

El acretismo placentario consiste en una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina por la cual el alumbramiento puede conducir a una hemorragia masiva. Es una complicación obstétrica potencialmente catastrófica para la madre y está adquiriendo características de epidemia, asociado al aumento de la tasa de cesáreas.

Actualmente constituye una de las principales causas de histerectomía puerperal y de morbilidad materna. El reconocimiento de los factores de riesgo, el diagnóstico prenatal, la planificación de la estrategia quirúrgica y el enfoque multidisciplinario son los pilares para la prevención de la alta morbilidad materna (ver artículo).

El Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano de Buenos Aires ha desarrollado en el año 2002 un programa multidisciplinario para asistir los embarazos con diagnóstico prenatal de acretismo placentario. Se conformó el equipo multidisciplinario con especialistas de los servicios de Obstetricia, de Ginecología, Diagnóstico por Imágenes y Urología . El equipo de “acretismo” cuenta con el apoyo de los servicios y estructuras propias de una institución de alta complejidad e indispensables para la atención de este tipo de patología, a saber: servicio de Anestesia, Hemoterapia, Unidad de Cuidados Intensivos, y Neonatología, entre otros. De acuerdo al momento en que se realiza, el diagnóstico puede ser prenatal (el cual se describirá en detalle más adelante) o perinatal (intraparto o puerperal). En la presente página haremos referencia fundamentalmente a los casos con diagnóstico prenatal.

DEFINICION

Es una adherencia anormal de la placenta al músculo uterino (miometrio), por lo cual las vellosidades trofoblásticas se adhieren al mismo (y, eventualmente, a órganos vecinos). De acuerdo al grado de invasión o penetración de las vellosidades en el miometrio, se clasifica en:

- Placenta ácreta: consiste en la penetración superficial de las vellosidades en el miometrio.
- Placenta íncreta: invasión profunda del miometrio.
- Placenta pércreta: invasión de la serosa y órganos vecinos (por ejemplo: vejiga, parametrios, intestinos).

A pesar de la clasificación en ácreta, íncreta o pércreta, es habitual el uso de los términos “placenta ácreta” o “acretismo placentario” en forma genérica para referirse a cualquiera de los tres subtipos.

EPIDEMIOLOGIA

La frecuencia de acretismo se ha incrementado de 10 a 15 veces en los últimos 60 años. Dado que esta patología está claramente asociada al incremento en la tasa de cesáreas, se prevé que seguirá aumentando de manera proporcional.

FACTORES DE RIESGO

Se describen numerosos factores de riesgo asociados con acretismo pero la mayor contribución esta dada por la combinación de placenta previa y cesárea anterior.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La presencia de un acretismo es asintomática durante el embarazo en la mayoría de los casos. Cuando se presentan síntomas prenatales, éstos suelen ser hemorragias y están relacionados a la condición de placenta previa. Menos frecuentemente, los sangrados pueden estar asociados a la invasión de la vejiga, manifestándose a través de hematuria (sangre en la orina).

En el parto por cesárea, una vez realizada la laparotomía, suele observarse un área de tamaño variable hipervascularizada azulada, con vasos de aspecto varicosos subserosos en la superficie uterina, que se corresponde con el acretismo.

MORBIMORTALIDAD MATERNA

La placenta ácreta se caracteriza por una alta morbimortalidad materna, a menos que se cuenten con los recursos humanos e institucionales para resolver la complicación inevitable en el momento del alumbramiento. Se puede producir una hemorragia masiva, que puede inducir una coagulación intravascular diseminada, la necesidad de una histerectomía de emergencia, lesiones quirúrgicas de los uréteres, vejiga y otras vísceras, síndrome de distress respiratorio, insuficiencia renal, y muerte. La pérdida de sangre promedio en una hemorragia por acretismo se ha estimado entre 3 y 5 litros.

DIAGNOSTICO PRENATAL

El diagnóstico prenatal de la placenta ácreta es esencial para la prevención secundaria de la morbimortalidad materna. Este se basa en imágenes y la ecografía es la herramienta primaria de detección y evaluación. El diagnóstico se puede sospechar desde edades gestacionales precoces.

En los casos con factores de riesgo, en especial placenta previa o anterior baja con antecedente de cesárea, o una interfase útero-placentaria sospechosa de acretismo, se complementa la evaluación con ecografía transvaginal con Doppler color. De persistir la sospecha o en situaciones de alto riesgo, se puede realizar una resonancia magnética, que brinda una mejor evaluación de los planos anatómicos (ver presentación).

Los problemas diagnósticos, especialmente en los casos que la placenta no infiltra toda la pared uterina, continúan siendo un desafío y es necesario lograr una mayor sensibilidad y especificidad de los métodos para disminuir la tasa de falsos negativos y falsos positivos respectivamente, que todavía afectan significativamente el manejo de esta patología.

Diagnóstico ecográfico

Como se mencionó previamente, el grupo de mayor riesgo y que merece una evaluación especial, son los embarazos con cesárea/s previa/s y donde la localización placentaria es previa.

Se describen distintos signos ecográficos asociados al acretismo:

- Ausencia o adelgazamiento (menos de 1 mm) de la zona miometrial hipoeoica visible normalmente en el segmento uterino ínfero-anterior.
- Adelgazamiento, irregularidad o disrupción focal de la interfase hiperecoica entre las paredes uterinas y vesical.
- Presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario (“apariencia de queso suizo”).
- Vascularización aumentada de la interfase serosa uterina-vejiga.
- Extensiones del tejido placentario más allá de la serosa uterina.

Lagos placentarios

En revisiones de ecografías de primer trimestre de casos que resultaron en acretismo placentario, se observó que el saco gestacional estaba ubicado en la región inferior uterina sobre o cerca de la cicatriz de la cesárea previa. Esta observación ecográfica en pacientes con cesárea previa debería plantear la sospecha del diagnóstico.

Doppler placentario

Es complementario de la ecografía y parece aumentar su sensibilidad

Los signos descriptos habitualmente son:

- Identificación de vasos placentarios que se extienden al miometrio o a la vejiga, perdiendo su disposición habitual paralela a la periferia placentaria.
- Alta pulsatilidad y flujo turbulento a nivel de las estructuras venosas lacunares placentarias y del plexo venoso retroplacentario.
- Tortuosidad de las estructuras vasculares retroplacentarias.

Vasos perpendiculares

Resonancia Magnética

Existen numerosas publicaciones sobre el uso de la resonancia magnética en el diagnóstico de acretismo placentario. Aunque la mayoría concuerda que tiene una exactitud diagnóstica aceptable, no sería significativamente superior a la ecografía, salvo en la evaluación de la placenta de localización posterior (ver presentación).

No obstante, la utilización secuencial de ambos métodos mejoraría la capacidad predictiva.

Los signos descriptos son:

- Adelgazamiento o irregularidad del miometrio subyacente y contiguo a la placenta sin extensión placentaria transmural.
- Extensión placentaria transmural o anormal intensidad de señal del miometrio confluyente con isointensidad de la placenta.
- Invasión de la vejiga por la placenta con irregularidad o disrupción de la arquitectura normal de su pared. Invasión de estructuras loco-regional.

TRATAMIENTO

Cuando se realiza el diagnóstico prenatal de placenta ácreta se debe lograr la resolución del

caso en un centro terciario o con la mayor complejidad posible.

El tratamiento es quirúrgico y clásicamente consiste en la histerectomía puerperal. Asimismo, existe consenso en que la placenta debe ser dejada en su lugar y que la cirugía debe ser en condiciones electivas. Cuando por algún motivo, generalmente una hemorragia, la cirugía debe ser realizada de urgencia, nuestro programa prevé la conformación de urgencia del equipo multidisciplinario.

En la última década se han intentado distintas opciones terapéuticas conservadoras, que deben ser evaluadas en cada caso en particular.

Guía de manejo de nuestro Programa

Se basa en planificar las medidas necesarias con el objetivo de prevenir la morbimortalidad de esta patología con un enfoque multidisciplinario. A tal efecto nuestro programa contempla un protocolo de evaluación y seguimiento prenatal y uno de estrategia quirúrgica

Evaluación y seguimiento prenatal

- Evaluación de embarazos con factores de riesgo o sospecha de acretismo.
- Diagnóstico prenatal por ecografía, Doppler y eventual resonancia magnética.
- Asesoramiento sobre el diagnóstico y la estrategia terapéutica.
- Pautas de alarma para situaciones de emergencia.
- Seguimiento obstétrico con control de salud materna y fetal.
- Coordinación con hemoterapia y reserva de sangre y hemoderivados.
- Inducción de la maduración pulmonar fetal.
- Planificación de cesárea electiva alrededor de las 36 semanas.

La estrategia quirúrgica

- Cesárea electiva alrededor de las 36 semanas.
- Equipo quirúrgico multidisciplinario: obstetra, ginecólogo, angiografista, urólogo, y anesthesiólogo.
- Cateterización de las arterias uterinas para posterior embolización.
- Cistoscopia y cateterización de los uréteres
- Verificación por ecografía de los límites de la placenta para evitar la histerotomía a través de la placenta.
- Incisión mediana infra y frecuentemente infra-supra umbilical si se debe extraer el feto por el fondo uterino.
- Reevaluación diagnóstica a través de la inspección de la superficie del útero.
- Histerotomía, preferentemente vertical, y extracción fetal en una región libre de placenta.
- Ligadura de cordón e histerorrafia dejando la placenta "in situ".
- Embolización de las arterias uterinas (ver texto).
- Histerectomía total o subtotal en caso de confirmación de acretismo extenso, o intento de alumbramiento y eventual cirugía conservadora en casos de acretismo focal o de diagnóstico falso positivo.
- Manejo de la vejiga de acuerdo a los hallazgos y a la evolución de la disección y separación de la misma. Diagnóstico y tratamiento de posibles lesiones vesicales.
- Terapia intensiva posoperatoria disponible. Alrededor del 80% de los casos no la requerirán.

Conclusiones

El acretismo placentario está aumentando su incidencia debido al aumento de la tasa de cesáreas. Es una patología adherencial de la placenta que se está convirtiendo en una causa importante de morbilidad materna inmediata y residual o causa de mortalidad materna si no se establecen estrategias adecuadas de manejo. Las mismas se basan, ante todo, en el diagnóstico prenatal de acretismo y preparación preoperatorio para prevenir o afrontar una hemorragia obstétrica masiva, con un enfoque multidisciplinario.