



ENTRAR

NOTICIAS

“Placenta invasiva: a propósito de un caso”

Avelino García García¹

Rolando Sánchez Machado²

Fernando Ibáñez Cayón³

Yembila Novo Rodríguez⁴

Yamilka Portales Cárdenas⁵

¹ Hospital General Docente Ciro Redondo García. Artemisa, Cuba, avelinogarcia@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/0000-0002-6667-277x>

² Hospital General Docente Ciro Redondo García. Artemisa, Cuba, rolandosanchez@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/000-002-2202-8368>

³ Hospital General Docente Ciro Redondo García. Artemisa, Cuba, fibanez@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/0009-0009-8600-9500>

⁴ Hospital General Docente Ciro Redondo García. Artemisa, Cuba, yembilanr@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3589-5310>

⁵ Hospital General Docente Ciro Redondo García. Artemisa, Cuba, yamilkaportales@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/0000-0002-85891011>

Resumen

Introducción: El acretismo placentario es una entidad que incrementa considerablemente la morbimortalidad materna. Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica dada por la inserción placentaria anormal la cual penetra en el miometrio, serosa u órganos adyacentes.

Objetivo: Presentar el caso de una gestante sin factores de riesgo con diagnóstico de placenta percreta en el fondo uterino con hemoperitoneo como hallazgo durante una cesárea primitiva con diagnóstico de preeclampsia agravada. Se confirma el diagnóstico con el estudio anatomopatológico.

Conclusiones: no se asociaron los principales factores de riesgo de acretismo placentario que se recogen en la literatura. La madre y el neonato tuvieron una evolución favorable.

Palabras claves: placenta invasiva, acreta, percreta, histerectomía obstétrica

I. INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario es una entidad que incrementa considerablemente la morbimortalidad materna. Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, sobre todo en el tercer periodo del parto y el puerperio inmediato. Los resultados maternos dependen del diagnóstico antes o durante el parto y en particular de la diferenciación entre sus formas adherente e invasivas. Es un importante riesgo, por la patología misma, como también por el tratamiento aplicado.

El acretismo placentario se define como la inserción anormal de la placenta en la pared uterina al sobrepasar la capa de fibrina o Nitabuch, secundario a ausencia total o parcial de la decidua; de esta manera, las vellosidades del trofoblasto penetran el miometrio, incluso hasta la serosa uterina u órganos adyacentes. (1, 2, 3,4)

La incidencia de acretismo placentario es de 14,4 por cada 10.000 partos, siendo mayor en mujeres con placenta previa. Esta incidencia ha aumentado de manera paralela con el incremento de las cesáreas, de 1 en 30.000 partos en 1960 y a 1 en 533 partos en 2020, lo que corresponde a un incremento de 60 veces en cinco décadas. (5,6)

Dentro de los principales factores de riesgo se encuentra la inserción baja placentaria, siendo el riesgo de acretismo de un tres por ciento en aquellas pacientes sin una cesárea previa e incrementándose en un 10, 40 y 60 por ciento después de una, dos y tres cesáreas previas respectivamente. (7,8)

Entre otros factores de riesgo se encuentran la edad superior a 35 años, la multiparidad, los defectos endometriales (síndrome de Asherman), la irradiación pélvica, la endometritis post-parto, la extracción manual de la placenta en embarazos previos, los miomas submucosos, el tabaquismo, miomectomías, legrados uterino.

El embarazo gemelar se asocia con mayor probabilidad de placenta previa (2.5 vs 2.1 por ciento únicos) y si se trata de embarazo bicorial el riesgo es mayor. (9,10)

Los embarazos logrados mediante técnicas de reproducción asistida, sobre todo por fertilización *in vitro*, tienen una tasa de acretismo placentario de 16 por cada 1000 embarazos con fertilización *in vitro* vs 1.2 por cada mil embarazos espontáneos. (11)

Clasificación:

De acuerdo al grado de invasividad se clasifica en grado 1 la placenta anormalmente adherente (placenta adherente o creta), grado 2 a la placenta anormalmente invasiva (incretta) y grado 3 a la placenta anormalmente invasiva (percretta) y esta a su vez en: 3a: limitado a la serosa uterina, 3b: con invasión de la vejiga urinaria y 3c: con invasión a otros tejidos/órganos pélvicos. ⁽¹²⁾

Según la extensión se clasifica en focal cuando se adhieren pequeñas áreas de la placenta, parcial cuando uno o varios cotiledones se pegan y total cuando la superficie completa de la placenta está anormalmente adherida. ^(13, 14)

Diagnóstico

Prenatal: Puede ser asintomática o presentar sangramiento cuando se asocia a la placenta previa. En caso de invasión de órganos vecinos por una placenta percretta, pueden aparecer otros síntomas como por ejemplo hematuria por afectación vesical.

Parto: Cuando se diagnóstica en el periodo de alumbramiento, aparece como extracción difícil o incompleta de la placenta acompañada o no de hemorragia posparto. ⁽¹⁵⁾

Ecografía: Sensibilidad de 77-93 por ciento y una especificidad 71-97 por ciento. ^(15,16)

Desaparición o irregularidad del área hipocóica retroplacentaria. Grosor miometrial retroplacentario inferior a 1 mm. Múltiples dilataciones vasculares, lagunas placentarias y áreas hipervascularizadas en el Doppler color. La presencia de lagunas placentarias múltiples e irregulares es el signo que aisladamente presenta una sensibilidad más elevada (93 por ciento). Se caracterizan porque el flujo es turbulento. Presencia de tejido placentario o vasos en el margen útero-placentario, en la interfase entre la serosa uterina y la vejiga urinaria o invadiendo la vejiga urinaria.

Doppler: Lagunas vasculares con flujo turbulento (pico sistólico máximo >15 cm/s). Hipervascularización en la interfase miometrio-vejiga. Dilataciones vasculares periféricas subplacentarias.

Resonancia magnética: Sensibilidad 77-88% y especificidad 96-100%. Indicada en US sospechosos pero no concluyentes y en placenta percretta, para definir de la extensión a los órganos. También es de ayuda cuando la placenta está en cara posterior.

Laboratorio: Elevación de la AFP: Durante el 2do trimestre, elevaciones ≥ 2 múltiplos de la media (7; 17). Otros marcadores bioquímicos: Creatinincinasa (18), las células libres de ADN fetal, el ARNm placentario y los microarray ADN. (19, 20,21)

II. PRESENTACIÓN DE CASO

Gestante de 30 años con antecedentes patológicos personales de asma bronquial (sin crisis durante el embarazo) con HOA de E₁ P₀ A₀ con edad gestacional de 34.1 semanas por CRL del primer trimestre que acude a cuerpo de guardia refiriendo molestias bajo vientre, niega contracciones o pérdidas vaginales.

Mucosas: Hipocoloreadas

Hb: 6.6 g/L Hto: 0.20

US: Feto único cefálico, con latido cardiaco presente, movimientos corporales y respiratorios presentes. Placenta fúndica Grado II. ILA 7 puntos (inferior al 2.5 percentil). Peso fetal: 2506 g (86 percentil)

Se ingresa con una impresión diagnóstica de: Embarazo de 34. 1 semanas, oligoamnio, anemia severa

US: (Evolutivo) Líquido de moderada cuantía en el espacio de Morrison, perihepático y periesplénico, escaso en base pulmonar izquierda. Feto único vivo cefálico. ILA 0

ID: Embarazo de 35 semanas, preeclampsia agravada, amnios.

Se discute en colectivo con la propuesta de finalizar el embarazo por cesárea.

Durante la laparotomía se encuentra:

Hemoperitoneo de sangre oscura de 600 ml, con un feto en cefálica, presentación alta por encima del segmento inferior. Se realiza histerotomía segmento corpórea y se extrae recién nacido vivo, femenino, Apgar 9/9, peso de 2400 g. Placenta percreta, fúndica. Se decide realizar histerectomía obstétrica subtotal con placenta *in situ*.

Anatomía patológica: Cuerpo de útero exvácuo con implantación de la placenta en el fondo y cara lateral, con vellosidades que infiltran todo el miometrio hasta la serosa. Persistencia de

la muscularización e hipertrofia de la pared de las arteriolas residuales, vellosidades avasculares hialinizadas, numerosas calcificaciones. (Figura 1). Conclusiones: Placenta percreta con cambios morfológicos de preeclampsia.

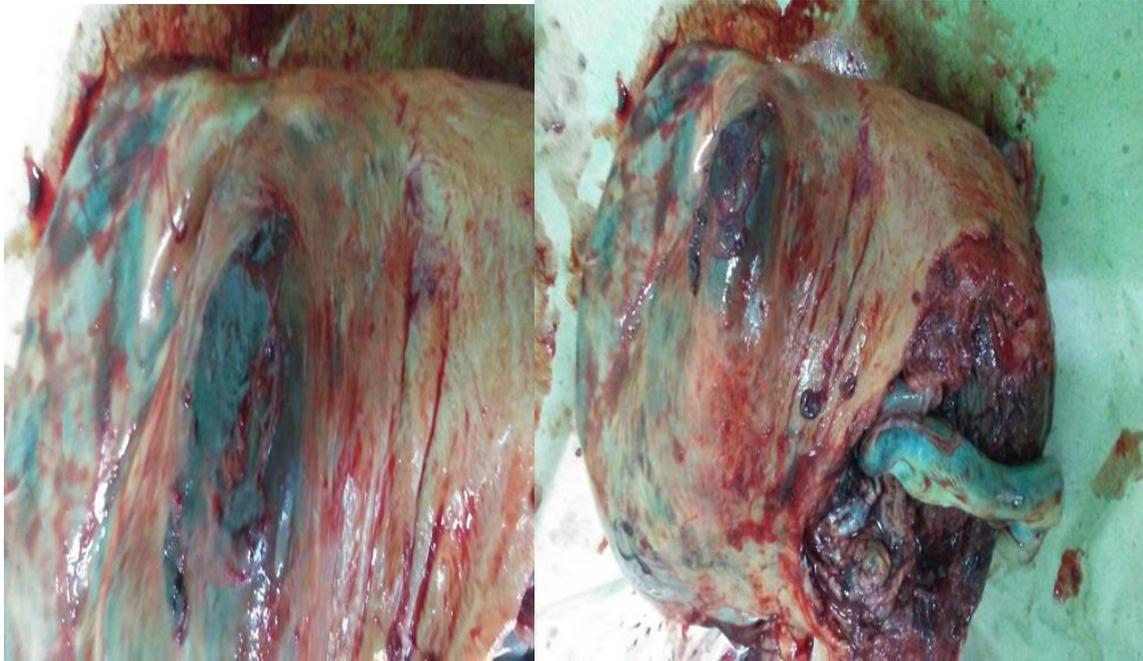


Fig.1- Cuerpo de útero exvácuo con implantación de la placenta percreta en el fondo y cara lateral.

III. DISCUSIÓN

La placenta acreta la describieron Irving y Hertig en 1937 como “la adherencia anormal de la placenta, total o parcial a la pared uterina subyacente posterior al parto” y desde el punto de vista histológico como “la ausencia total o parcial de la decidua basal”.⁽²²⁾ Luke y colaboradores clasificaron los trastornos de la inserción placentaria conforme al grado de profundidad de la invasión trofoblástica al miometrio y la serosa uterina en el sitio de implantación: placenta acreta (80%), increta (15%) y percreta (5%).⁽²³⁾ Hoy solo se denomina: “acretismo placentario” o “espectro de placenta acreta”(PAS).^(24,25,26,27)

El diagnóstico histológico no se puede realizar sólo con la placenta, las muestras de miometrio son necesarias para la confirmación (Benirschke, 2012).⁽²⁸⁾

El término placenta de adherencia mórbida describe placentación aberrante caracterizada por una placenta anormalmente implantada, invasiva o adherida. También se hace referencia a estos trastornos colectivamente como síndromes de acumulación y se usan estos términos indistintamente. La derivación de la acumulación proviene del latín *ac-* + *creocere*: adherirse o estar atada a (Benirschke, 2012). ⁽²⁸⁾

Las fibras miometriales adheridas a la placa basal en un embarazo anterior son marcadores predictivos de una placenta acreta posterior (Linn, 2015; Miller, 2016). Esto implica un “defecto endometrial constitucional” antecedente en la mayoría de los casos. ⁽²⁸⁾

Manejo clínico

Ante la sospecha de un acretismo placentario, se realizará un seguimiento ecográfico estricto para confirmación diagnóstica, valorar el grado de invasión progresivo y óptima planificación de la cirugía.

La vía del parto será la cesárea electiva, según el grado de sospecha y severidad, entre las 34-37 semanas. Dado el elevado riesgo de complicaciones, será necesario realizar una correcta planificación de la cirugía con un equipo multidisciplinario, la cual se ha asociado a una disminución de la morbilidad. La pérdida sanguínea media estimada en estas pacientes puede llegar a ser de tres a cinco litros. El tipo de incisión en piel y en útero dependerá principalmente de la localización de la placenta, intentando evitar la placenta al realizar la histerotomía. ⁽²⁹⁾

Si se trata de un caso de baja sospecha de placenta acreta, puede intentarse extraer la placenta y proseguir con la extracción si esta se separa con facilidad. Si se trata de un caso de alta sospecha de placenta acreta o la placenta no se separa, se procede a realizar la histerografía con la placenta *in situ* y posteriormente:

- Histerectomía: es el tratamiento definitivo pero radical. Suele ser necesaria una histerectomía total ya que es en el segmento donde se inserta la placenta. ⁽²⁹⁾
- Tratamiento conservador: consiste en dejar la placenta intraútero y no realizar histerectomía en pacientes sin sangrado importante, estables hemodinámicamente y con deseo de preservar la fertilidad. También está indicado en casos de percretismo con invasión de órganos vecinos en los que el tratamiento quirúrgico obligaría a una resección muy extensa. En estos casos, la

utilización de fármacos uterotónicos, la colocación de un balón endouterino, la realización de suturas de compresión uterina o de una embolización, pueden ser útiles. Con el tratamiento conservador, diversos estudios retrospectivos han descrito tasas de éxito de un 78 por ciento con un 6 por ciento de morbilidad materna severa, siendo la hemorragia y la infección las complicaciones más frecuentes. En estas pacientes se realizará tratamiento antibiótico profiláctico durante siete a diez días. Se debe avisar a la paciente que será preciso un seguimiento largo y que existe un riesgo no despreciable de complicaciones. El seguimiento ambulatorio consistirá en el control clínico-ecográfico y analítico. Se determinarán semanalmente los niveles de BHCG hasta su desaparición o estabilización. La reabsorción espontánea de la placenta se ha descrito en el 75 por ciento de los casos, con una media de unas 13 semanas. El tratamiento conservador puede aplicarse también en caso de acretismo parcial en el que se consigue extraer una parte de la placenta. ^(29, 30)

IV. CONCLUSIONES

En este caso no se presentan los principales factores de riesgo de acretismo placentario que se recogen en la literatura como la edad materna mayor a 35 años, la multiparidad, las cirugías uterinas, miomas, radiaciones pélvicas, legrados etcétera; sino que se trata de una mujer joven y nulípara, sin embargo se asoció a preeclampsia agravada.

A pesar de que el diagnóstico de acretismo placentario fue un hallazgo transoperatorio, se logró realizar una cirugía efectiva y preservar la vida de la madre y el recién nacido con evolución favorable para ambos. Mostrando la importancia del trabajo coordinado en equipo durante el código rojo.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynecol Obstet.* 2018; 140 (3): 274-280. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12408>
2. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. *BJOG.* 2019; 126 (1): e1-e48. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15306>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol.* 2018. 132 (6): e259-e275. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002983>
4. Norzagaray-Barreras CE, Oseguera-Torres LF, Guizar-Solorio AR, Cárdenas-Valdez JC. Acretismo placentario en embarazo gemelar. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2021; 89 (2): 141-150. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i2.4447>
5. Silver RM, Barbour KD. Placenta accreta spectrum: accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin NorthAm.* 2015;42:381-402. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.014>
6. Jiménez-Jiménez CE, Niño-González JE, Meneses-Parra AL. Protocolo para el manejo de placenta percreta con cesárea, embolización uterina e histerectomía diferida. *Rev Colomb Cir.* 2022;37:106-14. <https://doi.org/10.30944/20117582.945>
7. López Garrido MC, Vico Zuñiga I. Acretismo placentario. Servicio de obstetricia y ginecología. Hospital Universitario "Virgen de las nieves". Granada. 4/11/21
8. ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2012 Jul;120:207-11.

9. Luke RK, Sharpe JW, Greene RR. Placenta accreta: The adherent or invasive placenta. *Am J Obstet Gynecol.* 1966; 95 (5): 660-668. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(16\)34741-X](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(16)34741-X)
10. Weis MA, Harper LM, Roehl KA, Odibo AO, et al. Natural History of Placenta Previa in Twins. *Obstet Gynecol.* 2012; 120 (4): 753-758. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318269baac>
11. Esh-Broder E, Ariel I, Abas-Bashir N, Bdolah Y, et al. Placenta accreta is associated with IVF pregnancies: a retrospective chart review. *BJOG.* 2011; 118 (9): 1084-1089. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02976.x>
12. Jauniaux E, Ayres de campos D, Langhoff – Ross J, Fox KA, Collins S, FIGO Placenta accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. Clasificación de la FIGO para el diagnóstico clínico de los trastornos del espectro del acretismo placentario. 7 June 2019. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12761>
13. Muñiz M, Álvarez V, Cutié W. Acretismo placentario. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2015;41(2):190-196
14. García-de la Torre JI, González-Cantú G, Rodríguez-Valdéz A, Mujica Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J. Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex.* 2018 junio;86(6):357-367. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i6.2034>.
15. Anomalías placentarias (Placenta previa, Placenta accreta y Vasa previa). Manejo de la hemorragia del tercer trimestre. Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona
16. Collins SL, Ashcroft A, Braun T, Calda P, Langhoff-Roos J, Morel O, et al. Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;47:271-5. <https://doi.org/10.1002/uog.14952>
17. Kupferminc MJ, Tamura RK, Wigton TR, Glassenberg R, Socol ML. Placenta accreta is associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein. *Obstet Gynecol* 1993;82:266-9.

18. Ornar Dueñas G.¹, Hugo Rico O.¹, Mario Rodríguez B.² Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(4): 266-271. <http://dx.doi.org/10.4067/S071775262007000400011>
19. Oppenheimer L. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Diagnosis and management of placenta previa. *J Obst Gynaecol Can.* 2007;29:261—73.
20. Sekizawa A, Jimbo M, Saito H, Iwasaki M, Sugito Y, Yukimoto U. Increased cell-free fetal DNA in plasma of two women with invasive placenta. *Clin Chem.* 2002;48:353—4.
21. Anna Maroto, Jorge Costa, Bibiana Morillas, Maria Grimau, Ramón Cos, Manuel Corona e Yolanda Canet. Tratamiento conservador del acretismo placentario. *Prog Obstet. Ginecol.* 2012,55(8),393-398.<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2012.03.006>
22. Hull AD, Resnik R. Placenta accreta. En: Creasy RK, Resnick R, editors. *Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice.* 6 ed. Philadelphia: Saunders; 2009.
23. Palacios-Jaraquemada JM. Diagnosis and management of placenta accreta. *Best Prac Res Clin Obst Gynaecol.* 2008;22:1133-48. <https://doi.org/10.1016/j.bpo-bgyn.2008.08.003>
24. Anjum F, Bashir R, Rahim A. Maternal and foetal outcome in cases of placenta previa, accreta and increta. *Ann King Edward Med Univ.* 2016;22:296-300. <https://doi.org/10.21649/akemu.v22i4.1469>
25. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: Prospective diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *J Ultrasound Med.* 1992;11:333-43.<https://doi.org/10.7863/jum.1992.11.7.333>
26. Irving C, Hertig AT. A study of placenta accreta. *Surg Gynecol Obstet.* 1937; 64: 178-200. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(39\)90680-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(39)90680-0).
27. Luke RK, Sharpe JW, Greene RR. Placenta accreta: The adherent or invasive placenta. *Am J Obstet Gynecol.* 1966; 95 (5): 660-668. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(16\)34741-X](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(16)34741-X)

28. Cunnigham F.G., Leveno K.J., Bloom S.L., Dashe J.S., Hoffman B.L., Casey B.M., Spong C.Y. Willian Obstetricia. Hemorragia obstétrica. Sec 11 Complicaciones obstétricas. Ed 25 2019. Pp 777- 782
29. Matas I., Monterde E.; Lopez M: Actualización en medicina maternofetal 2021. Control gestacional en gestante con cesárea anterior. Cap 14. 4ta Edición Pp 366.
30. Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2019

Conflicto de intereses: Los autores no manifiestan tener conflictos de intereses.

Este artículo ha sido enviado previamente a la revista Cubana de Ginecología y Obstetricia su estado es “asignación en espera”

Contribución de los autores:

Avelino García García: Concepción de la idea y revisión bibliográfica.

Fernando Ibáñez Cayón: Recogida de la información y redacción parcial del trabajo.

Rolando Sánchez Machado: Recogida de la información y redacción parcial del trabajo.

Yamilka Portales Cárdenas: Redacción parcial y revisión del trabajo.

Yembila Novo Rodríguez: Redacción de la versión final y revisión del trabajo.