



XXX REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA CARTAGENA



ALTERACIONES EN LA PLACENTACIÓN: ACRETISMO PLACENTARIO PARCIAL.

Pilar Rodríguez López, Julia Peiró Jornet, Laura Batres Martínez, María Velasco Martínez, Javier Garvía Morcillo, Antonio Beltrán, Belén Martínez Pérez, María Isabel Urbano Reyes, Juan Pedro Martínez Cendan

INTRODUCCIÓN.

La placenta accreta se define como aquella placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal. Su incidencia, que en la actualidad es de 3/1000 debido al aumento del número de cesáreas.

Su morbilidad asociada está causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes. Se ha asociado a una elevada mortalidad materna de hasta el 7%.

Se clasifica en función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio:

- Accreta: Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%)
- Increta: Las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%)
- Percreta: Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga.

CASO CLÍNICO.

Secundigesta de 40 años, con antecedente de cesárea en primera gestación por riesgo de pérdida de bienestar fetal en semana 38.

En ecografía de seguimiento en semana 26 se sospecha la posibilidad de acretismo placentario en región de histerorraxia y se realiza ecografía vía vaginal 2D, 3D y Doppler color confirmándose dicha sospecha, sin poder definir con claridad el grado de invasión placentaria sobre el miometrio. Por este motivo se realiza Resonancia Magnética que establece el diagnóstico de **placenta ácreta parcial**.

En el seguimiento posterior tanto el crecimiento como los Doppler fetales y las cervicometrias son normales. La paciente presenta dos episodios de metrorragia autolimitada en semanas 29 y 32.

En semana 37, dada la edad de la paciente y su deseo genésico cumplido se programa para **cesárea electiva con histerectomía abdominal total**. El día de la intervención y previamente a la realización de la cesárea se realiza la embolización bilateral de las arterias uterinas mediante radiología intervencionista.

La cesárea se realiza por medio de una histerotomía transversa corporal y nace una niña de 3220g, APGAR 9/10 y Ph 7,32/7,21. En un segundo tiempo se realiza la histerectomía abdominal total con preservación de ovarios que cursa sin incidencias ni complicaciones. Al cuarto día posoperatorio, la paciente presenta estabilidad clínica, analítica y hemodinámica por lo que es dada de alta hospitalaria.

DISCUSIÓN.

El acretismo placentario es una de las **principales causas de morbimortalidad materna** en el mundo.

La placenta previa sobre cicatriz uterina es el **principal factor de riesgo**. El riesgo de placenta ácreta tras una cesárea es del 3% y se incrementa hasta un 60% cuando hay ≥ 4 cesáreas.

Clínicamente suele debutar, salvo si se asocia a placenta previa, como una hemorragia postparto precoz con las potenciales complicaciones derivadas de la pérdida masiva de sangre y transfusiones sanguíneas.

La clave para su manejo y para disminuir la morbimortalidad maternofetal es el diagnóstico anteparto. La **ecografía por vía vaginal** es la primera herramienta diagnóstica.

Cuando existen dudas diagnósticas con la ecografía, como en nuestro caso o sea necesario confirmar la afectación de algún órgano, estaría indicada una resonancia magnética nuclear.

La **edad gestacional óptima** debe individualizarse. La semana 36-37 parece disminuir la morbilidad por prematuridad, mientras que si existe sospecha de invasión profunda se aconseja finalizar en la semana 35.

El **tratamiento definitivo** es la histerectomía tras cesárea con la placenta in situ y está indicado si el deseo genésico de la paciente está cumplido o existe hemorragia masiva.

El **tratamiento conservador** dejando la placenta in situ está indicado en pacientes con deseo genésico, invasión de órganos vecinos o como intento de disminuir riesgo de hemorragia masiva en el tercer periodo del parto evitando maniobras de despegamiento manual.

BIBLIOGRAFÍA

- Acretismo placentario focal tratado mediante embolización de arterias uterinas. I. Gonzalo García, Z. Bustinza Beaskoetxea, M. Robles Fradejas, A. Biain Ciganda, M.A. Martín Macías, J. Martínez Guisasaola. Rev. Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia.
- Acretismo placentario. P. J. Grases, J. Mallafre, P. Grases, A. Bernad, F. Tresserra. Rev. Progresos de Obstetricia y Ginecología

