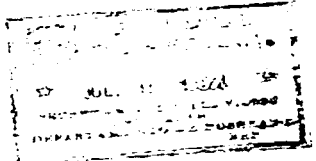


11217 70
21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSGRADO
HOSPITAL DE MEXICO S.A. DE C.V.**

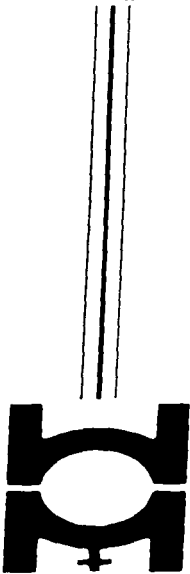


**"ACRETISMO PLACENTARIO"
EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL DE MEXICO.**

HOSPITAL DE MEXICO
CIRO F. GARCIA DE ENSENANDA

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DRA. IRMA KARINA DELGADO ROMERO.**



MEXICO, D.F.

FEBRERO DE 1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dr. Jose A. Aguilar Guerrero.
Director de Enseñanza e Investigación
en el Hospital de México.



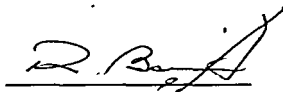
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Aguilar', written over a horizontal line.

Dr. Eduardo Ontiveros Cerda.
Profesor Titular del curso en
Ginecología y Obstetricia en
el Hospital de México.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. Ontiveros C.', written over a horizontal line.

Dr. Ruben A. Bolaños Ancona.
Aesor de Tesis.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Bolaños', written over a horizontal line.

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. José Antonio Aguilar Guerrero
Por su noble y desinteresado empeño
en lograr mi formación como especialista.

Al Dr. Eduardo Ontiveros Cerda,
Por su inquebrantable espíritu
de docencia y superación, que
constituye un constante ejemplo
a seguir.

Y muy especialmente
al Dr Rubén Antonio Bolaños Ancona.
Por su invaluable enseñanza y colaboración
para hacer posible la elaboración de ésta tesis

DEDICATORIAS :

**A mi familia, principalmente a
mi madre y a Mireya.**

A Titi y Mago.

**Cuyas muestras de cariño me han
estimulado profundamente para -
alcanzar lo actualmente logrado.**

**A Alejandro por su total e
incondicional apoyo. Sin
el cual no hubiera realizado
todos mis proyectos.**

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.	1
MARCO TEORICO.	3
Definicion	3
Clasificacion.	3
Incidencia.	5
Etiologia y Factores predisponentes.	6
Diagnostico.	10
Manejo y Evolución Clínica.	12
MATERIAL Y METODOS.	16
Poblacion de pacientes	16
Criterios de Inclusión.	16
Criterios de Exclusión.	17
Definicion de Unidades de Observación.	17
RESULTADOS.	18
FIGURAS.	
1. Incidencia en 5 años.	22
2. Edad Materna.	23

	Pag.
3. Gestaciones Previas.	24.
4. Cesareas Previas.	25.
5. Edad Gestacional a la Interrupcion	26.
6. Resolucion del Embarazo	27.
7. Antecedentes de Placenta Previa.	28.
8. Histerectomia Obstetrica	29.
9. Pérdidas Sanguineas.	30.
10. Ingreso a U. C. I	31.
11. Estancia Hospitalaria.	32.
COMENTARIO Y CONCLUSIONES.	33.
BIBLIOGRAFIA.	36.

INTRODUCCION

El acretismo placentario representa una de las complicaciones relativamente raras del tercer periodo del parto y ademas es una urgencia obstetrica, que comunmente se manifiesta al existir dificultad para la extraccion placentaria. Aunado a lo anterior en la mayoria de las veces, se presenta un sangrado profuso que pone en peligro la vida de la paciente. Sin embargo, es factible un tratamiento adecuado.

La incidencia es variable, dependiendo en muchos de los casos de la poblacion estudiada, y su diagnostico definitivo se realiza mediante estudio histopatologico.

Se ha hablado mucho acerca de los factores de riesgo para — que se presente esta patologia y uno de ellos es la asociacion con cirugias uterinas previas que entre las mas importantes se encuentra la cesarea, sobresaliendo esta ya que existe, un incremento significativo en la ultima decada.

Multiparidad y placenta previa son otros factores de riesgo muy comentadas para la aparicion de acretismo placentario.

Todos los antecedentes obstetricos antes mencionados no son nada raros en nuestro medio, sin embargo se han realizado pocos estudios acerca de la patologia que hoy es motivo de nuestro trabajo.

Debido a esto se decidio realizar el presente trabajo para conocer la experiencia en general que sobre el acretismo placentario se tiene en una Institución de salud privada como es el Hospital de Mexico.

MARCO TEORICO

DEFINICION :

El acretismo placentario es la unión anormal entre la placenta y la pared uterina, causada por la ausencia parcial o completa de la decidua basal, a menudo por un insuficiente desarrollo de la capa de Nitabuch y con penetración de las vellosidades coriónicas al miometrio.

El acretismo placentario es el termino general para todos los casos de adherencia anormal de la placenta, cuyo diagnostico definitivo se establece por histología. Según su adherencia a la pared uterina se divide en placenta acreta, increta y percreta. (15, 29).

CLASIFICACION :

Se ha utilizado el grado de invasion miometrial de la placenta por histología, para distinguir las subdivisiones de esta patologia.

Placenta acreta : Las vellosidades se encuentran adheridas al miometrio, sin invadirlo.

Placenta increta : Las vellosidades coriales invaden al miometrio

Placenta percreta : Las vellosidades invaden al miometrio y la serosa, esta es la condicion mas avanzada y de poor pronostico. (23, 29).

Tambien es importante su clasificacion de acuerdo a la extension placentaria involucrada, hecha por Reig y Berg en 1945, descrita asi:

Total : La adherencia total de la placenta a la cavidad uterina.

Parcial : La adherencia de uno o más cotiledones a la cavidad uterina.

Focal: Cuando están involucradas areas pequeñas de un cotiledón.

Se reporta en la literatura, mayor frecuencia de placenta —acreta y del tipo total (3, 13).

INCIDENCIA

La incidencia de placenta acreta se reporta en la literatura con rangos de un caso en 540 nacimientos en Tailandia, a uno en 70,000 en algunos estados de la Union Americana.

Se menciona tambien una incidencia de 0.1 a 2.3 por 1,000 nacimientos.

La incidencia ha variado notablemente a través de los años en 1930 a 1950, se reporto un caso en 30,739 nacimientos; de 1950 a 1960, de un caso en 19,012, de 1960 a 1970, de un caso en 14,780 y de 1979 a 1980, de un caso en 7,270 y de 1980 a— 1990, de un caso en 3,698. Este cambio, refleja un mejor reporte de casos o esta variacion pudiera explicarse por un mayor número de cesareas en la actualidad.

Se menciona que esta patologia es mas frecuente en la cuarta decada de la vida, con mayor frecuencia entre los 31 a los 35 años. Se han reportado en los diferentes estudios, que es mas frecuente en pacientes multiparas y que tienen antecedentes de cirugias uterinas y se presenta en la gran mayoria de las veces en pacientes de raza caucásica. (6, 16, 17, 18).

Tambien se ha hablado mucho de la importante relacion que existe de esta patologia con la placenta previa y acretismo de 20 -70 % . Clark y Colaboradores, mostraron que el riesgo de placenta acreta fue de 24 % cuando se tenia el antecedente de una cesarea previa, pero aumento hasta el 67 % cuando se tenia el antecedente de 4 cesareas previas, y solo de 5 % cuando se tenia el útero intacto (4, 9, 24) Yang y colaboradores han mencionado una incidencia de un caso por 1652 nacimientos y una relación con placenta previa de 58 % y menciona que todos sus casos tuvieron antecedente de cirugia uterina previa

ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES :

La ausencia o pobre desarrollo de la decidua, es el factor-patologico constante en todas las series reportadas y esto da soporte a la teoria casi aceptada de una insuficiencia endometrial como la base de la patogenesis.

En la placentacion humana, hay una infiltracion difusa de la placenta por el trofoblasto migratorio, la decidua es formada - por la conversion del estroma endometrial en celulas ricas en

glucogeno, siendo mas invasivo el trofoblasto, cuanto mayor es el grado de decidualizacion del estroma. En el acretismo placentario en el cual hay un defecto o ausente decidualizacion del estroma endometrial, la barrera no esta presente, no pudiendo restringir el trofoblasto invasivo

Consecuentemente en cualquier endometrio deficiente o con cicatrices previas, hay incapacidad para una adecuada decidualizacion en el momento de la implantacion o la implantacion ocurre en un endometrio normal, pero durante el desarrollo, el trofoblasto se expande tomando el endometrio anormal (3,12).

Miller en 1969, estudia las características histológicas y encuentra tres puntos fundamentales

- . Ausencia total o parcial de la decidua materna.
- . Una capa de fibrina entre las vellosidades coriales y el musculo uterino.
- . Hialinizacion y vascularizacion marcadas del musculo uterino en el sitio de la insercion de la placenta (7, 15).

En teoria, cualquier evento adverso sobre el endometrio,

puede dar resultado de una placenta acreta; infecciones endometriales o traumas pueden ser algunos factores etiológicos.

Recientemente se mencionan factores predisponentes como: legrados previos, endometritis, leiomiomatosis submucosas, cicatrices uterinas post cesáreas o histerotomía, síndrome de Asherman, extracción manual de placenta, multiparidad o adenomiosis (21, 26).

La deficiencia de la decidua es probablemente el factor etiológico para placenta acreta como para placenta previa, que se relacionan más frecuentemente. (9, 11, 15, 24).

Fox en 1972, menciona estos factores predisponentes, dándoles un porcentaje de asociación con placenta acreta de la siguiente forma : Cesáreas previas (25 %), legrados (30 %), extracción manual de placenta (10 %), o asociación con placenta previa en 34 % de los casos. (1, 4).

También se ha mencionado otros factores asociados, de menor importancia, pero si descritos algunas veces en la literatura como son la sepsis puerperal y la tuberculosis genital, además de las malformaciones del aparato genital femenino, estas,

descritas por algunos autores mexicanos (7, 8).

Se mencionan también en muy raros casos, en que no se —
encuentran los factores antes citados asociación con la expo—
sición in útero al dietilestilbestrol. Aunque también hay repor—
tes que señalan que no existe ningún tipo de asociación para —
estapatología, ya que se presenta un número importante de —
casos en pacientes primigestas (1, 20).

DIAGNOSTICO .

El acretismo placentario es una patologia del tercer trimestre del embarazo, aunque últimamente se han descrito algunos casos de acretismo del primer y segundo trimestre.

El diagnóstico la mayoría de las veces es clínico y se realiza durante el transparto o en el tercer periodo del parto, cuando hay dificultad a la extracción placentaria, y el medico tiene que realizar una extracción manual de la placenta, no encontrando el plano de despegamiento de esta. Pero muchas veces, ésta entidad es diagnosticada hasta el desarrollo de una hemorragia postparto o por una retención de la placenta o fragmentos y dificultad a la extracción de estos.

El diagnóstico puede ser hecho anteparto por algunos signos y síntomas resultantes de la invasión a otras estructuras como a la vejiga, resultando dolor suprapúbico o hematuria (17, 27).

Otros datos que se reportan son pacientes embarazadas que presentan abdomen agudo, secundario a ruptura uterina y hemo peritoneo, principalmente en casos de placenta percreta (14, 23, 26).

Pudiendo llegar esta invasión placentaria hasta los vasos iliacos y paredes pelvicas (20).

Con el incremento de metodos de diagnostico como los sofisticados ultrasonidos, ultimamente se ha mencionado el diagnostico precoz de placenta acreta por medio de ultrasonido, observándose una ausencia de la interfase desidual entre la placenta y el miometrio (17) y la presencia poco común de grandes vasos, tortuosos y dilatados, extendiendose de la placenta hacia el miometrio (6, 19). Ultimamente se ha comentado sobre el uso que podria tener la Resonancia Magnetica para el diagnostico precoz de acretismo placentario por la capacidad para definir los tejidos (22, 27). Ademas se ha mencionado que en aquellas pacientes que presentan hematuria durante el embarazo, que tengan factores predisponentes para acretismo placentario, se podria realizar una citoscopia para diagnosticar una placenta percreta que se encuentra invadiendo vejiga (17).

El diagnostico definitivo solo puede ser hecho mediante histopatologia, obteniendo la pieza quirurgica y corroborando la invasión de las vellosidades coriales al miometrio.

MANEJO Y EVOLUCION CLINICA .

Una vez hecho el diagnostico, el manejo debe ser rápido y eficaz, siendo el tratamiento de eleccion la histerectomia, obteniendose— con esto, los mejores resultados y la menor morbimortalidad materna, ayudados por un mantenimiento agresivo del volumen intravascular y de una cirugía reconstructiva, ya que cuando la placenta — es percreta, puede llegar a tomar varias estructuras, principalmente la vejiga.

Se ha escrito acerca de el manejo conservador en un grupo muy selectivo de pacientes que desean conservar su fertilidad, basados principalmente en el control de las perdidas sanguineas y que el — utero responda a los oxitocicos.

Tambien se ha descrito el empacamiento uterino, ligadura de las arterias uterinas o hipogastricas y la utilizacion de prostaglandinas intraútero, que la mayoría de las veces lo que hacen es prolongar un tiempo quirúrgico que finalmente termina en histerec— tomia (10, 17, 25).

Entre los manejos quirúrgicos conservadores se encuentran la resección local y reparación del útero, disección gruesa seguida de legrado de la cavidad uterina o dejar a la placenta in situ . (6, 10, 17, 23).

En los casos que existe acretismo placentario con invasión a estructuras como la vejiga, donde es imposible realizar una histerectomía total, en estos casos, estaría indicado realizar una histerectomía subtotal. (17).

Arulkumaran y colaboradores señalan un caso de acretismo — placentario tratado conservadoramente y con metotrexate, con buena evolución y sin signos de la placenta por ultrasonido a los 15 días del evento, pero sin reportar embarazos subsiguientes (2).

Yun Cho y colaboradores mencionan un manejo conservador — para el acretismo placentario, explicando como una sutura circular ininterrumpida a través del segmento uterino en ocho pacientes — con buen resultado y poca morbilidad materna (28).

En un estudio realizado por Read y colaboradores en cuanto al

tratamiento del acretismo placentario en 24 pacientes estudiadas a 14 pacientes le realizaron histerectomía, y 8 fueron manejadas con tratamiento conservador como legrado y ligadura de arterias uterinas e hipogastricas, sin muerte materna por el manejo conservador y muy baja morbilidad (18).

El rapido manejo de histerectomía para acretismo placentario, ha disminuido marcadamente la morbimortalidad materna, pero el manejo conservador puede ser utilizado en casos muy selectivos, cuando se requiere conservar la fertilidad, cuando solo son defectos focales y cuando la perdida sanguinea no es excesiva (6, 17, 29).

Podemos mencionar que en la literatura revisada, el tratamiento de eleccion continua siendo la histerectomía, con el mantenimiento del volumen intravascular, lo que disminuye notablemente la morbimortalidad materna. Aunque la morbilidad tiene una cifra apreciable, contando entre las complicaciones mas frecuentemente encontradas formacion de fistulas, ligadura de ureteres, estasis urinaria, infeccion, formacion de cálculos .

compromiso renal, formación de abscesos pélvicos y renales, — coagulopatias y por supuesto shock hipovolemico, por las grandes perdidas sanguineas que se presentan (5, 17,18)

Antes del uso de los antibioticos y de los bancos de sangre, la mortalidad materna se encontraba hasta en un 70 % , lo que ha ido mejorando con los años, como lo menciona Fox en un estudio reportado en 1945 - 1955, donde se encontro una mortalidad de 10.1 % y de 1955 a 1969, un 9.4 % y los reportes durante las dos ultimas decadas, han sido con un rango que va desde un 2.5 % a un 9.5 % (13, 16, 18).

En cuanto a la mortalidad fetal, esta en la mayoria de las veces, es debida a la prematuridad de los productos y no a la patologia de base, ya que muchas veces se tiene que interrumpir el embarazo por otras causas y se encuentra el acretismo como hallazgo, se han reportado series que van desde 0 hasta 24 % (8, 18, 24)

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio retrospectivo y descriptivo sobre los casos de acretismo placentario en el Hospital de Mexico, durante el periodo comprendido del 1o de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1994. Mediante la revision de los expedientes clinicos del archivo medico de pacientes a quienes se les practico histerectomia obstetrica por esta patologia.

POBLACION DE PACIENTES :

Se estudiaron todos los casos de acretismo placentario por reporte histopatologico, recopilando un total de 35 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION :

Pacientes del Hospital de Mexico sometidas a histerectomia-obstetrica con el diagnostico clinico de acretismo placentario. Del 1o de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1994.

Se requirio se encontraran todos los expedientes con su respectivo reporte de patologia.

CRITERIOS DE EXCLUSION :

Pacientes del hospital de Mexico sometidas a histerectomia obstetrica por diagnostico que no fuera acretismo placentario.

No contar con el expediente clinico

DEFINICION DE UNIDADES DE OBSERVACION :

Al seleccionar un expediente se recabaron los siguientes datos :

- Edad materna
- Antecedentes obstetricos.
- Edad gestacional en la que se resolvió el embarazo.
- Via de resolución del embarazo.
- Hallazgo de placenta previa.
- Procedimiento anestésico utilizado.
- Tipo de histerectomia que se practicó.
- Complicaciones.
- Destino de la paciente en el postoperatorio inmediato.
- Dias de estancia hospitalaria
- Mortalidad materna.
- Reporte histopatologico

RESULTADOS

Durante un periodo de cinco años, que correspondio del 1 de Enero de 1990 al 31 de Diciembre de 1994 se realizaron en el hospital de México, 35 histerectomias obstetricas por acretismo placentario, sobre una poblacion de 37,056 nacimientos en el Hospital de México. Lo anterior nos da una incidencia de 0.94 por 1,000 nacimientos o de un caso de acretismo por cada 887 nacimientos. (Fig. 1).

El rango de edad de las pacientes oscilo entre 21 y 41 años, con un promedio de 31 años. Al agruparlos por grupos de edad, el mayor porcentaje correspondio al de 31 - 40 años con 19 pacientes (54.2 %), en segundo lugar el grupo de 20 - 30 años con 15 pacientes (42.8 %) y solo 1 paciente fue mayor de 40 años (3 %). (Fig. 2).

En el analisis de datos y al revisar los antecedentes obstetricos se encontro que de los 35 casos estudiados, 5 pacientes eran primigestas (14.3 %), 12 pacientes secundigestas (34.2 %) y 18 pacientes presentaban 3 o mas embarazos (51.5 %) (Fig. 3).

En el rubro del antecedente de cesárea previa se encontro que 16 pacientes (45.7 %) tenían el antecedente de una cesárea y

7 (20 %) dos ó más cesáreas. (Fig.4). Por lo tanto se obtuvo que en mas del 65 % de los casos las pacientes tenían el antecedente de por lo menos una cesárea previa.

Como otro dato de importancia se encontró que 13 pacientes - (37.1 %) tenían el antecedente de por lo menos un legrado uterino.

La edad gestacional a la que se resolvió el embarazo que posteriormente provocó que se realizara una histerectomía obstétrica - fue en la mayoría de los casos a término, ya que esto sucedió en 21 pacientes (60 %). 12 pacientes cursaban con embarazo pretérmino (34.2 %) y sólo 2 pacientes tuvieron una pérdida de la mitad del - embarazo (5.8 %) (Fig 5). El embarazo se resolvió por cesarea - en 31 pacientes (88.4 %), 2 se resolvieron por parto vaginal (5.8 %) y 2 pacientes se les había practicado un legrado uterino (5.8 %). - (Fig. 6).

La relación que se obtuvo con placenta previa fueron 8 pacientes, lo cual representó un 22.9 % de los casos estudiados. (Fig. 7).

En cuanto al procedimiento anestésico utilizado se encontró que en todas las pacientes se utilizó bloqueo peridural para la resolución del embarazo y al momento de surgir la complicación se

decidio por utilizar anestesia general para el mejor manejo de la paciente.

En 31 pacientes se realizo histerectomia obstetrica total (88.4 %) y solo en 4 pacientes el procedimiento tuvo que ser subtotal (11.6 %) , por las complicaciones tecnicas y hemodinamicas de las pacientes. (Fig. 8).

En el 100 % de las pacientes se corroboró el diagnostico por patologia.

En cuanto al analisis de las complicaciones encontramos que ninguna paciente cursó con infeccion, esto lo atribuimos a que en todas ellas se utilizo doble esquema antibiotico como profilaxis.

La complicacion mas frecuente, pero que en todas las pacientes se resolvió favorablemente fue la hemorragia ; encontrando que 23 pacientes (65.8 %) tuvieron un sangrado mayor a 1,000 ml. 3 de ellas presentaron sangrado mayor a 3,000 ml. Que se resolvió favorablemente mediante restitucion hematica del volumen perdido (Fig. 9).

De los 35 pacientes. 6 pasaron a la unidad de cuidados

intensivos del hospital (17.1 %) y 29 a hospitalización (82.9 %).
(Fig. 10)

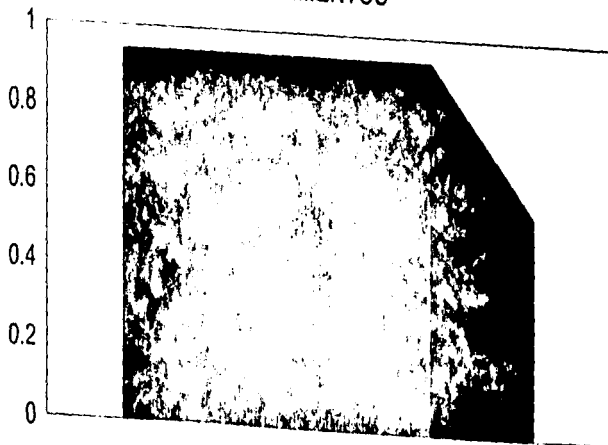
Los días de estancia hospitalaria de las pacientes variaron desde 3 a 8 días, 23 pacientes estuvieron 4 días ó menos en el hospital (65.8 %) y 12 pacientes (34.2 %) permanecieron mas de 4 días. (Fig. 11).

No se encontro ninguna muerte materna como consecuencia de la complicacion obstétrica y el procedimiento realizado.

INCIDENCIA EN 5 AÑOS

N 35

INCIDENCIA POR 1000 NACIMIENTOS



AÑOS

1990 - 1994

Fig. 1

EDAD MATERNA

N 35

No. PACIENTES

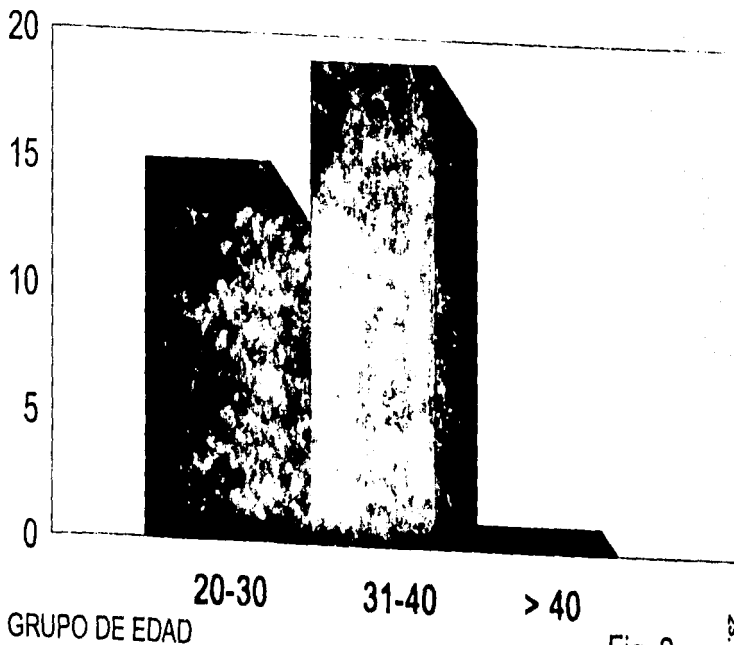


Fig. 2

GESTACIONES PREVIAS

N 35

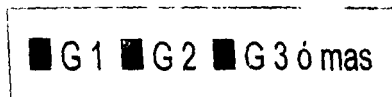
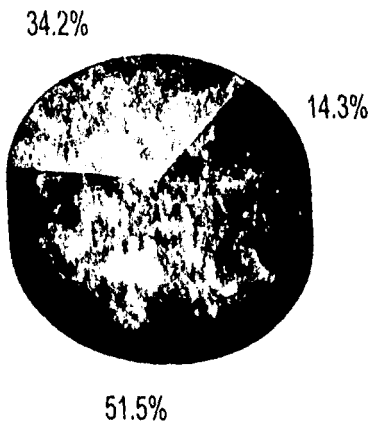


Fig. 3

CESAREAS PREVIAS

N 35

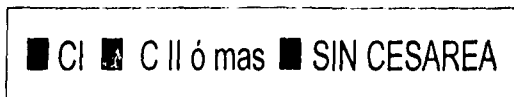
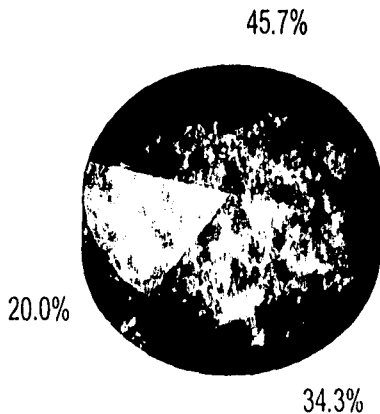
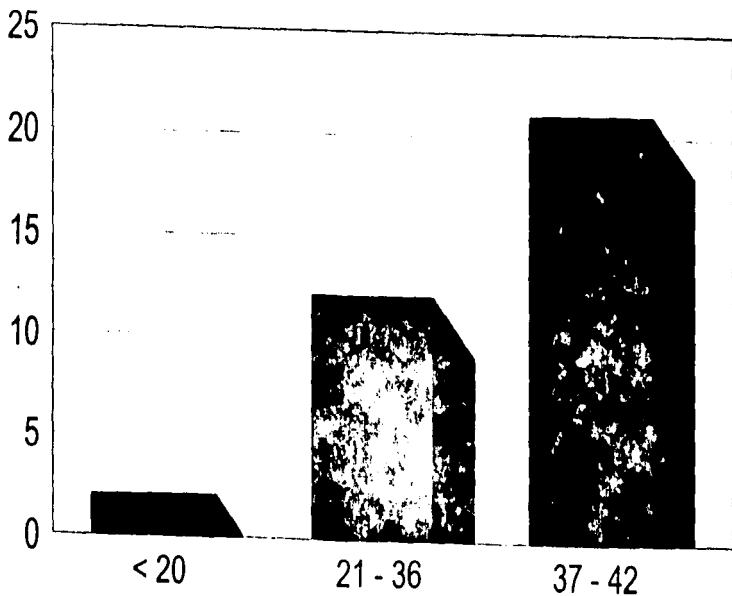


Fig. 4₅₂

EDAD GESTACIONAL A LA INTERRUPCION

N 35

NUMERO DE PACIENTES



SEMANAS DE GESTACION Fig. 5

RESOLUCION DEL EMBARAZO

N 35

NUMERO DE PACIENTES

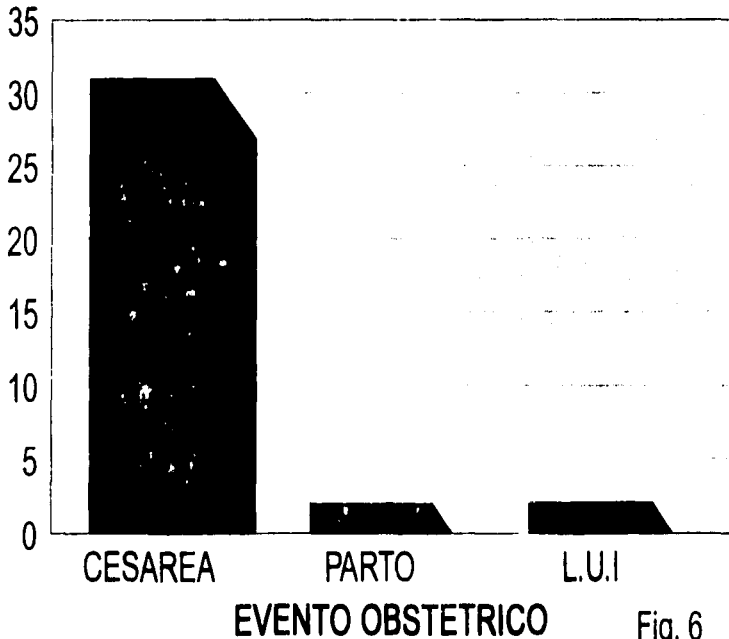


Fig. 6

ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA

N 35 (100 %)

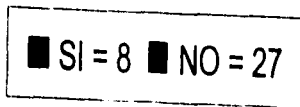
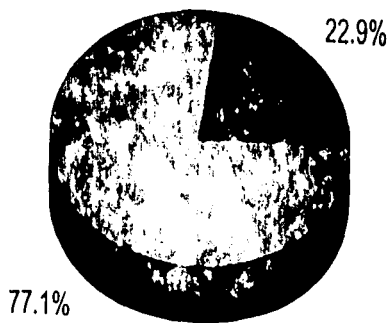
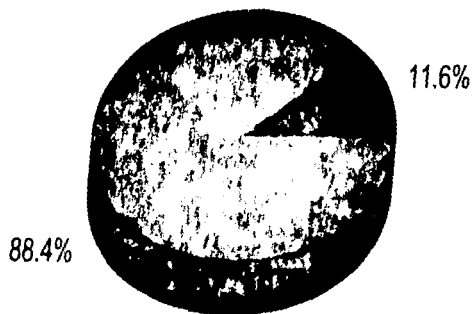


Fig. 7

HISTERECTOMIA OBSTETRICA

N 35 (100 %)



■ SUBTOTAL 4 PACIENTES ■ TOTAL 31 PACIENTES

FIG. 8

PERDIDAS SANGUINEAS

N 35 (100%)

No. PACIENTES

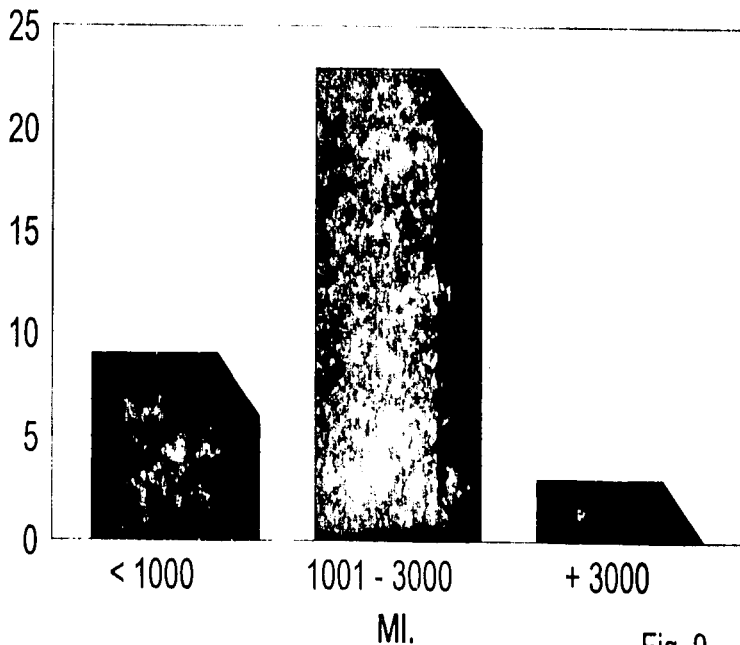
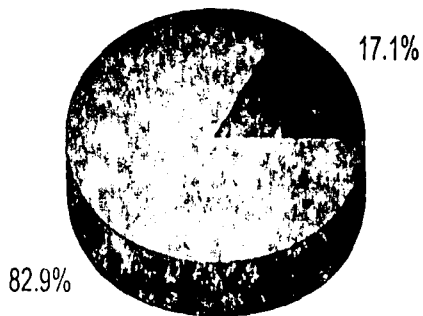


Fig. 9

INGRESO A U. C. I.

N 35 (100%)



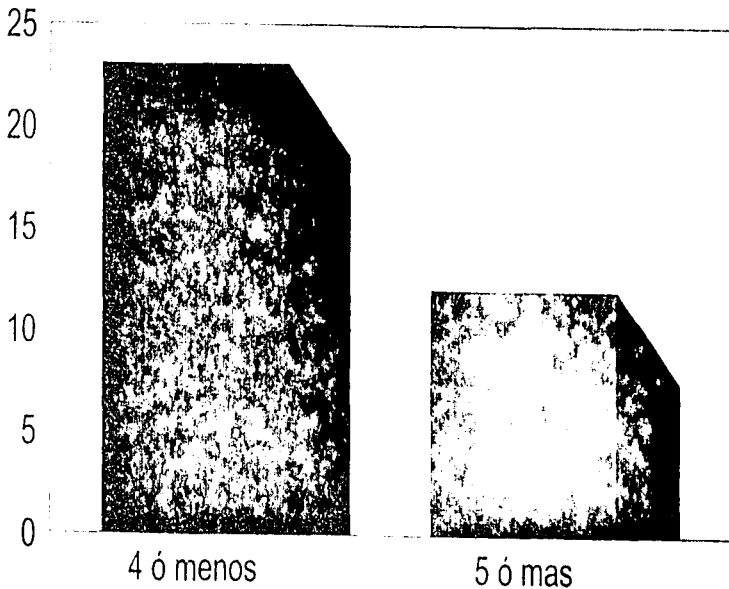
■ SI = 6 ■ NO = 29

Fig. 10

ESTANCIA HOSPITALARIA

N 35

No. PACIENTES



DIAS DE ESTANCIA

Fig. 11

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Durante la última década ha existido un marcado énfasis en el control prenatal y en los cuidados anteparto e intraparto, sin embargo aún existen ciertas patologías en las urgencias obstétricas que necesitan de un diagnóstico y manejo rápido para disminuir la morbimortalidad de las pacientes y el acretismo placentario es precisamente una de ellas. Revisando el estudio realizado y comparándolo con lo reportado en la literatura tenemos lo siguiente :

La edad promedio de las pacientes correspondía a 31 años, reportándose como el pico de incidencia la cuarta década de la vida, entre los 31 a 35 años de edad (16, 18).

Solamente el 14.3% eran primigestas, contra el 51.5% que tenían 3 o más embarazos. Señala entonces a la multiparidad — como un factor predisponente importante, como lo han señalado — ya algunos autores (7, 24).

Se encontro que 23 de las 35 pacientes estudiadas presentaban cesarea previa, relacionando esto con diversos reportes que se -

ñalan a las cirugías uterinas previas como factor predisponente asociado a acretismo placentario (4, 9, 21).

La edad gestacional al interrumpir el embarazo, fue en el mayor porcentaje de los casos embarazos a término 21 pacientes (60 %) Aunque el acretismo no fue la razón para interrumpir el embarazo en ninguno de los casos. Aquí encontramos 2 pacientes con acretismo placentario y pérdida del embarazo antes de las 20 semanas, y se han descrito muy pocos casos de este tipo de acretismo (1, 12).

En cuanto al antecedente de placenta previa, este es otro de los factores predisponentes de mayor importancia que se han descrito para desarrollar acretismo placentario y en esta revisión se encontró esta asociación solo en el 22,9 % de los casos, porcentaje menor que en los reportes de Read y Kistner de placenta previa y acretismo que va de 34 - 64 % (4)

En el hospital el tratamiento empleado en todas las pacientes fue la histerectomía obstétrica, ya que se ha señalado que ofrece los menores índices de mortalidad materna

De acuerdo a todo lo anterior, el acretismo placentario es una

entidad rara pero potencialmente grave , que en la mayoría de los casos requiere de una intervención rápida y decisiva por parte del medico cirujano para resolver el problema.

En el 100 % de los casos el tratamiento es quirurgico y la complicacion más frecuente es la hemorragia, por lo que se pone en peligro la vida de la paciente. La toma de decision quirurgica no debe de retrasarse ya que esto incrementa la morbilidad materna.

La habilidad del cirujano y el conocimiento de la tecnica quirurgica apropiada, así como la decision oportuna repercutira directamente en la disminucion de la morbimortalidad materna.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archer E, Furlong L : Acute abdomen cauded by placen percreta in the second trimester. Am J Obstet Gynecol 1987 July; 157- (1): 146-7.
- 2.- Arulkumaran S, Ingermason I, Ratman S : Medical treatment of placenta accreta with methotrexate. Acta Obstet Gynecol Scand 1986; 65: 286-6.
- 3.- Breen J, Neubecker R, Gregory C : Placenta accreta, increta and percreta. A survey of 40 cases. Obstet Gynecol 1977 Jan; 49 (1) : 43-47.
- 4.- Clark S, Koonings P, Phelan J : Placenta previa / accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol 1986 July ; 66 (1) : 89-92.
- 5.- Clark S, Yeh S, Phelan J, Bruce S : Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984 Sep; 64 (3) : 376 - 80.

- 6.- Cox S, Carpenter R, Cotton D : Placenta percreta : Ultrasound diagnosis and conservative surgical management. *Obstet-Gynecol* 1988 Mar ; 71 (3 Pt 2) : 508-11.
- 7.- Chavez J, Quesnel C, Orozco C, Lopez G, Peredo J, Valenzuela S : Consideraciones sobre la etiologia en la adherencia anormal de la placenta. *Gynecol Obstet Mex* 1977 Sep, 42 (251) : 159 - 69
- 8.- Chavez J, Quesnel C, Orozco C, Lopez G, Flores A, Valenzuela S : Riesgo fetal en la adherencia anormal de la placenta. *Gynecol Obstet Mex* 1977 Feb ; 41 (244) : 137 - 45
- 9.- Chazotte C, Cohen W. Catastrophic complications of previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1990 Sep ; 163 (3) : 738 - 742
- 10.- Donal M, Gibb F, Peter W. Conservative management of placenta accreta. *British Journal of Obstet Gynecol* 1994 Jan, 101 (1) : 79 - 80.
- 11.- Greenberg J, Sorem K, Riley L. Placenta membranacea with placenta increta : A case report and literature review. *Obstet Gynecol* 1991 Sep, 78 (3 Pt 2) : 512 - 14.

- 12.- Harden M, Walters M, Valente P : Postabortal hemorrhage due to placenta increta : A case report. *Obstet Gynecol* 1990 - Mar ; 75 (3 Pt 2) 523 - 26
- 13.- Hutton L, Yang S, Bernstein J : Placenta accreta. A 26 year clinico Pathologic review (1956 - 1981). *N. Y. State J. Med ;* 1983 May ; 83 (6) 857 - 66.
- 14.- Innes G, Rosen P : An unusual cause of abdominal pain and shock in pregnancy : A case report and review of the literature. *J Emerg Med* 1985 ; 2 (5) : 361- 6.
- 15.- Khong TY, Robertson WA: Placenta creta and placenta previa creta. *Placenta* : 1978 Jul - Aug ; 8 (4) . 399 - 409
- 16.- Morison JE : Placenta accreta. A clinicopathologic review of 67 cases. *Obstet Gynecol Annu* ; 1978 ; 7 : 107 - 23.
- 17.- Price F, Resnik E, Heller K, Christopherson W : Placenta previa percreta involving the urinary bladder : A report of two cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1991 Sep, 78 - (3 Pt 2) . 508 - 11.
- 18.- Read J, Cotton D, Miller F Placenta accreta: Changing clinical aspects and outcome. 1980 July ; 56 (1) ; 3134.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39.

- 19.- Rosemond R, Kepple D : Transvaginal color doppler sonography in the prenatal diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol Sep*; 80 (3) : 508 - 10.
- 20 - Ruparelia BA, Chapman MG : Occult infiltrating placenta previa percreta : An unusual case Highlighting the management problems in a young patient. *Int J Gynecol Obstet* 1988; 27: 285 - 87.
- 21 - Sisir K. Chattopadhyay, Hessa Kharif Manam, M Sherbeeni : Placenta previa and accreta after previous caesarean section. *Eu J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994 Sep 49 (9) . 607 - 608.
- 22.- Thorp J, Councoll B, Sandrige D, Wiest H : Antepartum diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance-imaging. *Obstet Gynecol* 1992 Sep, 80 (3) : 506 - 8.
- 23.- Waagemackers CT, Gerretsen G, Billig N : Acute abdomen due to placenta percreta. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987 (25) : 335 -339
- 24.- Weckstein L, Masserman J, Garite T : Placenta accreta : A problem of increasing clinical significance. *Obstet Gynecol* 1986 Mar, 69 (3 Pt 2) : 480 - 2

- 25.- Yang MJ, Shu SK, Yang NL, Hong JS : Managements of placenta accreta. Chung - Hua - I - Hsueh - Tsa - Chin ; 1991— Aug; 48 (2) : 89 - 96.
- 26.- Yeshaya Aboulafia, Ofer Lavie, Ori Shen: Conservative surgical management of acute abdomen caused by placenta percreta in the second trimester. Am J Obstet Gynecol 1994 May; 170 (5) : 1388 - 1389.
- 27.- Younes N Bakri, Ayman Rifai: Placenta previa percreta : - Magnetic resonance imaging findings and methotrexate - therapy after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol ; 1993 July; 169 (1) : 213 - 214.
- 28.- Yun Cho J, Kim S, Yul Cha K, Kay C, Kim M, Sub Cha K: Interrupted circular suture : Bleeding control during cesarean delivery in placenta previa accreta. Obstet Gynecol 1991 Nov; 78 (5 Pt 1) : 876 - 79.
- 29.- Zahn Christopher N, Yeomans Edward : Hemorrhagia postparto: Placenta accreta. Clin Obstet Gynecol. 1990 (3) : 413 - 416.