

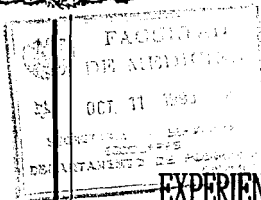
22  
20j

11217



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



### ACRETISMO PLACENTARIO: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL DE CINCO AÑOS.

*[Signature]*  
**DR. SAMUEL KARCHMER K.**  
DIRECTOR GENERAL  
PROFESOR TITULAR

*[Signature]*  
**DR. JESUS PEREZ SEGURA**  
SUBDIRECCION DE ENSEANZA Y  
EDUCACION PROFESIONAL

# T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA  
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :

**DRA. MONIQUE NICOLE CANAVAGGIO NAVARRO**

Tutor: Dr. Manuel Mota González



INPer

MEXICO, D. F.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1993



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 está 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.

## INDICE

	Página
INTRODUCCION . . . . .	1
OBJETIVOS . . . . .	3
MARCO TEORICO . . . . .	4
MATERIAL Y METODOS . . . . .	15
RESULTADOS . . . . .	18
GRAFICAS . . . . .	25
DISCUSION . . . . .	38
CONCLUSIONES . . . . .	44
BIBLIOGRAFIA . . . . .	46

## INTRODUCCION

Muchos cambios significativos se han dado en la Obstetricia en las últimas décadas, con un marcado incremento en los cuidados prenatal e intraparto, incrementándose así también el número de cesáreas y los cuidados neonatales; condicionando éstos cambios esperados en la presentación, diagnóstico, desarrollo, manejo y quizás también en la incidencia del acretismo placentario durante este tiempo.

El acretismo placentario es una rara complicación del embarazo y representa una urgencia obstétrica que usualmente se manifiesta en el momento del parto, en su tercer período, existiendo dificultad para la extracción placentaria y además en la mayoría de las veces un sangrado profuso, que aumenta considerablemente la morbimortalidad materna.

El acretismo placentario se conoce como la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina, que dependiendo del grado de invasión de ésta al miometrio, puede ser acreta, increta o percreta, siendo ésta última la de peor pronóstico.

Se ha hablado mucho y concluido poco acerca de los probables factores etiológicos del acretismo placentario, mencionando como factores de mayor importancia para esta patología, la multiparidad, las cirugías uterinas previas y la asociación con la

placenta previa.

En cuanto a su incidencia, se menciona un amplio margen que comprende desde un caso de acretismo por cada 540 nacimientos, hasta uno por 70,000 nacimientos, dependiendo de la población en estudio.

Su diagnóstico es clínico, y se realiza en la mayoría de las veces durante la resolución del embarazo, siendo el tratamiento por excelencia la histerectomía.

En esta tesis, trataremos de relacionar los factores etiológicos, la incidencia, su relación con la placenta previa, sus complicaciones más importantes y la experiencia general de acretismo en el Instituto Nacional de Perinatología.

---

**OBJETIVOS**

Siendo el acretismo placentario un problema de importancia clínica en aumento y que puede tener complicaciones catastróficas, decidimos realizar este estudio, teniendo los siguientes objetivos:

- 1.- Conocer la incidencia en el Instituto Nacional de Perinatología del acretismo placentario, cuál es la frecuencia de sus tres tipos y su localización.
- 2.- Conocer cuáles son los factores etiológicos predisponentes de mayor importancia en la población de alto riesgo del Instituto, para desarrollar acretismo placentario.
- 3.- Conocer la mortalidad materna y fetal para esta patología.
- 4.- Investigar la relación existente entre placenta previa y acretismo placentario.
- 5.- Proponer métodos de control y diagnóstico para disminuir las complicaciones de esta patología.

**DEFINICION:**

Se define el acretismo placentario como 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 coriales al miometrio.

El acretismo placentario es el término general para todos los casos de adherencia anormal de la placenta, cuyo diagnóstico definitivo se establece por histología. Según su adherencia a la pared uterina se divide en placenta acreta, increta y percreta (1).

**CLASIFICACION:**

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

**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, ésta es la condición más avanzada y de peor pronóstico (2).

También es importante su clasificación de acuerdo a la extensión placentaria involucrada, hecha por Reig y Berg en 1945, descrita así:

**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 áreas pequeñas de un cotiledón.

Se reporta en la literatura, mayor frecuencia de placenta acreta y del tipo total (3, 4)

**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 Unión Americana. Se menciona también 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 reportó 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 ésta variación pudiera explicarse por un mayor número de cesáreas en la actualidad.

Se menciona que esta patología es más frecuente en la cuarta década de la vida, con mayor frecuencia entre los 31 a los 35 años. Se han reportado en los diferentes estudios, que ésta patología es más frecuente en pacientes multíparas y que tienen antecedentes de cirugías uterinas y se presenta en la gran mayoría de las veces en pacientes de raza caucásica (5, 6, 7, 8).

También se ha hablado mucho de la importante relación que existe de esta patología con la placenta previa, reportándose por Read, una relación de placenta previa y acretismo de 20-70%. Clark y colaboradores, mostraron que el riesgo de placenta acreta fue de 24% cuando se tenía el antecedente de una cesárea previa, pero aumentó hasta el 67% cuando se tenía el antecedente de 4 cesáreas previas, y sólo de 5% cuando se tenía el útero

intacto (9, 10, 11). Yang y colaboradores han mencionado una incidencia de un caso por 1,652 nacimientos y una relación con placenta previa de 58% y menciona que todos sus casos tuvieron antecedente de cirugía uterina previa.

#### **ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES:**

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

En la placentación humana, hay una infiltración difusa de la placenta por el trofoblasto migratorio, la decidua es formada por la conversión del estroma endometrial en células ricas en glucógeno, siendo más invasivo el trofoblasto, cuanto mayor es el grado de deciduización del estroma. En el acretismo placentario en el cual hay un defecto o ausente deciduización del estroma endometrial, la barrera no está presente, no pudiendo restringir el trofoblasto invasivo. Consecuentemente, en cualquier endometrio deficiente o con cicatrices previas, hay incapacidad para una adecuada deciduización en el momento de la implantación o la implantación ocurre en un endometrio normal, pero durante el desarrollo, el trofoblasto se expande tomando el endometrio anormal (3, 12).

Millar 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 músculo uterino, que representa la fusión de las capas de Nitabucks y Rohrs, y
- . Hialinización y vascularización marcadas del músculo uterino en el sitio de la inserción de la placenta (1, 13).

En teoría, 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 submucosa, cicatrices uterinas post cesáreas o histerotomía, síndrome de Asherman, extracción manual de placenta, multiparidad o adenomiosis. La deficiencia de la decidua es probablemente el factor etiológico para placenta acreta como para placenta previa, que se relacionan más frecuentemente (1, 9, 10, 14).

Fox en 1972, menciona estos factores predisponentes, dándoles un porcentaje de asociación con placenta acreta de la siguiente

te forma: Cesáreas previas (25%), legrados 30%, extracción manual de placenta (10%), o asociación con placenta previa en 34% de los casos (11, 15).

También se ha mencionado otros factores asociados, de menor importancia, pero sí descritos algunas veces en la literatura como son la sepsis puerperal y la tuberculosis genital, además de las malformaciones del aparato genital femenino, éstas, descritas por algunos autores mexicanos (13, 16).

Se mencionan también en muy raros casos, en que no se encuentran los factores antes citados asociación con la exposición in útero al dietilestilbestrol. Aunque también hay reportes que señalan que no existe ningún tipo de asociación para esta patología, ya que se presenta un número importante de casos en pacientes primigestas (15, 17).

**DIAGNOSTICO.**

El acretismo placentario es una patología 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 parto o en el tercer período del parto, cuando hay dificultad a la extracción placentaria, y el médico tiene que realizar una extracción manual de la placenta, no encontrando el plano de despegamiento de ésta. 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 éstos.

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 (5).

Otros datos que se reportan son pacientes embarazadas que presentan abdomen agudo, secundario a ruptura uterina y hemoperitoneo, principalmente en casos de placenta percreta (2, 18). Pudiendo llegar esta invasión placentaria hasta los vasos ilíacos y paredes pélvicas (17).

Con el incremento de métodos de diagnóstico como los sofis-

ticados ultrasonidos, ultimamente se ha mencionado el diagnóstico precoz de placenta acreta por medio de ultrasonido, observándose una ausencia de la interfase decidual entre la placenta y el miometrio (5) y la presencia poco común de grandes vasos, tortuosos y dilatados, extendiéndose de la placenta hacia el miometrio (6, 19). Ultimamente se ha comentado sobre el uso que podría tener la Resonancia Magnética para el diagnóstico precoz de acretismo placentario por la capacidad para definir los tejidos (20). Además se ha mencionado que en aquellas pacientes que presentan hematuria durante el embarazo, que tengan factores predisponentes para acretismo placentario, se podría realizar una cistoscopia para diagnosticar una placenta percreta que se encuentra invadiendo vejiga (5).

El diagnóstico definitivo sólo puede ser hecho mediante histopatología, obteniendo la pieza quirúrgica y corroborando la invasión de las vellosidades coriales al miometrio.

**MANEJO Y EVOLUCION CLINICA.**

Una vez hecho el diagnóstico, el manejo debe ser rápido y eficaz, siendo el tratamiento de elección la histerectomía, obteniéndose con ésto, los mejores resultados y la menor morbi-mortalidad 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 descrito el manejo conservador en un grupo muy selectivo de pacientes que desean conservar su fertilidad, basados principalmente en el control de las pérdidas sanguíneas y que el útero responda a los oxitócicos.

También se ha descrito el empacamiento uterino, ligadura de las arterias uterinas o hipogástricas y la utilización de prostaglandinas intraútero, que la mayoría de las veces lo que hacen es prolongar un tiempo quirúrgico que finalmente termina en histerectomía (5, 21).

Entre los manejos quirúrgicos conservadores, se ha descrito la resección local y reparación del útero, disección gruesa seguido de legrado de la cavidad uterina o dejar a la placenta in situ (2, 5, 6).

En los casos en 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 (5).

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 (22).

Yun Cho y colaboradores mencionan un manejo conservador para el acretismo placentario, explicado como una sutura circular ininterrumpida a través del segmento uterino en ocho pacientes con buen resultado y poca morbilidad materna (23).

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 hipogástricas, sin muerte materna por el manejo conservador y muy baja morbilidad (7).

El rápido 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 sólo son defectos focales y cuando la pérdida sanguínea no es excesiva (5, 6).

Podemos mencionar que en la literatura revisada, el tratamiento de elección continúa 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 más frecuentemente encontradas: formación de fistulas, ligadura de ureteros, estasis urinaria, infección, formación de cálculos, compromiso renal, formación de abscesos pélvicos y renales, coagulopatías y por supuesto shock hipovolémico, por las grandes pérdidas sanguíneas que se presentan (5, 7, 24).

Antes del uso de los antibióticos 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 encontró una mortalidad de 10.1% y de 1955 a 1969, un 9.4% y los reportes durante las dos últimas décadas, han sido con un rango que va desde un 2.5% a un 9.5% (4, 7, 8).

En cuanto a la mortalidad fetal, ésta en la mayoría de las veces, es debida a la prematuridad de los productos y no a la patología de base, ya que muchas veces se tiene que interrumpir

pir el embarazo por otras causas y se encuentra el acretismo como hallazgo; se han reportado series que van desde 0 hasta 24% (7, 9, 16).

Viendo entonces los pocos estudios que se han realizado sobre esta patología, el incremento que ha tenido en los últimos años y su relación con multiparidad, cirugías uterinas previas y la placenta previa, se decidió realizar este estudio para conocer la experiencia institucional de esta patología y buscar mejorar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

**MATERIAL Y METODOS**

---

Se realizó un estudio retrospectivo sobre los casos de acretismo placentario en el Instituto Nacional de Perinatología, durante el período comprendido de julio de 1987 a junio de 1992, todos corroborados mediante estudio histopatológico del útero.

Se realizó un estudio descriptivo mediante análisis porcentual.

**POBLACION DE PACIENTES:**

Se estudiaron todos los casos de acretismo placentario por reporte histológico recopilando un total de 59 pacientes.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Se tomaron a todas las pacientes que durante este lapso se encontraron en las libretas de registro del servicio de anatomía Patológica el diagnóstico de acretismo placentario.

Se requirió que se encontraran todos los expedientes con su respectivo reporte de patología.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- . No contar con el expediente clínico.
- . No contar con el reporte de patología, por lo que se excluyeron un total de cuatro casos.

**DEFINICION DE UNIDADES DE OBSERVACION:**

Al seleccionar un expediente, se registraron los siguientes parámetros:

- . Nombre y Registro de cada paciente.
- . Historia obstétrica.
- . Cirugías uterinas previas.
- . Semanas de gestación al interrumpir el embarazo.
- . Causa de la histerectomía.
- . Tipo de acretismo.
- . Lugar del acretismo.
- . Grado de acretismo.
- . Antecedente de placenta previa.
- . Pérdidas sanguíneas.

- . **Transfusiones.**
- . **Mortalidad materna.**
- . **Mortalidad perinatal.**
- . **Complicaciones.**

**RESULTADOS**

---

Durante un período de cinco años, se realizaron 59 histerec-  
tomías por acretismo placentario, sobre una población de 31,047  
nacimientos en el Instituto Nacional de Perinatología, lo que  
nos da una incidencia de 1,9 por 1,000 nacimientos o de un caso  
de acretismo por cada 526 nacimientos, desglosado según los años  
estudiados, encontramos que en el segundo semestre de 1987, se  
reportaron dos casos de acretismo en 3,077 nacimientos, lo que  
nos da una incidencia de 0,65 por 1,000 nacimientos .

En el año de 1988, se reportaron siete casos de acretismo  
para 6,045 nacimientos para una incidencia de 1.16 por 1,000  
nacimientos.

Durante 1989 se reportaron 16 casos de acretismo para 6,187  
nacimientos, lo que nos da una incidencia de 2.59 por 1,000 naci-  
mientos. Para el año de 1990, se reportaron 19 casos de acretismo  
para una población de 6,668 nacimientos, lo que corresponde a  
una incidencia de 2.84 por 1,000 nacimientos, en 1991 se encontra-  
ron 10 casos de acretismo para 6,124 nacimientos, mostrando una  
incidencia de 1.63 por 1,000 nacimientos y para el primer semestre  
de 1992, se han encontrado cinco casos de acretismo para 2,946  
nacimientos, teniendo una incidencia de 1.7 por 1,000 nacimientos.  
(Gráfica 1).

De acuerdo al tipo de acretismo placentario, 16 pacientes (27.1%) correspondió a placenta acreta, 27 pacientes (45.8%) a placenta increta y 16 pacientes (27.1%) a placenta percreta. (Gráfica 2).

Revisando los expedientes de acuerdo al lugar del acretismo, 17 pacientes (28.8%) correspondió al cuerpo y 42 (71.2%) correspondió al segmento. (Gráfica 3).

Y en cuanto al grado del acretismo, se encontró que 28 pacientes (47.5%) correspondieron a acretismo focal, 17 pacientes (28.8%) a acretismo parcial y 14 pacientes (23.7%) a acretismo total. (Gráfica 4).

#### **EDAD MATERNA:**

La edad materna osciló entre 23 y 41 años, al agruparlos por edad, encontramos que predominó el grupo comprendido entre los 35-39 años, que correspondió al 33.8%, enseguida el grupo comprendido entre los 30-34 años (32.2%), el de 25-29 años (25.4%) seguidos por el grupo de 20-24 años (6.7%) y el grupo de mayores de 40 años (1.69%). (Gráfica 5).

#### **ANTECEDENTES OBSTETRICOS:**

De los 59 casos estudiados, dos pacientes eran primigestas

(3.38%). 24 pacientes tenían una o dos gestaciones previas (40.67%) y 33 pacientes (55.9%) tenían más de tres gestaciones previas.

Resaltando que el 3.38% de las pacientes eran primigestas y que estas dos pacientes cursaron con embarazo istmico, los cuales se interrumpieron a las 12 y 21 semanas, teniendo el hallazgo de acretismo placentario, contra un 96.6% de las pacientes que eran multigestas (Gráfica 6).

Desglosando estas gestaciones, obtuvimos que 14 pacientes no tenían antecedente de cesárea (23.72%) y 45 pacientes (76.3%) tenían el antecedente de una o más cesáreas previas, siendo desde una hasta cuatro cesáreas.

En cuanto a los legrados, 30 pacientes (50.84%) no tenían antecedentes de legrados y 29 pacientes (49.16%) tenían antecedente de uno o hasta cinco legrados previos.

Tres pacientes tenían antecedente de Miomectomía (5.1%) y una paciente (1.7%) de Metroplastía.

#### **CIRUGIAS UTERINAS PREVIAS:**

Dentro de este apartado, se incluyeron a las pacientes con antecedente de cesárea más legrados, que se han reportado como



probables factores etiológicos más importantes; se encontró que sólo 7 pacientes (11.86%) no tenían antecedente de ninguna cirugía sobre el útero, 10 pacientes (16.95%) tenían el antecedente de una cirugía, 19 pacientes (32.2%) de dos cirugías uterinas previas, 11 pacientes (18.64%) de tres cirugías, 6 pacientes (10.17%) de 4 cirugías, cuatro pacientes (6.78%) de cinco cirugías sobre el útero y 2 pacientes (3.39%) de seis cirugías uterinas previas, lo que nos concluye que el 88.14% de las pacientes si tenían este antecedente. (Gráfica 7).

#### EDAD GESTACIONAL AL INTERRUMPIR EL EMBARAZO:

La edad gestacional promedio al interrumpir el embarazo, fue de 35.3 semanas, siendo menor de 20 semanas en un caso, entre 21 y 28 semanas, seis pacientes, o sea el 10.2% y de 29 a 36 semanas 16 pacientes o el 27.1% y de 37 ó más semanas, 36 pacientes o el 61.0%. (Gráfica 8).

#### CAUSA DE LA HISTERECTOMIA:

La razón más frecuente por la que tuvo que realizarse la histerectomía fue la retención de restos placentarios, que se presentó en 46 casos (77.9%), seguido por el sangrado post parto en 8 casos (13.58%) y se presentaron 4 casos de abdomen agudo (6.8%) y un caso de absceso pélvico, encontrándose como hallazgo el acretismo. (Gráfica 9).

**ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA:**

Relacionando la placenta previa con el acretismo placentario, se encontró que en la serie revisada, 35 pacientes (59.3%) tenían el diagnóstico de placenta previa y 24 pacientes (40.7%) no lo tenían. (Gráfica 10).

**PERDIDAS SANGUINEAS:**

En 12 pacientes, la pérdida sanguínea estimada durante el acto quirúrgico fue menor de 1,000 ml (20.33%), en 35 pacientes (59.33%) presentaron pérdidas sanguíneas entre 1,000 y 3,000 ml y 12 pacientes (20.33%) presentaron pérdidas sanguíneas cuantificadas en más de 3,000 ml. Teniendo una pérdida promedio de  $2,065.42 \pm 1,317.67$  ml. (Gráfica 11).

**TRANSFUSIONES:**

Durante la revisión de expedientes, se encontró que dos pacientes no necesitaron ser transfundidas, 43 pacientes (72.89%) necesitaron entre 1-4 paquetes globulares, 9 pacientes necesitaron entre 5-8 paquetes globulares y 5 pacientes necesitaron 9 ó más paquetes globulares. (Gráfica 12).

**COMPLICACIONES:**

Son varias las complicaciones que se encontraron en ésta patología, con una frecuencia desglosada de la siguiente manera:

Se encontró el shock hipovolémico como la complicación más frecuente en 12 pacientes, en segundo término, la lesión vesical en 7 pacientes y en tercer lugar, en 3 pacientes, a la ligadura de ureteros y al absceso pélvico, seguidos por las fistulas, que se presentaron en 2 pacientes, siendo una vesicovaginal y la otra ureterovaginal. También se presentaron como complicación en una sola paciente, shock séptico, el Síndrome de Insuficiencia Respiratoria del adulto, la Coagulación Intra-vascular Diseminada y la Insuficiencia Renal (Gráfica 13).

**MORTALIDAD MATERNA:**

En nuestra serie se encontró una muerte materna, siendo una paciente de 35 años, primigesta, con un embarazo de 21 - semanas en el momento de la interrupción, la cual fue una distorción por pélvico, con el antecedente de Ruptura Prematura de Membranas, presentando sangrado profuso, por lo que se pasó a histerectomía, encontrándose en la pieza quirúrgica un embarazo istmico con acretismo focal, la paciente presentó varias complicaciones como shock hipovolémico e insuficiencia renal. Cabe mencionar que la paciente tenía el antecedente de esterilidad primaria de nueve años de evolución por factor cervical secun-

dario a múltiples cauterizaciones. Esto nos ofrece una mortalidad materna en nuestro estudio de 1.7%.

#### **MORTALIDAD PERINATAL:**

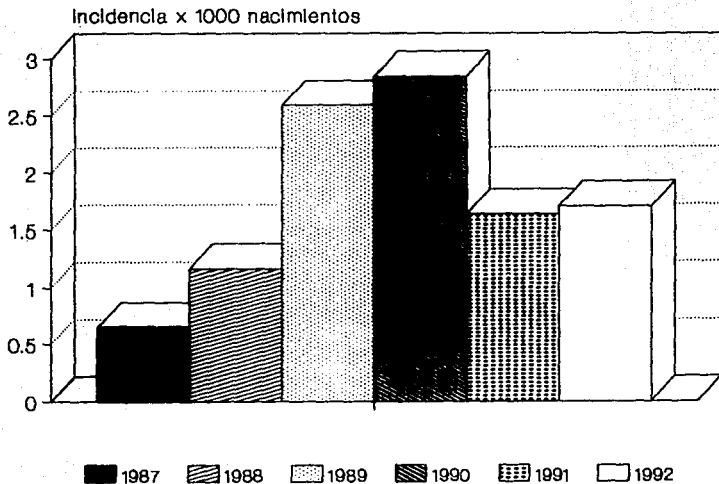
En este estudio, se encontró una mortalidad perinatal de 11.86% ó 7 productos de las pacientes con acretismo, murieron de la siguiente manera:

2 de los productos llegaron a la unidad de tococirugía, siendo óbitos.

2 de ellos fueron óbitos durante el trabajo de parto, siendo los embarazos de 21 y 24 semanas, tres de los productos tuvieron muerte neonatal temprana, siendo éstos de 26, 27 y 35 semanas.

# INCIDENCIA POR AÑO

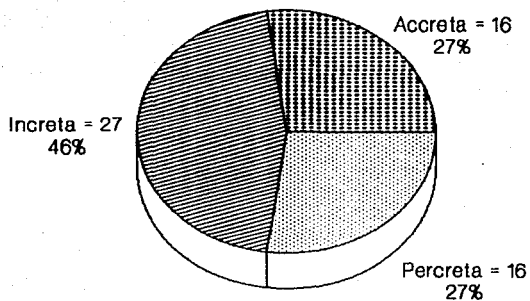
N = 59



GRAFICA 1

## TIPO DE ACRETISMO

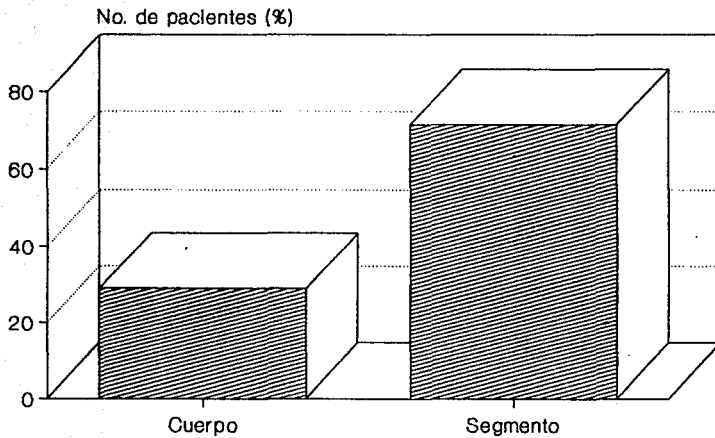
N = 59



GRAFICA 2

# LUGAR DEL ACRETISMO

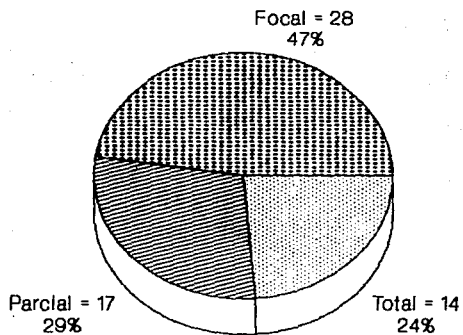
N = 59



GRAFICA 3

# GRADO DE ACRETISMO

N = 59

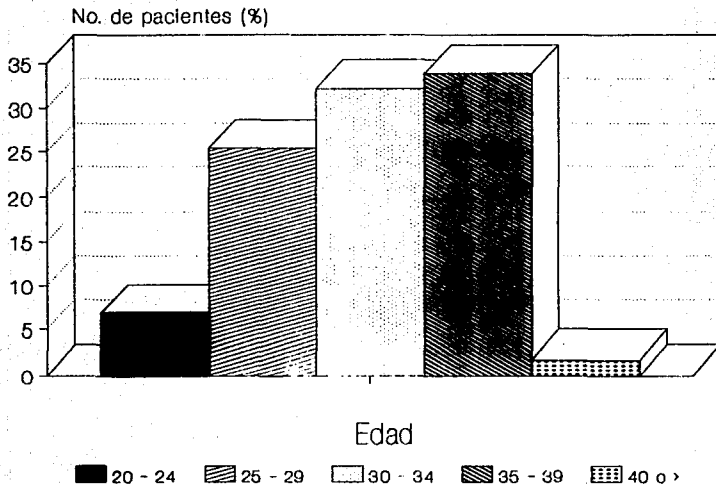


GRAFICA 4



# EDAD MATERNA

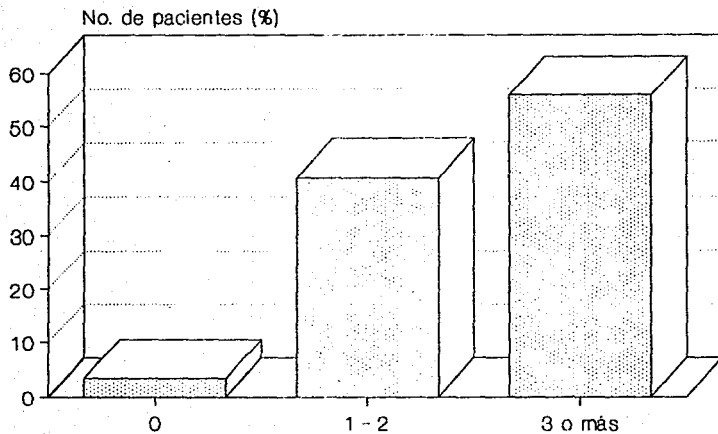
N = 59



GRAFICA 5

# GESTACIONES PREVIAS

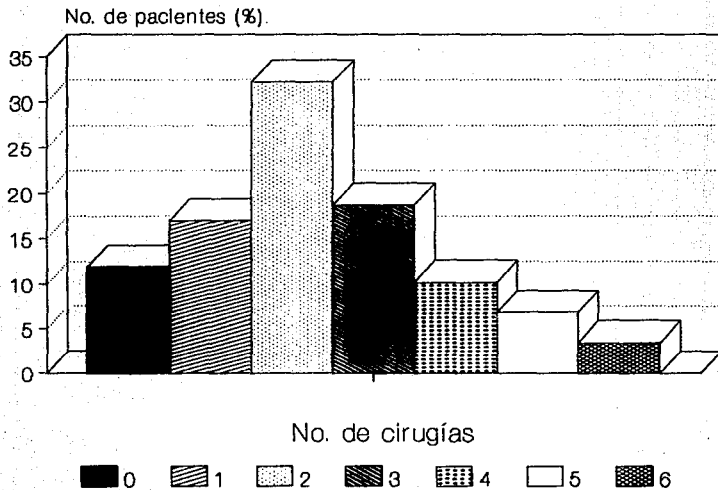
N = 59



GRAFICA 6

# CIRUGIAS UTERINAS PREVIAS

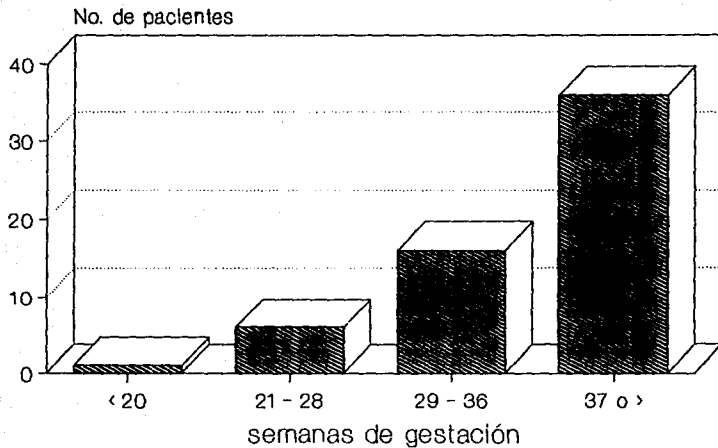
N = 59



GRAFICA 7

## EDAD GESTACIONAL A LA INTERRUPCION

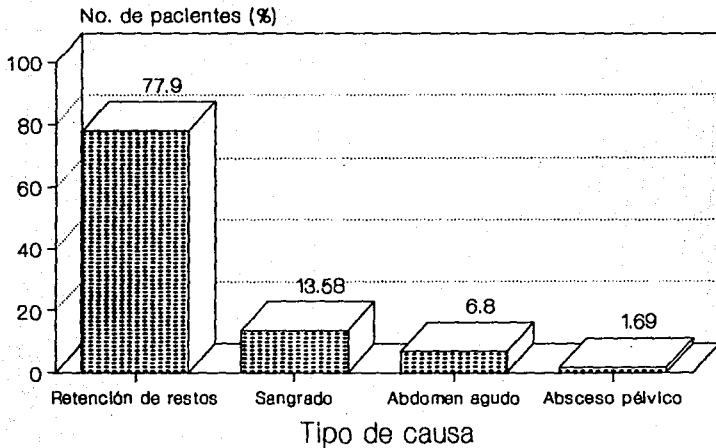
N = 59



GRAFICA 8

# CAUSA DE LA HISTERECTOMIA

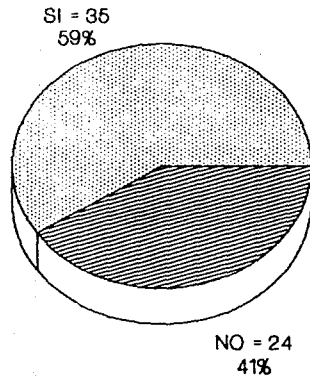
N = 59



GRAFICA 9

# ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA

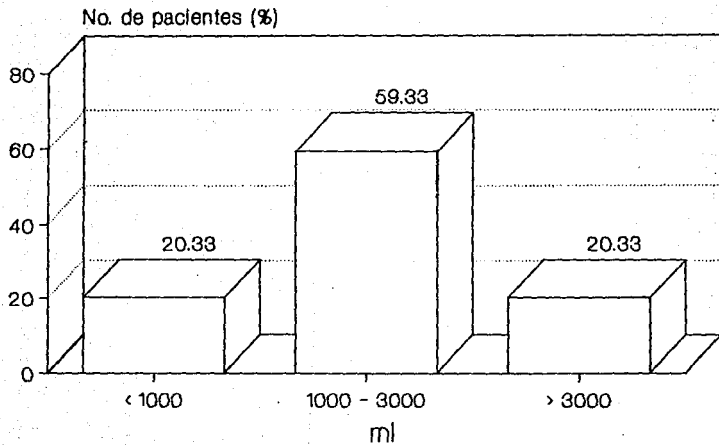
N = 59



GRAFICA 10

# PERDIDAS SANGUINEAS

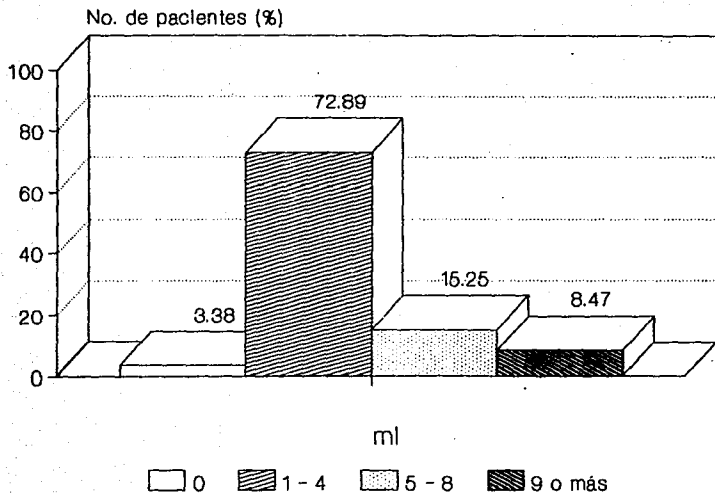
N = 59



GRAFICA 11

# TRANSFUSIONES

N = 59

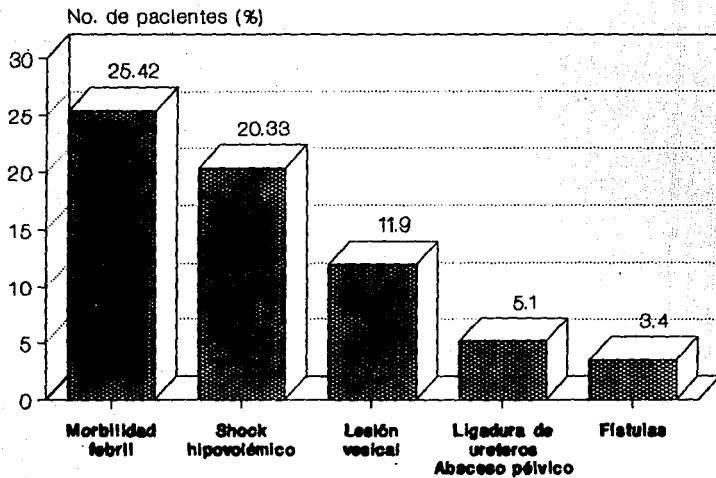


GRAFICA 12



# COMPLICACIONES

N = 59



GRAFICA 13

---

**DISCUSION**

Muchos cambios significativos han tenido lugar en la Obstetricia actual durante las últimas décadas, con un marcado énfasis en el control prenatal, los cuidados anteparto e intraparto, con el consiguiente aumento en el número de cesáreas y en el número de pacientes con placenta previa, por lo que es fácil sospechar los cambios que han tenido lugar en la presentación, manejo, evolución y también en la incidencia del acretismo placentario durante este tiempo.

La incidencia tiene una gran variedad de acuerdo a los autores estudiados, mostrando rangos que van desde un caso de acretismo por cada 540 nacimientos, reportada por Sumawong et al, en 1966, hasta la más baja reportada por Eastman en 1957 de uno por cada 70,000 nacimientos (3), siendo la encontrada en el Instituto Nacional de Perinatología de un caso de acretismo por cada 526 nacimientos, la más alta incidencia de acretismo reportada en la literatura mundial, hasta el momento, pudiendo corresponder a que el Instituto es un centro de concentración de pacientes de alto riesgo, por lo que el número de cesáreas se ve incrementado, mostrando también que la incidencia de acretismo ha ido en aumento en los últimos años, siendo en 1987 de 0.65 por 1,000 nacimientos y en 1992 de 1.7 por 1,000 nacimientos. Lo que concuerda con los cambios a través de los años que se ha mencionado en la literatura (7).

Se ha reportado a la placenta acreta como la forma más común de acretismo placentario y a la percreta como la más rara y la que más complicaciones ofrece, en este estudio se encontró a la placenta increta como la más común y en segundo término a la acreta y a la percreta con igual número de casos. Contrario a lo que se reporta, encontramos que la placenta percreta es la que tiene los más altos porcentajes de morbilidad (4, 8). En la literatura se reportan 21 casos de placenta percreta invadiendo vejiga y aquí se encontró dos placentas percretas con invasión a vejiga (5, 20).

La edad promedio de las pacientes correspondió a 32 años, reportándose como el pico de incidencia de 31-35 años (8).

Solamente el 3.38% de las pacientes eran primigestas, contra el 96.6% que tenían más de un embarazo, lo que nos muestra que el mayor porcentaje de casos se presenta en pacientes que ya han tenido algún antecedente obstétrico, señalando entonces a la multiparidad como un factor predisponente muy importante como lo han señalado un gran número de autores (9, 13).

Además que se encontró que sólo el 11.86% de las pacientes no tenían el antecedente de cirugías uterinas previas, contra un 88.14% que sí lo tenían, señalándose éste como uno de los principales factores predisponentes para desarrollar acretismo placentario, principalmente al número de cesáreas previas que

en este estudio, las pacientes con el antecedente de por lo menos una cesárea previa, correspondió al 76.3% relacionándolo con el reporte presentado por Fox en 1972, donde señala a las cirugías uterinas como factor predisponente asociado a acretismo placentario en el 55% de los casos. Llama la atención que también se menciona la gran relación existente con los legrados previos y en ésta serie hubo mayor número de acretismo en pacientes que no tenían legrados previos, en las que sí lo presentaban (10, 11, 12, 24).

En cuanto al antecedente de placenta previa, éste es otro de los factores predisponentes de mayor importancia que se han descrito para desarrollar acretismo placentario, encontrándose en esta revisión ésta asociación en el 59.3% de los casos, muy de acuerdo con los reportes de Read y Kistner de placenta previa y acretismo que va de 34-64% (11).

La edad gestacional al interrumpir el embarazo, fue en el mayor porcentaje de casos, en el tercer trimestre, en el 88.2% de las pacientes donde más frecuentemente se presenta esta patología, aunque el acretismo no fue la razón para interrumpir el embarazo en ninguno de los casos. Aquí encontramos siete pacientes que presentaron acretismo placentario en el primer y segundo trimestre del embarazo, siendo ésto visto muy raramente y se han descrito muy pocos casos de este tipo de acretismo (12, 15).

Se menciona que la causa más frecuente de acretismo, por lo que se realiza histerectomía, es el sangrado postparto, en nuestra casuística, se encontró que la causa más frecuente fue la retención de restos placentarios en el 77.9% de los casos. También se menciona que una de las complicaciones del acretismo placentario es el abdomen agudo, ya sea por ruptura uterina o por invasión a órganos vecinos y aquí sólo encontramos 4 casos de abdomen agudo por acretismo placentario, pudiendose deber ésto al buen control prenatal que se tiene de las pacientes y a la orientación que ellas reciben (2, 14, 17).

Las pérdidas sanguíneas y el número de transfusiones no fueron muy importantes en comparación con otras revisiones, ya que en promedio la pérdida sanguínea fue de 2,065 ml, pudiendo corresponder ésto a la rapidez con que se instituye el manejo en el Instituto.

El diagnóstico de acretismo placentario se realiza casi siempre cuando el obstetra no logra obtener la placenta después del nacimiento del producto o por una hemorragia post parto, llevando ésto a una gran morbilidad materna. Se han descrito en los últimos años algunos métodos diagnósticos como el ultrasonido abdominal y vaginal, y la Resonancia Magnética, llevándonos ésto a pensar en cuántas pacientes con factores importantes de riesgo, valdría la pena realizarles alguno de éstos métodos y poder tener un diagnóstico de sospecha oportuno y prepararnos

para éste evento con todas las precauciones debidas (6, 19, 20).

En el Instituto el tratamiento empleado en todas las pacientes que se sospeche acretismo es la histerectomía, ya que se ha señalado que ofrece los menores índices de mortalidad materna, pero muchos autores han señalado el manejo conservador en ciertas pacientes con acretismo placentario como a aquellas pacientes con lesiones focales, cuando la pérdida sanguínea no sea excesiva y cuando la preservación de la fertilidad sea deseada. Se han descrito varios tratamientos conservadores como son; el tratamiento a base de oxitocina y prostaglandinas uterinas, el ligamento de las arterias uterinas o hipogástricas, el legrado del lugar del acretismo, la resección local y reparación del útero o dejar a la placenta in situ, o lo que más recientemente se ha publicado y son las suturas ininterrumpidas circulares o el manejo a base de metotrexate; nos preguntamos entonces si las pacientes del Instituto que muy frecuentemente son mujeres con infertilidad y esterilidad, si en algunos casos no se beneficiarían con éste manejo conservador (6, 7, 17, 21, 22, 23, 24).

Las complicaciones más frecuentes encontradas en este estudio se debieron a la gran pérdida sanguínea que tienen estas pacientes y a lo difícil que puede ser la cirugía en el momento de la urgencia, sin embargo la morbilidad encontrada fue baja en comparación con otros estudios, donde se reportan gran porcentaje de morbimortalidad materna (3, 7, 8).

La mortalidad materna en el Instituto por esta patología, es muy baja, siendo ésta de 1.7%, muy por debajo de las reportadas en la literatura, ya que en cinco años sólo ocurrió una muerte materna, y en otros reportes se informan rangos entre 2.5 al 9.5%, podemos deducir entonces que esta baja mortalidad es debida al rápido manejo instituido en estas pacientes, al tratamiento en el Instituto, que siempre es por Histerectomía y a la disponibilidad de preservados sanguíneos con que siempre se cuenta en el hospital (4, 8).

La mortalidad perinatal en este estudio fue de 11.86%, similar a las que se han reportado en otros estudios, aunque pensamos que las muertes de estos productos, ninguna fue directamente por el acretismo, pero no podemos asegurar que sea causa indirecta de muerte perinatal, porque no sabemos cómo pueda afectarse el flujo uteroplacentario en las pacientes con acretismo placentario (3, 16).

Después de haber revisado este conjunto de datos, se puede concluir entonces que el acretismo placentario es una patología de importancia clínica en aumento, con factores predisponentes como son la multiparidad, las cirugías uterinas previas y la placenta previa. Que existen nuevos métodos diagnósticos que nos pueden brindar una sospecha clínica temprana y que debería valorarse la posibilidad de instituir el manejo conservador en cierto tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

A pesar de la experiencia ginecológica y de los cambios que ha sufrido la obstetricia actual, existen ciertas patologías en las urgencias obstétricas, que necesitan de nuestro juicio diagnóstico y de un rápido manejo y tratamiento, para disminuir la morbimortalidad de las pacientes, un caso típico de esto es el acretismo placentario, revisado en este estudio, obteniendo las siguientes conclusiones:

- 1.- El acretismo placentario en el Instituto presenta una incidencia de un caso por cada 526 nacimientos, siendo la más alta incidencia reportada en la literatura mundial.
- 2.- El tipo de placenta increta es la más frecuente en esta población, contrario a lo que reporta la literatura, que señala que la más frecuente es la placenta acreta.
- 3.- Los factores predisponentes de mayor importancia encontrados, fueron la multiparidad, el antecedente de cirugías uterinas previas, principalmente cesáreas, como señalan los reportes en la literatura.
- 4.- Existe una relación de mucha importancia para desarro-



llar acretismo placentario en pacientes que tienen previamente el diagnóstico de placenta previa.

5.- La morbimortalidad en el Instituto es baja, pero se debe estar preparado cuando se sospecha el diagnóstico de acretismo placentario para instituir un buen manejo y tratamiento que repercuta en el bienestar de las pacientes.

6.- La mortalidad fetal no se ve en la mayoría de los casos influenciada por esta patología.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Khong TY, Robertson WA: Placenta creta and placenta previa creta. Placenta: 1978 Jul-Aug; 8 (4); 399-409.
- 2.- Waegemaekers ct, Gerretsen G, Billig N: Acute abdomen due to placenta percreta. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 25 (1987) 335-339.
- 3.- Breen J, Neubecker R, Gregory C, Franklin J: Placenta Accreta, Increta and Percreta. A Survey of 40 cases. Obstet Gynecol 1977 Jan; 49 (1): 43-47.
- 4.- Hutton L, Yang SS, Bernstein J: Placenta Accreta. A 26 year clinico pathologic review (1956-1981). N. Y. State J. Med; 1983 May; 83 (6): 857-66.
- 5.- 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.
- 6.- Cox S, Carpenter R, Cotton D: Placenta percreta: Ultrasound diagnosis and conservative surgical management. Obstet Gynecol 1988 Mar; 71 (3 Pt 2): 454-56.
- 7.- Read J, Cotton D, Miller F: Placenta accreta: Changing clinical aspects and outcome. 1980 July; 56 (1); 3134.

- 8.- Morison JE: Placenta accreta. A clinicopathologic review of 67 cases. *Obstet Gynecol Annu*; 1978; 7: 107-23.
- 9.- Weckstein L, Masserman J, Garite T: Placenta accreta: A problem of increasing clinical significance. *Obstet Gynecol* 1986 Mar; 69 (3 Pt 2): 480-2.
- 10.- Chazotte C, Cohen W: Catastrophic complications of previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1990 Sep; 163 (3): 738-742.
- 11.- Clark S, Koonings P, Phelan J: Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1986 July; 66 (1): 89-92.
- 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.- Chavez J, Quesnel C, Orozco C, López G, Peredo J, Valenzuela S: Consideraciones sobre la etiología en la adherencia anormal de la placenta. *Ginecol Obstet Méx* 1977 Sep; 42 (251): 159-69.
- 14.- 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.
- 15.- Archer E, Furlong L: Acute abdomen cauded by placenta percreta in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol*

1987 July; 157 (1): 146-7.

- 16.- Chavez J, Quesnel C, Orozco C, López G, Flores A, Valenzuela S: Riesgo fetal en la adherencia anormal de la placenta. *Ginecol Obstet Mex* 1977 Feb; 41 (244): 137-45.
- 17.- Ruparelia BA, Chapman MG: Occult infiltrating placenta previa percreta: an unusual case highlighting the management problems in a young patient. *Int J Gynecol Obstet* 18-988, 27: 285-87.
- 18.- 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.
- 19.- Rosemond R, Kepple D: Transvaginal color doppler sonography in the prenatal diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol Sep*; 80 (3): 508-10.
- 20.- Thorp J, Councill B, Sandrige D, Wiest H: Antepartum diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 1992 Set; 80 (3): 506-8.
- 21.- Yang MJ, Shu SK, Yang NL, Hong JS: Managements of placenta accreta. *Chung-Hua-I-Hsueh-Tsa-Chin*; 1991 Aug; 48 (2): 89-96.
- 22.- Arulkumaran S, Ingemarson I, Ratman S: Medical treatment

of placenta accreta with methotrexate. Acta Obstet Gynecol Scand 1986; 65: 286-6.

- 23.- 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.
- 24.- Clark S, Yeh S, Phelan J, Bruce S, Paul R: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984 Sep; 64 (3): 376-80.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA