstet Gynecol Scand 2011; 90: 1140-46. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01147.x
12. Haghenbeck-Altamirano FJ, et al. Diagnóstico antenatal de acretismo placentario. Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 259-71.

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015.**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín "et al".

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).