

11217
55 289

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
Hospital Gineco-Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"
I. M. S. S.

"UTILIDAD DE LA ULTRAECOSONOGRAFIA EN
EL DIAGNOSTICO DE ACRETISMO
PLACENTARIO"

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DR. RAUL ESTRADA DAY

Asesor: Dr. Manuel Velasco Olivares
Colaboradores: Dr. Antonio Rosales Ramírez
Dr. Jorge Rugeles Rivero



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	3
OBJETIVO	8
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	11
CONCLUSIONES	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	17

INTRODUCCION

El acretismo placentario es una complicación que aunque rara, pone en peligro la vida del binomio durante el embarazo o su resolución. Existe una asociación importante en la incidencia de acretismo placentario cuando la paciente se presenta con placenta previa, la cual a su vez es más común en aquellas pacientes sometidas a cirugía uterina y/o cesárea (3,4,10).

Otros factores de riesgo incluyen a los legrados, las remociones de fragmentos placentarios, la multiparidad y la edad avanzada. Dado que la inclinación actual en la obstetricia moderna se encuentra a favor de un mayor intervencionismo quirúrgico, particularmente la operación cesárea, favorecería la inserción baja de la placenta y el acretismo consecuentemente (1,2,5,6,8,12) Fig. 1

La incidencia de acretismo placentario parece estar incrementándose.

En 1952, Kistner (7) reportó una incidencia de 2 en 1000 pacientes con placenta previa. En 1979, Read (9) encontró --

una incidencia de 40.5 en 1000 pacientes y en 1985, Clark - (4) reportó una incidencia de 101 en 1000 pacientes con placenta previa.

La frecuencia conocida de placentas previas diagnosticadas por ultrasonido en el segundo trimestre es de aproximadamente 5% (10,13).

Se considera que existe alrededor de 1% de anomalías de adherencias placentarias en todos los embarazos, pero valorando únicamente los casos de acretismo la frecuencia es baja 1:2,562 partos (14).

GENERALIDADES

Desde los reportes clásicos de Irving y Kerting en 1937, sobre acretismo placentario y placenta previa accreta, la casuística de reportes han aumentado (9). Ellos reportan una incidencia que varía de 1 a 540 hasta 1 en 93,000 embarazos, pero solo en 75 casos de placenta percreta han sido reportados en la literatura.

El accretismo placentario consiste en aquella placenta que se adhiere al miometrio como consecuencia de la ausencia total o parcial de la decidua basal. La ausencia focal o difusa de la decidua basal entre el trofoblasto placentario y el miometrio da como resultado una adherencia anormal de la placenta directamente a la capa muscular del utero. Por lo que se refiere al grado de penetración, estas placentas que presentan anomalías de adherencias pueden clasificarse en: Placenta accreta.- vellosidades firmemente adheridas - al miometrio sin penetrarlo. Placenta increta.- vellosidades se introducen al miometrio pero no lo atraviesan. Placenta percreta.- vellosidades atraviesan el miometrio -- hasta el peritoneo visceral. Así mismo se clasifican según-

su extensión como: total.- adherencias de todos los cotiledones. Parcial.- adherencias de algunos cotiledones, Focal. adherencia de un cotiledon.

El origen de ésta anomalía de implantación es común a todas sus variedades, y acostumbra deberse a una anormal penetración de las vellosidades coriales en el utero, que puede deberse a causas ovulares o coriales, así como causas maternas.

Dentro de las causas ovulares existe una persistente capacidad invasora del trofoblasto de origen no esclarecido que se relaciona presumiblemente a factores endócrinos y humorales. La invasión del trofoblasto está condicionada por las propiedades típicas de sus células y por las necesidades nutritivas del huevo, condición que en el embarazo normal está limitada por la acción coriolítica ejercida por el organismo materno. En condiciones donde exista un déficit nutricional, las vellosidades de implantación están de nuevo en actividad deciduolítica siguiendo su crecimiento en profundidad.

Las causas maternas están condicionadas por un déficit en la nutrición de la decidua obligando a la placenta a pene-

trar más profundamente en busca de ella.

Las alteraciones de la decidua, acostumbra a tener las siguientes causas que en orden de importancia se encuentran:

- 1.- La multiparidad
- 2.- Placenta previa
- 3.- Cesárea anterior
- 4.- Legrados de repetición
- 5.- Embarazo múltiple
- 6.- Endometritis (9).

Las alteraciones histológicas de la placenta, ya sea accreta, increta, percreta o destruens, en relación como ya se había mencionado al mayor o menor grado de invasión de las vellosidades coriales en el espesor del utero, observándose microscópicamente una hipoplasia de la decidua basal o serotonina, junto con la penetración de las vellosidades en las venas de la capa muscular e hialinización del endometrio.

Cuanto existe adherencias placentarias anormales, el parto transcurre sin problemas, presentándose durante el período de alumbramiento complicaciones tales como una hemorragia incoercible, junto con una contractilidad uterina normal.

El diagnóstico por desgracia se efectúa en el curso del tercer período del trabajo de parto. Como retención de placenta y hemorragia uterina, en la que se introduce la mano a -

cavidad uterina y el operador no encuentra plano de despegamiento entre placenta y pared uterina, obligando su extracción fragmentada.

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con la retención prolongada de la placenta por inercia uterina, como el angostamiento placentario por contractura espasmódica y -constricción del cuello.

La ecosonografía es el método que registra imágenes producidas por los ecos provenientes de los tejidos corporales y -sus principios físicos son los siguientes: el sonido es --una vibración mecánica que se transmite a través de la mate-ria en forma de ondas, el número de veces que se repite una onda sonora en la unidad de tiempo, determina su frecuencia y se expresa en ciclos por segundo, la unidad empleada para medirla es el Hertz, las frecuencias perceptibles para el -ser humano oscilan entre 16 y 20,000 MHz, aquellas que so--brepasan éste límite se le llama Ultrasonido. El eco es el fenómeno acústico debido a la reflexión de ondas sonoras --por un obstáculo y que consiste en la percepción de un se--gundo sonido análogo, pero más débil. Para generar ondas -sonoras se requiere de un instrumento capaz de convertir --una forma de energía eléctrica en energía sónica, llamado -

transductor, para examinar estructuras cercanas a la piel - se requieren transductores de alta frecuencia, mayor de 5 - MHz y para organos profundos de menor frecuencia entre 2 y 3.5 MHz.

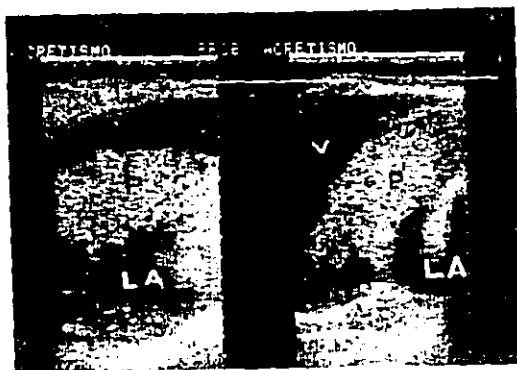


Fig. 1

V = Vejiga
L A = Líquido amniótico
P = Placenta

OBJETIVO

El objetivo fundamental de éste estudio es conocer la frecuencia, sensibilidad y especificidad, con la cual se puede efectuar el diagnóstico prenatal de acretismo placentario - en nuestro medio.

Se desconoce la frecuencia con la que están efectuando diagnóstico de placenta accreta por ultrasonido.

El sangrado durante el embarazo nos inclina a pensar en la posibilidad de placenta previa, motivo por lo que se recurre a un estudio de ultrasonido. Sería interesante y conveniente conocer la incidencia de acretismo placentario en el momento de efectuar éste procedimiento diagnóstico, y contar con medidas preventivas para su manejo.

ESTA TESIS FUE
SALIDA DE LA BIBLIOTECA

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó estudio retrospectivo en Enero 1986 a Octubre 1987, de los estudios de ultrasonido efectuados en el servicio de Ultrasonido del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los que se diagnosticó placenta previa, seleccionando pacientes que cursaban su segundo y tercer trimestre del embarazo, seleccionándose 26 pacientes que resolvieron su embarazo dentro de éste Centro.

Se registraron los siguientes datos: edad, número de gestaciones, y legrados, antecedente de cirugía ginecológica y obstétrica, complicaciones transoperatorias, manejo de dichas pacientes así como su resolución.

Para el diagnóstico se utilizó un ecosonógrafo de tiempo real marca TOSHIBA SONOLAYER V modelo 53M con transductor de 2.8 MHz, manejado por un solo ecosonografista, en el que se realizaron secciones longitudinales y transversas seriadas de derecha a izquierda en la porción baja del útero hasta que los margenes laterales del cérvix fueron visualizados e identificados, el orificio cervical interno, su relación con el borde inferior de la placenta. El examen se --

efectuó con vejiga llena, para disminuir las falsas negativas en estas condiciones vesicales, en dichos procedimientos se valoró edad gestacional, tamaño del feto, cantidad del líquido amniótico, localización de la placenta, clasificándose como placenta previa marginal, previa parcial, y -- previa total.

RESULTADOS

Se estudiaron 26 pacientes en las que se detectó placenta previa por ultrasonido, 4 de ellos con diagnóstico de prob. acretismo placentario, de las cuales el 100% se comprobó -- por clínica y estudio anatomopatológico, resolviéndose su embarazo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, la edad osciló entre 23 años a 52 años, con un promedio de 32 años de edad, encontrándose en la edad reproductiva de la mujer.

En cuanto a la paridad, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes eran multiparas, gesta III en adelante, corrigiéndose a un 70.3%, 6 pacientes secundigestas (22.2%) y 2 pacientes primigestas (7.5%) Fig. 2

Con respecto a los antecedentes quirúrgicos de las pacientes se encontró que 23 de ellas tenían el antecedente de -- una o más cesáreas (84.6%) y a 15 pacientes se les había -- practicado legrado uterino instrumental en alguna ocasión -- (15.4%) Fig. 3

De todas las pacientes estudiadas el 100% (26 pacientes) tuvieron el diagnóstico ultraecsonográfico de placenta pre--

via, en sus distintas variedades: siendo la marginal en 12 pacientes (46.1%), así como placenta previa parcial en 10 - pacientes (38.4%) y placenta previa total en 4 pacientes -- (15.5%) Fig. 4

La resolución del embarazo fué de la siguiente manera: 17- pacientes se les efectuó interrupción del embarazo por vía abdominal (65.3%) y se atendió por vía vaginal 5 pacientes- (34.7%), 4 cesáreas terminaron en histerectomía total abdominal por diagnóstico transoperatorio de accretismo placentario, corroborándose éste por estudio histo-patológico, el cual reportó placenta previa central total, presencia de -- adherencias superficiales al miometrio de vellosidades corionales del tercer trimestre, las cuales se encuentran parcialmente hialinizadas, presencia de trombosis de vasos marginales, así como infiltrado hemorrágico reciente intersticial endocervical.

Teniendo en cuenta que el total de número de partos en el mismo lapso que se realizó el estudio fué de 19,650 corresponderá a un caso de accretismo en 4,912 partos y un porcentaje de 0.02% que corresponderá a cifras mucho menores a -- las reportadas en la literatura mundial.

PORCENTAJE DE GESTACIONES

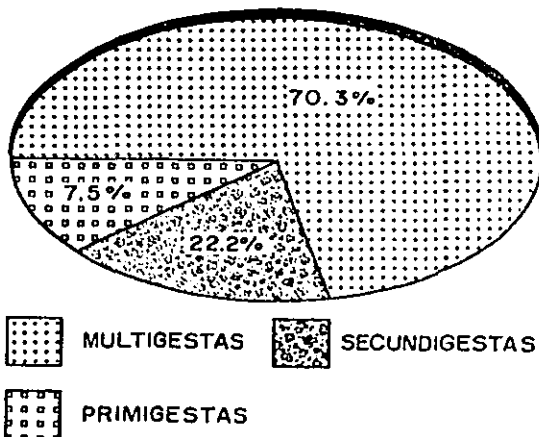


Fig. 2

PORCENTAJE DE CIRUGIAS

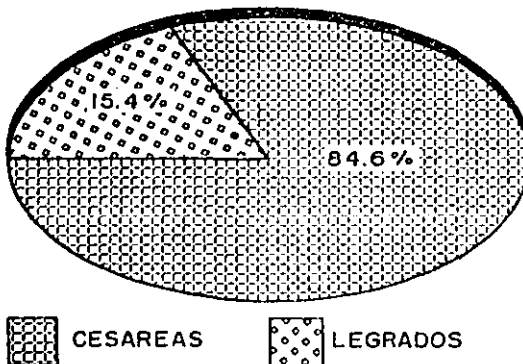


Fig. 3

TIPO DE PLACENTAS

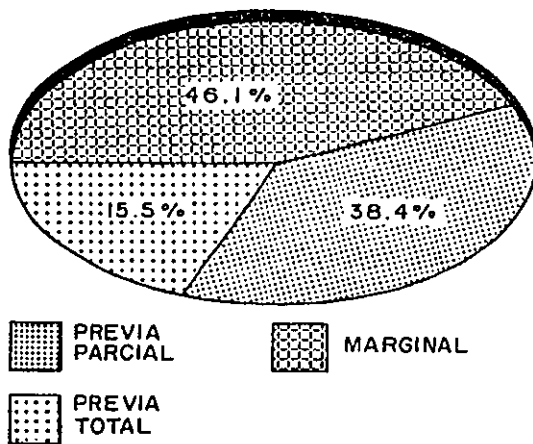


Fig. 4

CONCLUSIONES

- El ultrasonido es un método ideal en el diagnóstico de --
placenta previa.
- Se observan imágenes ecográficas características de accre-
tismo placentario.
- Hecho el diagnóstico nos permite preveer complicaciones.
- El diagnóstico ecográfico de accretismo placentario se co-
rroboró histopatológicamente en el 100%.
- La frecuencia fué de 0.02%
- Que ésta trabajo quede como antecedente de diagnóstico --
ecosonográfico de accretismo placentario, motivando nue--
vas investigaciones.
- Especificidad 100%
- Sensibilidad 100%

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Bevan J R. Marley N JE. Ozumba E N. Uterine rupture, placenta percreta and curettage in early pregnancy. Case report. BR. J Obstet gynecol 92:642-4, 1985.
- 2.- Bezdek J. Placenta percreta causing uterine rupture. Case report. Br. J Obstet Gynaecol 92: 8535,85.
- 3.- Clark S L.yeh S. Phelan J P. Emergency Hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64: 376-80.
- 4.- Clark S L. Koonings P P. Phelan J P. Placenta previa/Accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol 1985; - 66:89-92.
- 5.- Gribble R K. Fitz Simmons J M. placenta previa percreta-with fetal survival. Am Obstet Gynecol 1985; 153: 314-6.
- 6.- Hornstein M D. Niloff J M. Synder P F Frigoletto F D. - placenta percreta associated with a second-trimester pregnancy termination. AM J Obstet Gynecol 1984; 150:1002-3.
- 7.- Kistner R W. Hertig A T. Reid D E. Simultaneously occurring placenta previa and placenta accreta. Surg Gynecol obstet 94: 141, 1952.
- 8.- Peter V N P. Lopez J. Kim O H Leon TM Placenta percreta-as a cause of uterine perforation during abortion. A case report jour reprod med 1986; 31: 1049-50.
- 9.- Read L A. Cotto D B Miller F C. Placenta accreta. Changing clinical aspects and ou come. Obstet Gynecol. 56: 31, 1980.
- 10.- Rizos N. Davan T A. Miskin M et al National history of - placenta previa acertained by diagnostic ultrasound, AM J Obstet Gynecol 133: 287, 1979.
- 11.- Velazco O M. Jimeno G. Acretismo placentario diagnóstico ultrasonográfico reporte de un caso. Ultrasonido 2;25-26:86.

- 12.- Weckstein L N. Masserman J S Garite T P. Placenta accreta: a problem of increasing clinical significance. 1986; 69 (No. 3 P2): 480-2.
- 13.- Wexler P Gottesfeld K R. Early diagnosis of placenta previa. 54; 231-34: 1979.