

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

*HOSPITAL DE LA MUJER
Secretaria de Salud.*

*TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*

*INCIDENCIA DE PLACENTA ACRETA EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER
1993 - 1997*

PRESENTA

DR. JAIME REYNA CRUZ

ASESOR:

*DRA. MA. DE LOURDES MARTINEZ ZUÑIGA
SUBJEFE DEL ADEPTO. ENSEÑANZA
HOSPITAL DE LA MUJER S.S.*



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis dos amores:

A mi linda esposa Lety porque confias en mi. A mi inocente princesita mi bella hija Cinthya; las amo.

A mis Padres:

Porque gracias a ellos e podido llegar a las metas fijadas. Mis padres los mejores del mundo.

A mis hermanos:

Siempre han sido la inspiración que me dio la fuerza para igualar y superar sus logros. Para mí siempre serán unos triunfadores.

A mis Maestros:

Les estaré siempre agradecidos por compartirme sus conocimientos.

A mis Pacientes y Hospital:

Mil gracias.

INDICE

	PAGINA
Introducción	1
Definición y clasificación	2
Incidencia	3
Etiopatogenia	4
Factores de riesgo	7
Diagnóstico	8
Tratamiento	10
Complicaciones	15
Planteamiento del problema	16
Objetivos	17
Hipótesis	18
Justificación	19
Diseño y tipo de investigación	20
Resultados	21
Gráficas	23
Discusión	37
Conclusiones	38
Bibliografía	39

"Actualmente un cirujano ha de ser joven o por lo menos hallarse más cerca de la juventud que de la vejez; con una mano fuerte y segura que no tiembla , y dispuesto a utilizar la izquierda como la derecha; con juicio agudo, claro y espíritu valiente, pero que no se impresione por sus gritos, que no sienta la necesidad de ir demasiado aprisa o de cortar menos de lo necesario; tiene que hacer cada cosa como si los gritos de dolor no le causaran emoción."

HIPOCRATES.

PLACENTA ACRETA

DEFINICION:

Es aquella placenta que se fija en el miometrio como consecuencia de la ausencia total o parcial de la decidua basal.
(1,2,3,4,5,6,7,8)

Anormalidad específica de la placentación en el cual la vellosidad placentaria ataca directamente al miometrio sin intervención de la decidua. (5)

CLASIFICACION:

Se clasifican de acuerdo a:

A) La profundidad de penetración placentaria.

- 1.- Acreta: La vellosidad corial se adhiere al miometrio sin penetrarlo.
- 2.- Increta: La vellosidad coriónica penetra el miometrio sin rebasarlo.
- 3.- Percreta: La vellosidad corial penetra hasta la serosa u otros órganos.

B) El número de cotiledones implicados.

- 1.- Total: involucra todos los cotiledones.
- 2.- Parcial: involucra algunos cotiledones.
- 3.- Focal: sólo un cotiledón esta involucrado.

(1,2,3,4,5,6,7,8)

INCIDENCIA.

Varia según la región y la raza.

1 : 2,562 (4)

1 : 7,000 (1,2,5,7)

1 : 450 (5).

ETIOPATOGENIA.

La embarazada y el médico, consideran el nacimiento del feto como la culminación del proceso de la natalidad, aunque los minutos que siguen son uno de los lapsos más importantes en la obstetricia. Por fortuna, la mayoría de las mujeres, no tienen problema en dicho periodo, pero a veces se pone a prueba la experiencia diagnóstica y la capacidad quirúrgica de los médicos. A parte de que es alarmante el número de complicaciones posibles, su carácter súbito y grave puede ser amedrentador. (1)

La placenta acreta se encuentra clasificada dentro de las anomalías del tercer periodo del parto, causante de una hemorragia posparto, esta como factor directo de mortalidad materna y representa cerca de una tercera parte de las causas de mortalidad por hemorragia obstétrica. (2,9)

ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA.

1.- Hemorragia Posparto.

- Atonía uterina
 - .Sobredistensión del útero.
 - .Paridad elevada.
 - .Gestaciones múltiples.
 - .Trabajo de parto prolongado o rápido.
 - .Uso de oxitocina o sulfato de Magnesio.
- Laceraciones del canal del parto.
- Retención de productos de la concepción.
- Otras: - CID (coagulación intravascular diseminada)
 - Defectos de la coagulación.
 - Pre-eclampsia.

2.- Otras Hemorragias Obstétricas.

- Placentación anormal.
- Operación cesárea.
- Ruptura uterina.
- Inversión uterina.

Se citan numerosos factores en la génesis de la hemorragia posparto:

1.- Traumatismos en el tracto genital:

- Episiotomía amplia.
- Laceración de periné, vagina o cuello.
- Ruptura uterina.

2.- Falta en la compresión de vasos sanguíneos en el lugar de implantación:

- Miometrio hipotónico.
- Anestesia general (halogenados, éter).
- Miometrio escasamente perfundido.
- Útero hiperdistendido (fetos grandes, múltiples, hidramnios).
- Después de un parto prolongado, rápido, o estimulado vigorosamente con oxitocina.
- Elevado número de hijos.
- Hemorragia previa por atonía uterina.
- Retención de tejido placentario.
- Placenta adherente de manera anormal (acreta).
- Lóbulos supernumerarios.

3.- Defectos de la coagulación:

- Adquiridas.
- Congénitas.

Existen múltiples clasificaciones, pero el origen de la placenta acreta es común en todas las variedades, coincidiendo en la opinión la mayoría de los autores; esta se debe a una anormal penetración de las vellosidades coriales en el útero, penetración que puede deberse a causas coriales y maternas.

CAUSAS CORIALES.

Existe una persistencia de la capacidad invasora del trofoblasto de origen no esclarecido, pero presumiblemente relacionada con factores humorales y endocrinos.

La invasión del trofoblasto, normalmente esta condicionada por las propiedades tripticas de sus células y por las necesidades nutritivas del huevo. En el embarazo normal, esta penetración queda limitada por la acción coriolítica ejercida por el organismo materno. Si a lo largo del embarazo se producen nuevas situaciones de déficit nutricional, las vellosidades de implantación entran de nuevo en actividad deciduolítica y siguen su crecimiento en profundidad.

CAUSAS MATERNAS.

Son todas aquellas que ocasionan un déficit de la nutrición de la decidua , que al no facilitar ayuda para la nutrición ovular, obliga a la placenta a penetrar más profundamente en busca de ella.

Estas alteraciones de la decidua tienen las siguientes causas:

- Multiparidad.
- Placenta previa.
- Cesárea anterior.
- Legrado de repetición (síndrome de Asherman).
- Embarazo múltiple.
- Endometritis.

(2,4,5,7,9,10)

FACTORES DE RIESGO.

Clark describe que el riesgo de placenta acreta es de 5% en pacientes con una placenta previa o una cicatriz uterina.

La combinación de una placenta previa y una cesárea previa tienen un riesgo del 24% para placenta acreta.

Este riesgo se incrementa a 67% en la presencia de placenta previa en combinación con cuatro o más cesáreas previas.

(2,5,6,7,8,10,11).

El autor concluye que el trauma al endometrio predispone a las pacientes a la anormal implantación de la placenta.

(2,5,7).

Algunos factores se han asociado con un riesgo incrementado para placenta acreta, increta y percreta

FACTORES DE RIESGO MAYOR:

- Placenta previa en combinación con cesárea

FACTORES DE RIESGO MENOR:

- Cesárea previa.
- Placenta previa.
- Antecedente de extracción manual de la placenta.
- Multiparidad.
- Edad materna elevada.
- Antecedente de legrado o dilatación.
- Malformaciones uterinas.
- Historia de endometriosis.
- Historia de abortos.
- Otras cicatrices uterinas.

(5,10).

- Doppler Color.

- * Puede revelar un flujo sanguíneo activo a través de la pared uterina.
- * Ausencia del espacio retroplacentario y vasos dilatados extendidos desde la placenta al miometrio.

(5,13,14,15)

- Tomografía axial computarizada.

(12)

- Resonancia magnética nuclear.

- * Diferencia la intensidad de señal entre tejido placentario y miometrial.

(5,12,13,16)

- HISTOPATOLOGIA.

- * Hipoplasia de la decidua basal.
- * Penetración de las vellosidades en las venas de la capa muscular.
- * Hialinización del endometrio.

(4,5,7,14)

DIAGNOSTICO

Este se realiza de manera clinica y por laboratorio y gabinete:

CLINICO:

- El parto transcurre normal.
- Antecedentes de cirugias previas, legrados, endometritis, placenta previa.
- Tercer periodo prolongado.
- Alumbamiento incompleto.
- Dificultad para encontrar el plano de despegamiento placentario.
- En el periodo de alumbamiento se presenta una hemorragia incoercible, con una contractilidad uterina normal.

(2,3,5,8,9).

LABORATORIO Y GABINETE:

- Elevación inexplicable de alfa feto proteína en suero materno en el segundo trimestre.

(5,12)

- Ultrasonograma.

- * Ausencia de una zona subplacentaria hipoeoica. (2)
- * Pérdida de la interface decidual entre la placenta y la pared uterina. (5,13)
- * Las características sonográficas que indican progresivamente mayor grado de invasión miometrial en caso de placenta percreta incluyen:

- 1.- Pérdida de la zona normal miometrial hipoeoica.
- 2.- Pérdida o disrupción de la interface hipoeoica serosa uterinavejiga.
- 3.- Proyección focal más allá del margen uterino.

La sensibilidad es variable.

(12,13)

TRATAMIENTO

El manejo de una paciente con diagnóstico placenta acreta varia según la variedad clínica, la hemorragia, las condiciones de la paciente y la necesidad de conservar la fertilidad; podría dividirse de la siguiente forma:

Tratamiento de la Placenta Acreta

A) Médico:

- Metotrexate (5,12,13)
- Vasopresina local. (17)
- Acido tranexámico (18)
- Prostaglandina F2 alfa (9)

B) Quirúrgico:

1.- Quirúrgico conservador.

- * Resección local y reparación uterina. (10)
- * Disección y curetaje. (1,10)
- * Ligadura de la arteria hipogástrica. (9)
- * Ligadura de la arteria ovárica. (9)
- * Ligadura de la arteria uterina. (9)
- * Embolización de la arteria uterina. (6,9)
- * Puntos hemostáticos en lecho placentario. (10)
- * Taponamiento uterino. (1,8,9)

2.- Histerectomía. (10,14)

- * Inmediata. (9)
- * Posterior. (19)

Es importante mencionar que la histerectomía inmediata es el procedimiento más utilizado en el mundo con una mortalidad del 6% ; y el tratamiento conservador es cuatro veces mayor la mortalidad.

Tratamientos Farmacológicos.

De los tratamientos médicos el más utilizado es a base de Metotrexate. El tratamiento conservador esta justificado en casos especiales; cuando hay un defecto focal, cuando el sangrado no es excesivo y cuando existe la necesidad de conservar la fertilidad.

(5,8)

Cox y colaboradores siguieron varias conductas conservadoras; una de ellas consistía en dejar la placenta in situ y dar manejo con Metotrexate y control realizando determinaciones de fracción beta de hormona gonadotrfina coriónica. (Metotrexate IM 1mg/kg semanal y dosis total de 610mg)

Existen reportes de pacientes con manejo conservador dejando la placenta in situ y metotrexate, pero 6 meses después requirió histerectomía por sangrado abundante.

Otros reportes indican haber dejado la placenta in situ y planear iniciar con metotrexate pero horas más tarde presento sangrado requiriendo histerectomía.

Todos los casos se trataba de placenta percreta.

(12,13,14)

Existen otros tratamientos farmacológicos como reportes aislados señalando resultados buenos, el uso de vasopresina subendometrial (1ml) en el sitio de la placenta acreta con lo que cedió de inmediato el sangrado sin recurrir.

El ácido tranexámico (inhibidor fibrinolítico sintético usado en patologías hemorragiparas) 1gr IV cada 4hrs hasta completar 3 gramos; desapareció el sangrado.

(17,18)

El uso de análogos 15-metil de la prostaglandina F2 alfa parenterales para detener la hemorragia a dosis de 0.25mg IM e intramiometrial 150-500 microgramos, o el uso de supositorios vía rectal cada 2hrs como alternativa de los tratamientos farmacológicos.

(9)

Tratamiento Quirúrgico Conservador.

La resección local del sitio de implante de la placenta y sutura del defecto uterino, disección roma seguida de curetaje de la cavidad uterina, son tratamientos conservadores quirúrgicos conservadores reportados al igual que la aplicación de puntos hemostáticos en el lecho placentario.

(1,10)

Puede realizarse taponamiento uterino con la administración posterior de metotrexate. O realizar la combinación de tratamientos conservadores.

(1,9,8,10)

Artículos recientes han demostrado la aplicación de técnicas angiográficas para el tratamiento de sangrado obstétrico realizando embolización transoperatoria o profiláctica usando una unidad fluoroscópica portátil. Si no se dispone fácil de esta práctica, no debe perderse tiempo intentando practicarla en una paciente inestable.

(6,9)

Ligadura de la Arteria Hipogástrica:

EL MAYOR RIESGO DE LA LIGADURA DE LA ARTERIA HIPOGASTRICA (ILIACA INTERNA) ES ESPERAR DEMASIADO PARA PRACTICARLA.

El paso inicial consiste en palpar la bifurcación de la iliaca primitiva o común en iliaca externa e interna , abrir el peritoneo para ingresar al espacio retroperitoneal , se identifica el uréter y se retrae hacia la línea media , se disea el tejido areolar de los vasos se aísla la arteria hipogástrica. Debe tenerse cuidado de no desgarrar la vena hipogástrica que se encuentra por debajo de la arteria; la arteria debe ligarse pasando la primera rama posterior de la hipogástrica (arteria de Neil) es decir a 2.5cm ó 3cm distal a la bifurcación de las iliacas, pasando una pinza de ángulo recto (para conductos biliares de Lahey) por debajo de la arteria pasando una doble ligadura (material de sutura absorbible o no absorbible). Se vigilan los pulsos (pedio, tibial, popliteos y femoral) a fin de asegurar no se ligue otro vaso por error.

Ligadura de la Arteria Ovárica:

Se sigue la arteria ovárica hasta su unión con el ligamento útero-ovárico y el ovario. Se encuentra una área avascular por encima de la arteria en el mesovario, y bajo observación directa se coloca una pinza de Kelly o de ángulo recto através de todo el mesovario; se abre una segunda ventana por debajo de la arteria en un espacio avascular. Con dos ligaduras libres en la arteria ovárica se corta la circulación, evitar cortar el vaso (sutura absorbible poliglicólico del número 0). Los defectos del mesovario se reparan con puntos separados.

Ligadura de la Arteria Uterina.

Algunos piensan que este es el primer paso quirúrgico para controlar la hemorragia pélvica. Se recalca el hecho de que la ligadura de esta arteria detendrá la hemorragia de origen uterino.

Se coloca un punto de sutura de poliglicólico del número 0 en posición baja, en el punto donde la arteria uterina asciende por el lado del útero; una segunda sutura se coloca cerca del área de la unión arterial útero-ovárica. Debe tomarse una cantidad adecuada de útero en cada punto; esto evita el desgarro de la arteria uterina y proporciona fijación a la ligadura.

CESAREA / HISTERECTOMIA.

Este procedimiento se inició originalmente hace 200 años como un intento quirúrgico para tratar la hemorragia e infección obstétrica que ponían en peligro la vida.

(9)

El primero en concebir la idea de extirpar el útero al practicar la operación cesárea fue Joseph Cavallini, de Florencia 1768.

En 1809 en Lucina de Siebold, Michaelis señaló no solo la posibilidad de realizar la cesárea histerectomía, sino afirmó que se había hecho inadvertidamente en más de una ocasión.

En 1823 James Blundell escribió: "En momentos de especulación, a veces me he sentido inclinado a persuadirme de que los peligros de la operación cesárea pudiera disminuir de manera notable al extirpar el útero."

En 1862 Feser logró salvar dos de cuatro perras después de extirpar el útero; de igual forma George Rain en San Petesburgo.

Fogliata en Pisa y Porro en Pavía en 1874 efectuaron experimentos en animales; Porro pudo extraer fetos vivos en animales preñados.

Eduardo Porro efectuó cesárea - histerectomía subtotal en una enana que, cosa curiosa, se llamaba Julia Cavallini la cual sobrevivió.

En 1876 Porro publicó su famosa monografía "Dell' Amputazione utero-ovarica come complemento di Taglio Cesareo" y desde entonces la operación se ha llamado operación de Porro.

(20)

Desde entonces a la fecha es el procedimiento de elección utilizado en el mundo para el tratamiento de las hemorragias obstétricas donde se incluye la placenta accreta.

(1,5,7,8,20)

COMPLICACIONES DE LA CESAREA / HISTERECTOMIA

Existen numerosas complicaciones posibles a continuación se menciona las de mayor frecuencia reportadas y posteriormente se enlistan otras complicaciones encontradas.

- Desgarros vesicales.
- Lesiones ureterales.
- Choque hipovolémico.
- Hemorragia posoperatoria:
 - Manguito vaginal.
 - Hemoperitoneo.
 - Etc....
 - Muñon cervical.
 - Hematoma pélvico.
- Fistulas:
 - Vesicovaginales.
 - Ureterovaginales.
- Lesiones intestinales.

OTRAS COMPLICACIONES:

- Infección de vías urinarias.
- Infección del manguito vaginal.
- Absceso de pared abdominal.
- Ileoparalítico.
- Hernias posicionales.
- Evisceración.
- Tromboflebitis.
- Neumonía.
- Hepatitis por transfusión.
- Muchas otras....

(1,9,20,21,22).



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El acretismo placentario tiene factores de riesgo específicos; y continúa siendo causa elevada de morbilidad materna en el Hospital de la Mujer ?.

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer la incidencia de acretismo placentario en el hospital de la mujer.
- 2.- Identificar los factores de riesgo para acretismo placentario.
- 3.- Identificar las principales complicaciones.
- 4.- Revisar el tratamiento médico y quirúrgico del acretismo placentario en el Hospital de la Mujer y en el mundo.
- 5.- Conocer la proporción de la correlación clínica e histopatológica.
- 6.- Compartir con los residentes de la especialidad los diferentes manejos médicos y quirúrgicos existentes hasta el momento.

HIPOTESIS.

El acretismo placentario tiene factores de riesgo específicos que lo originan.

JUSTIFICACION.

Considerando que el acretismo placentario continua siendo en el mundo la causa de una cuarta parte de mortalidad materna por hemorragia, esta patologia merece estudio detallado para conocer las causas que la originan y poder implementar medidas preventivas.

El ginecoobstetra además de conocer este padecimiento deberá estar capacitado, tener la pericia y la habilidad quirúrgica para solucionar el problema ya que su presentación es de carácter súbito y requiere de solución inmediata.

Invitar al clínico y los investigadores a dilucidar la etiología del acretismo placentario en primigestas sin ningún factor de riesgo; ya que no existe explicación lógica de la causa que la origina.

Por ultimo con este trabajo contribuir a reducir la morbimortalidad materna y elaborar documento de tesis para obtener el titulo de especialista en ginecología y obstetricia.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION.

Estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo descriptivo.

METODOLOGIA.

GRUPO PROBLEMA.

Se revisaron expedientes de todas las pacientes con el diagnóstico de acretismo placentario.

GRUPO TESTIGO.

No existe.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Todos los expedientes de las pacientes con el diagnóstico de acretismo placentario en el periodo comprendido del 1 Enero de 1993 al 15 de Diciembre de 1997.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las pacientes con diagnóstico clínico de acretismo placentario y se les realizó histerectomía.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes con el diagnóstico clínico de acretismo placentario a las cuales no se les realizó histerectomía.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 69 expedientes con el diagnóstico de acretismo placentario en un periodo de 5 años, comprendido del 1ro de Enero de 1993 al 15 de Diciembre de 1997. De estos expedientes se incluyó solo a 25 pacientes por reunir los criterios de inclusión.

El total de atenciones obstétricas en el Hospital de la Mujer fue de 62,094 atenciones, calculando una incidencia de acretismo placentario de 1:2822 eventos obstétricos. Relación de atenciones obstétricas por año:

	Hospital de la Mujer.				
	1993	1994	1995	1996	1997
Partos eutócicos	6,797	6,405	6,270	6,148	5,406
Partos distócicos	728	656	484	404	387
Total de partos	7,525	7,061	6,754	6,552	5,793
Cesáreas	3,862	3,914	4,054	4,182	4,323
Abortos	1,692	1,503	1,559	1,556	1,764
Total atenciones Obst.	13,079	12,478	12,367	12,290	11,880

Fuente:
Depto. Estadística
Hosp. de la Mujer.

La gráfica 1 muestra una disminución por año en las atenciones obstétricas por parto de 7,525 a 5,793 e incremento en las cesáreas de 3,862 a 4323 de 1993 a 1997.

La distribución de pacientes por grupo de edad se realizó en forma de quinquenios con la siguiente distribución: de 15 a 19 años, 1 caso (4%); de 20 a 24 años, 6 casos (24%); de 25 a 29 años, 3 casos (12%); 30 - 34 años, 9 casos (36%); de 35 a 39 años 6 casos (24%). Gráfica 2

De antecedentes obstétricos encontramos:

Gesta I. (2 pacientes) 8%; gesta II (3 pacientes) 12%; gesta III (7 pacientes) 28%; gestas IV o más (13 pacientes) 52%. Gráfica 3a.

Cesárea I. (11 pacientes), Cesárea II (6 pacientes) y cesáreas III (1 paciente); lo que representa un 80% de las pacientes con antecedentes de cesárea.

Aborto I. (6 pacientes); abortos II (3 pacientes), abortos IV (1 paciente); un 27% de pacientes con antecedente de abortos.

Parto I. (5 pacientes); partos II (1 paciente); partos III (4 pacientes), partos IV (3 pacientes); el 23% de las pacientes con antecedentes de partos. Gráfica 3b.

Los factores de riesgos encontrados: 18 pacientes con cirugía uterina previa (72%); placenta previa diagnosticada antes del internamiento 12 pacientes (48%); 7 pacientes con antecedentes de legrado (28%); antecedentes de infecciones uterinas 5 pacientes (20%); sin factores de riesgo 4 pacientes (16%); presencia de miomas 1 paciente (4%); adenomiosis 1 paciente (4%); malformaciones uterinas 1 paciente (4%). Gráfica 4.

De los casos de histerectomía (25 casos), 13 fueron corroborados por histopatología, en 7 casos no existe reporte en el expediente (5 defunciones) y en 5 casos no hubo correlación.

Podemos considerar que el tratamiento empleado fue histerectomía en las 25 pacientes es decir un 100%, solo mencionar que a una paciente se le realizó legrado uterino y posteriormente histerectomía a consecuencia de persistir la hemorragia. Gráfica 5.

Las complicaciones encontradas fueron:

1.- Hemorragia leve 6 casos (24%); hemorragia moderada 8 casos (32%) y hemorragia severa 11 casos (44%). Gráfica 6.

El sangrado mínimo reportado fue de 1,000cc y un máximo de 10,000cc una media de 5,500cc.

2.- Choque hipovolémico en un 40% con un total de 10 casos.

3.- Infección posquirúrgica 1 caso (4%).

4.- Defunciones 5 casos (20%); y las causas reportadas de las defunciones son: choque hipovolémico quirúrgico 2 casos (8%); hemólisis masiva por transfusión de sangre incompatible 1 caso (4%); eclampsia y tromboembolia pulmonar 1 caso (4%); choque hipovolémico por placenta previa sangrante 1 caso (4%). Gráfica 7.

5.- Lesiones quirúrgicas a vías urinarias 8 casos (32%); de los cuales 7 casos de lesión a vejiga 28% y 1 caso de lesión a uréter 4%. Gráfica 8.

La gráfica 9 muestra un concentrado de las complicaciones encontradas en este Hospital y los porcentajes mostrados son comparados en forma independiente con el total de los 25 casos.

Los datos clínicos reportados fueron: Plano de despegamiento placentario difícil en el 100% (25 casos); alumbramiento incompleto un 28% (7 casos); contractilidad uterina normal 28% (7 casos) y tercer periodo prolongado 4% (1 caso). Gráfica 10.

Las condiciones del neonato al nacimiento se observan en la gráfica 11: 16 niños con Apgar 8/9 (68%); 2 niños con Apgar 7/9 (8%); 2 niños con Apgar 7/8 (8%); un niño con Apgar 3/4 (4%); 2 óbitos (8%); y un aborto (4%). De estos óbitos uno a causa de la placenta previa sangrante, y otro por causa desconocida.

De los hallazgos histopatológicos encontramos 13 casos diagnósticos (52%) y en 5 casos no hubo correlación histopatológica (12%); y 7 casos no existe reporte (28%).

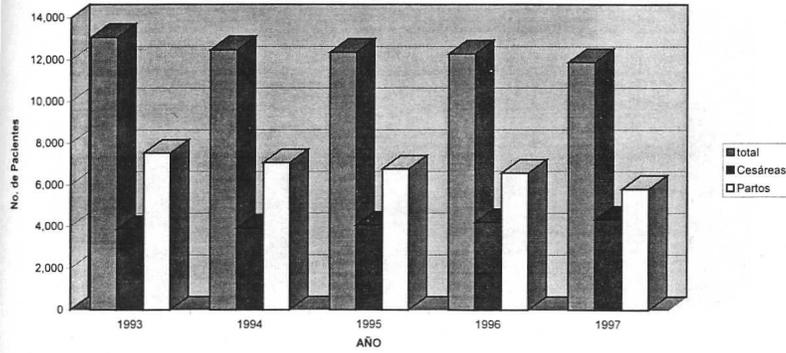
De las variedades clínicas se encontró:

1.- De acuerdo al grado de penetración placentaria: acreta 6 casos (46.15%); increta 7 casos (53.85%); percreta 0 casos (0%).

2.- De acuerdo al número de cotiledones involucrados: focal 1 caso (7.6%); parcial 12 casos (93.3%) y total 0 casos (0%); Gráfica 12b.

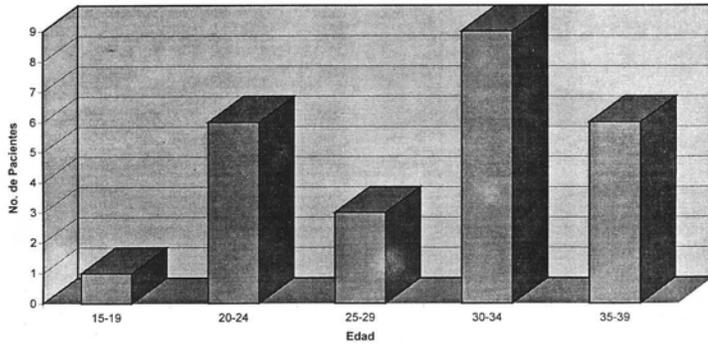
Placentas previas corroboradas por histopatología 10 casos (12 casos con diagnóstico clínico o por ultrasonido al internamiento) con un porcentaje de 83.3%.

Atenciones Obstétricas Hospital de la Mujer SSA



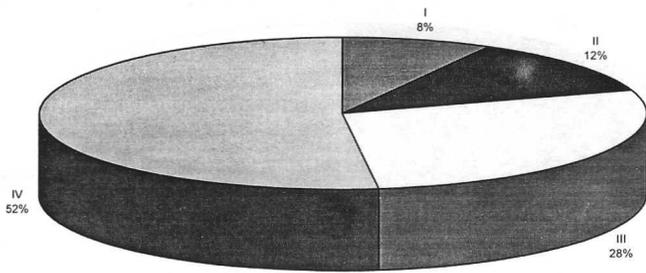
Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

Distribución de Pacientes por Grupo de Edad

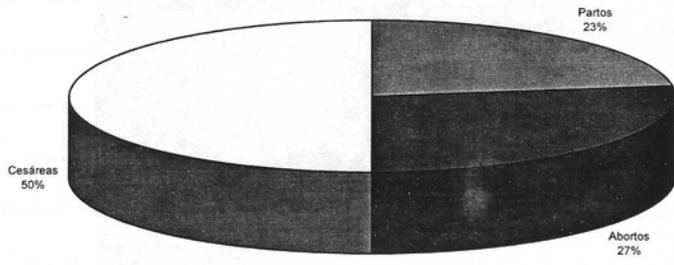


Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

Distribución de pacientes por num. de gestaciones

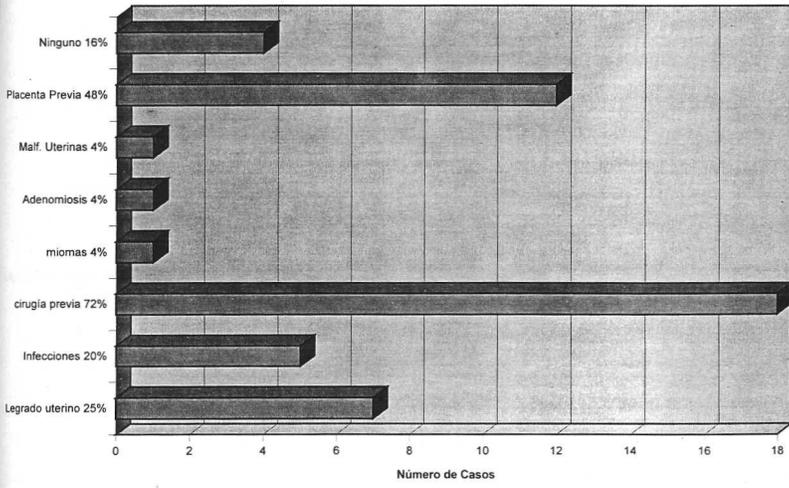


Antecedentes Obstétricos



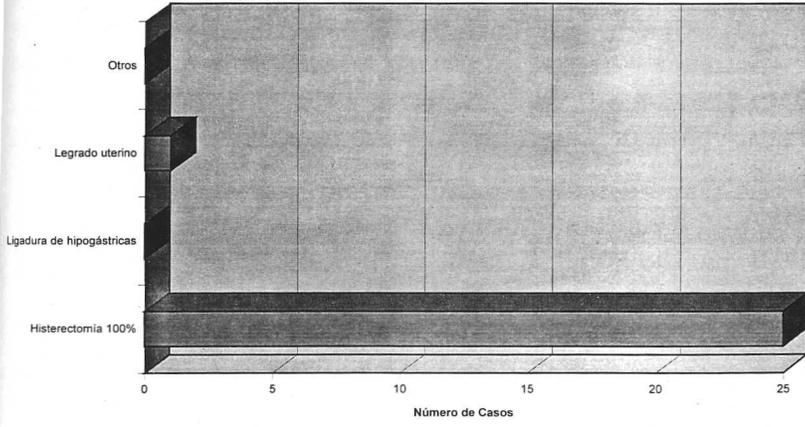
Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

Factores de Riesgo



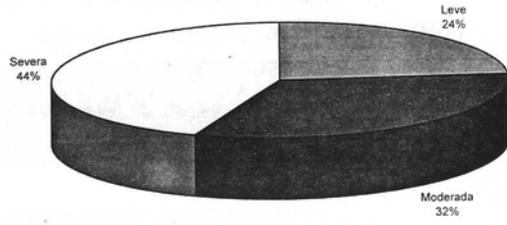
Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

Tratamiento Realizado



Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

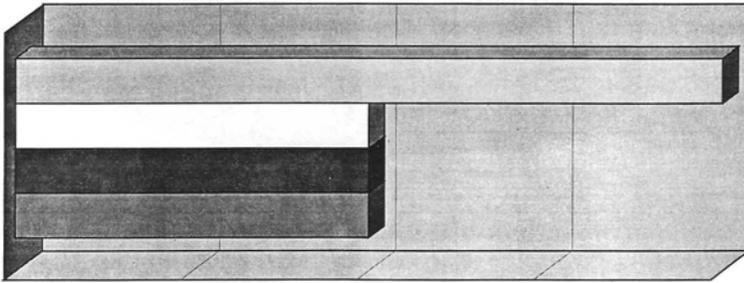
Hemorragia



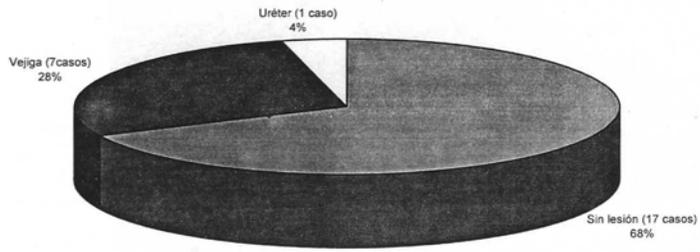
Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

CAUSAS DE DEFUNCION

- Choque hipovolémico transquirúrgico (2 casos)
- Choque hipovolémico por placenta previa sangrante (1 caso)
- Tromboembolia pulmonar (1 caso)
- Hemólisis postransfusión sanguínea (1 caso)

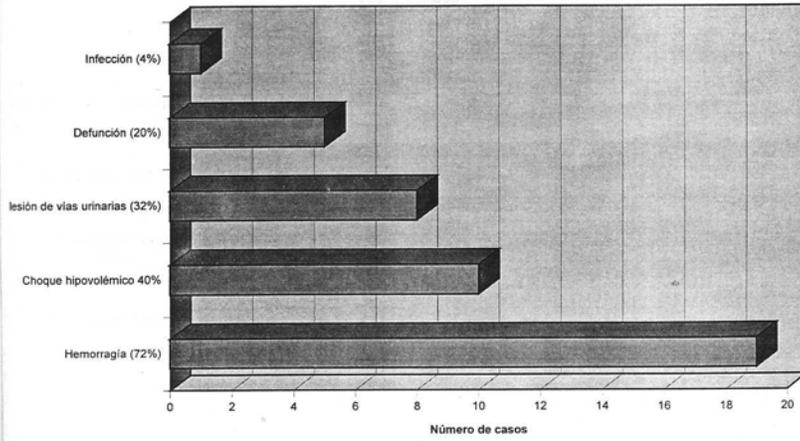


Lesiones Quirúrgicas a vías urinarias



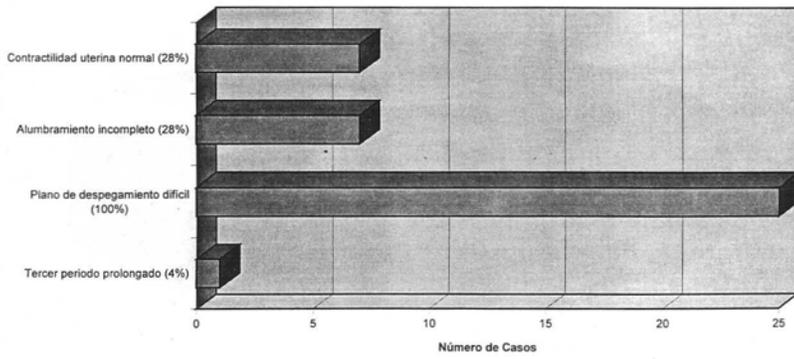
Hospital de la Mujer
1993 - 1997

Concentrado de complicaciones

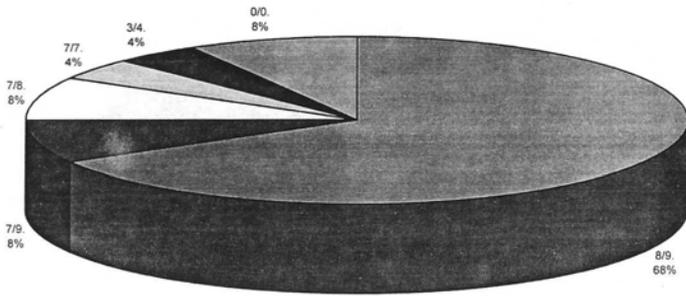


Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

Datos Clínicos

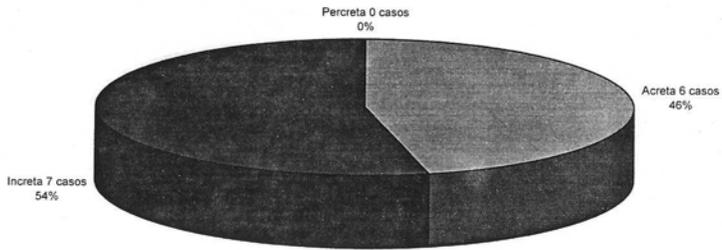


Condiciones del Neonato al Nacimiento.



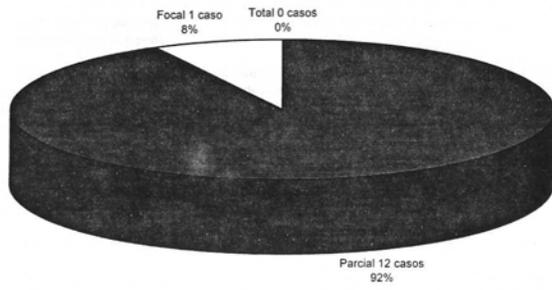
Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

Grado de penetración placentaria



Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

Variedad por cotiledones participantes



Hospital de la Mujer.
1993 - 1997

DISCUSION

La incidencia de placenta acreta en el Hospital de la Mujer es de 1 caso por 2,822 eventos obstétricos similar a lo reportado en el Instituto Dexeus. (4)

Otro factor considerado como de riesgo es la edad de 38 años o mayor (8), en este estudio concentrándose la mayor proporción de pacientes en el grupo de edad de 30 a 34 años.

Se encontró que en el 80% de estos casos las pacientes eran multigestas, este antecedente también mencionado como factor de riesgo menor (10).

Los factores de riesgo de mayor relevancia son: antecedente de cirugía uterina y legrados, además de placenta previa; similar a lo reportado en el mundo. (2,5,6,7,8,10,11)

El tratamiento actual continúa siendo la histerectomía, debido a que los tratamientos médicos conservadores para esta patología son cuestionables por la alta mortalidad y muchos de ellos se encuentran en fase experimental como reportes aislados. (5,9,12,13,17,18)

Existen múltiples complicaciones quirúrgicas similares a los reportes de muchos lugares (1,9,20,21,22); las de mayor relevancia son: hemorragia severa 44%, choque hipovolémico 40% y lesiones quirúrgicas a vías urinarias 32%. La mortalidad del Hospital (20%) difiere a lo reportado en el mundo 6% (1,5). La posible explicación sería contabilizar solo las muertes por choque hipovolémico transquirúrgico provocado por el acretismo placentario (2 casos), esto representaría solo un 8%, similar al descrito con anterioridad.

Los datos clínicos descritos (2,3,5,8,9) para realizar el diagnóstico se encontraron en la siguiente proporción: plano de despegamiento placentario difícil en el 100% y llama la atención que solo el 4% reporta tercer periodo prolongado.

Observamos que los recién nacidos presentan Apgar aceptable en un 80% que oscila entre 7/8 a 8/9.

Por fortuna la variedad clínica más frecuente en este estudio fue: acreta (46.15%) e increta (53.84%) y de tipo parcial (93.3%); ya que la placenta percreta y total se acompañan de mayor morbimortalidad por razones obvias.

Dato de mucha importancia es la relación existente entre placenta previa y acretismo placentario, en este trabajo es de 76.9%; dicho fenómeno corroborado por histopatología.

CONCLUSIONES

1.-La incidencia de placenta acreta en el Hospital de la Mujer es de 1:2822 eventos obstétricos, en el periodo de estudio.

2.- Los factores de riesgo identificados son: placenta previa, cesárea y legrados previos.

3.-Las principales complicaciones de acretismo placentario en este Hospital son: hemorragia severa choque hipovolémico, y lesiones quirúrgicas a vías urinarias en este orden de frecuencia.

4.-El mejor tratamiento utilizado fue la Histerectomía.

5.- Existe un 81% de la correlación clínica e histopatológica en el Hospital de la Mujer.

Debido al incremento progresivo por año en el número de cesáreas, debemos de esperar a futuro un incremento en la incidencia.

Es importante agregar que de identificar a una paciente con los factores de riesgo mencionados sería una conducta prudente y de incalculable valor esperar un alumbramiento espontáneo en caso de un parto; si fuera cesárea no insistir en el despegamiento de la placenta ya que de lo contrario sobrevendría la hemorragia.

Podemos concluir que el acretismo placentario es una patología sin repercusiones para el neonato.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Clin. Obst. y ginecol. 1/1982
Pag. 233 - 247 " Complicaciones del puerperio inmediato."
- 2.- Williams.
Obstetricia.
3ra Edición Salvat 1993 Pag. 685-696.
- 3.- J. Glz. Merlo; J.R. del Sol
Obstetricia
4ta Edición Salvat 1992 Pag. 467-478 Cap. 26
- 4.- Tratado de Obstetricia Dexeus
Patología Obstétrica Volumen II
Cap. 53 Pag. 694-696
Salvat 1987
- 5.- M. J. Veenstra, T. Spinder; G.A. Dekker
Post partum intra-abdominal hemorrhage due to placenta percreta.
European Journal of obstetrics and Gynecology and reproductive biology
Oct. 1995; 62 (2): 253-256
- 6.- Andrew Kerr, M.D, David Karlin M.D.
Intraoperative Embolization for pelvic hemorrhage following termination of pregnancy
Am.J. Perinatol. 1996 Apr; 13 (3): 151-3
- 7.- Dr. Fco. Arredondo; Dr. Vicente Sabello; Dr. José Garza.
Placenta increta en el 1er trimestre del embarazo.
Ginec. Obst. Mex. Jul. 1995; 63: 279-81
- 8.- INPer.
Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología 1994
Norma N.O. 2 Acretismo placentario.
- 9.- Clin. Obst. y Ginecol. 2/1986
Pag. 269 - 277 " Tratamiento de las hemorragias posparto."
Pag. 409 - 423 " Cesárea Histerectomía."
- 10.- Yeshaya Abouafia MD., Ofer Louvie MD.
Conservative surgical management of acute abdomen caused by placenta percreta in the
second trimester.
Am.J. Obstet. Gynecol. 1994; 170: 1388-9
- 11.- Dra. Josefina Lira, Dr. Fco. Ibaranguoitia,
Dra. Marlen Argueta, Dr. Samuel Karchmer.
Placenta previa / acreta y cesárea previa.
Experiencia de cinco años en el INPer.
Ginec. Obst. Mex. 1995; 63: 337

- 12.- Richard S. Legro, MD; Fredric V. Price, MD;
Nonsurgical Management of placenta percreta
Obstetrics E. Gynecology Vol 83, No. 5, Part 2, May. 94
- 13.- Richard Jaffe, MD; Brent DuBesther, MD;
Failure methotrexate treatment for term placenta percreta.
Am J. Obstet. Gynecol. 1994; 171: 558-9
- 14.- Dereck J. Sorter MRCOG, Alistair B. Roberts, MD.
Cervico-isthmic Pregnancy with Placenta percreta Ending in a Livebirth.
Aust. N2 Obstet. Gynecol. 1995; 35:4-453
- 15.- Richard L. Rosemond, MD, and Donna M. Kepple, RDMS.
Transvaginal color doppler sonography in the prenatal diagnosis of placenta acreta.
- 16.- John M. Thorp, Jr, MD, R. Bruce Councell, MD.
Antepartum Diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance imaging.
Obstet. Gynecol. 1992; 80:506-8
- 17.- Samuel Laurie MD., Zui Appelman MD.
Intractable postpartum bleeding due to placenta acreta: local vasopressin may save the uterus.
British Journal of Obstetrics and Gynaecology
November 1996, Vol. 103, Pag. 1164
- 18.- Alok K. As; Phillip Hagen ; J:B Webb.
Tranexamic acid in the management of postpartum haemorrhage.
British Journal of Obstetrics and Gynaecology.
December 1996 Vol. 103, p.p. 1250-1251
- 19.- S. Srichrishanthan; Ian S. Fraser. MD.
Asuccessful Pregnancy Following Placenta Percreta with Bladder Invasion.
Aust. NZ J. Obstet. Gynaecol. 1996; 36:1:92
- 20.- Clin. Obst. y Ginecol. Sep. / 1969
Pag. 573-676 " Multiples Temas."
- 21.- Clin. Obst. y Ginecol. 2/1980
Pag. 611-631 " Papel de la cesárea con histerectomía."
Pag. 649-658 " Hemorragia posparto."
- 22.- Clin. Obst. y Ginecol. Sep. / 1976
Pag. 595-605 " Hemorragia posparto."