

# CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile



# Acretismo placentario

Dra Franzel Alvarez Hott  
Becada de Obstetricia y Ginecologia  
Universidad de Chile  
Enero 2019

# Hoja de ruta



- Introducción
- Fisiopatología
- Clasificación
- Factores de riesgo
- Diagnostico prenatal
  - Rol de la ecografía
  - Rol de RNM
- Manejo

# Introducción

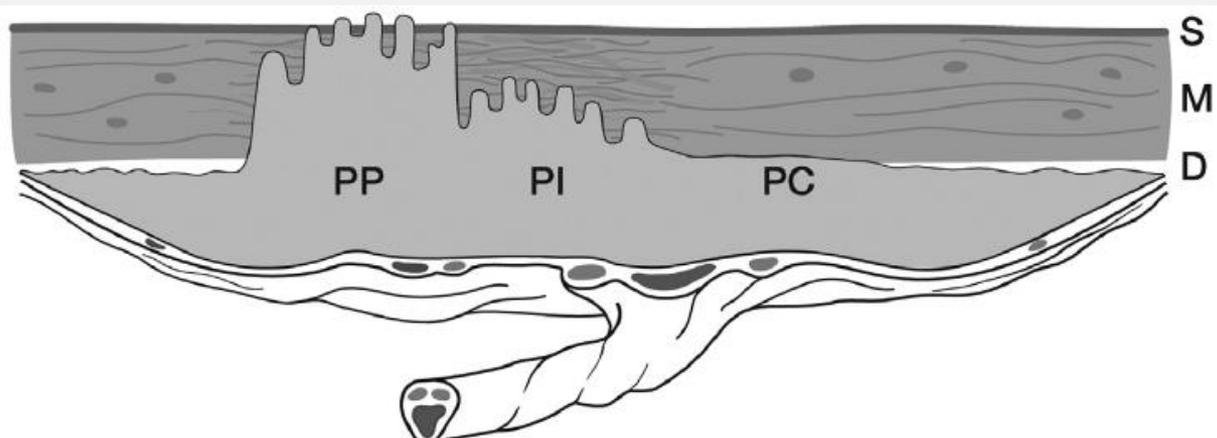


- Acretismo placentario: Es una placentación que se caracteriza por una invasión anormal del trofoblasto al miometrio.
- Su riesgo de aparición ha aumentado junto con el número de cesáreas y la presencia de placenta previa.
- Un 47% de las histerectomías obstétricas son debido a la presencia de esta patología



# Fisiopatología

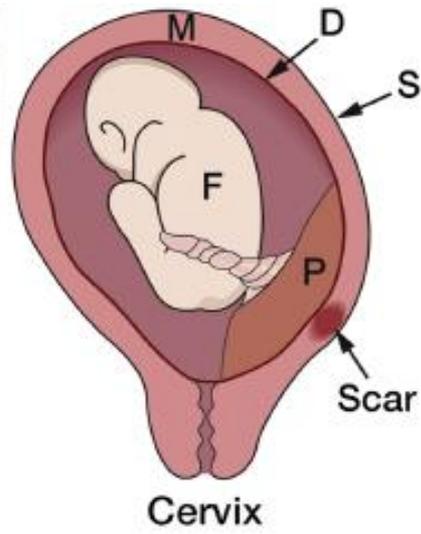
- Invasión excesiva del trofoblasto en el miometrio
- Defecto secundario de la interfaz endometrio-miometrial en el área de la cicatriz uterina.
  - Adhesión directa al miometrio.
  - Remodelación vascular defectuosa.





# Clasificación

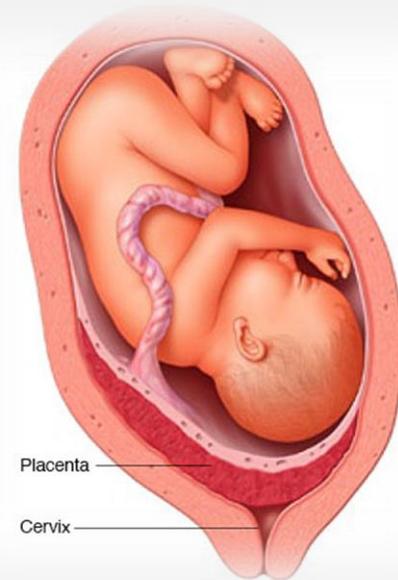
- Según el grado de invasión
- Tres tipos
  1. **Placenta acreta (78%)**: adhesión de las vellosidades al miometrio.
  2. **Placenta increta (17%)**: invasión de las vellosidades en el miometrio.
  3. **Placenta percreta (5%)**: Invasión del miometrio y serosa uterina e incluso mas allá



# Factores de riesgo



- **El factor de riesgo mas importante es la presencia de una placenta previa**
- **Con placenta previa**
  - 1 CCA: 3%
  - 2 CCA: 11%
  - 3 CCA: 40%
  - 4 CCA: 61%
- **Sin placenta previa**
  - 1 CCA: 0.03%
  - 2 CCA: %
  - 4 CCA: 0.8%
- **Otros: legrados uterinos, miomectomias e histeroscopias.**





**Table 1**

**Odds ratios with 95% CIs for placenta accreta and hysterectomy by number of cesarean deliveries compared with first cesarean delivery**

No. of Cesarean Deliveries	Accreta, n (%)	OR (95% CI)	Hysterectomy, n (%)	OR (95% CI)
First <sup>a</sup>	15 (0.2)	—	40 (0.7)	—
Second	49 (0.3)	1.3 (0.7–2.13)	67 (0.4)	0.7 (0.4–0.97)
Third	36 (0.6)	2.4 (1.3–4.3)	57 (0.9)	1.4 (0.9–2.1)
Fourth	31 (2.1)	9.0 (4.8–16.7)	35 (2.4)	3.8 (2.4–6.0)
Fifth	6 (2.3)	9.8 (3.8–25.5)	9 (3.5)	5.6 (2.7–11.6)
≥6	6 (6.7)	29.8 (11.3–78.7)	8 (9.0)	15.2 (6.9–33.5)

**Table 2**

**Placenta previa and placenta accreta by number of cesarean deliveries**

No. of Cesarean Deliveries	Previa	Previa <sup>a</sup> :Accreta, <sup>b</sup> n (%)	No Previa <sup>c</sup> :Accreta, <sup>c</sup> n (%)
First <sup>d</sup>	398	13 (3.3)	2 (0.03)
Second	211	23 (11)	26 (0.2)
Third	72	29 (40)	7 (0.1)
Fourth	33	20 (61)	11 (0.8)
Fifth	6	4 (67)	2 (0.8)
≥6	3	2 (67)	4 (4.7)

# Diagnostico prenatal



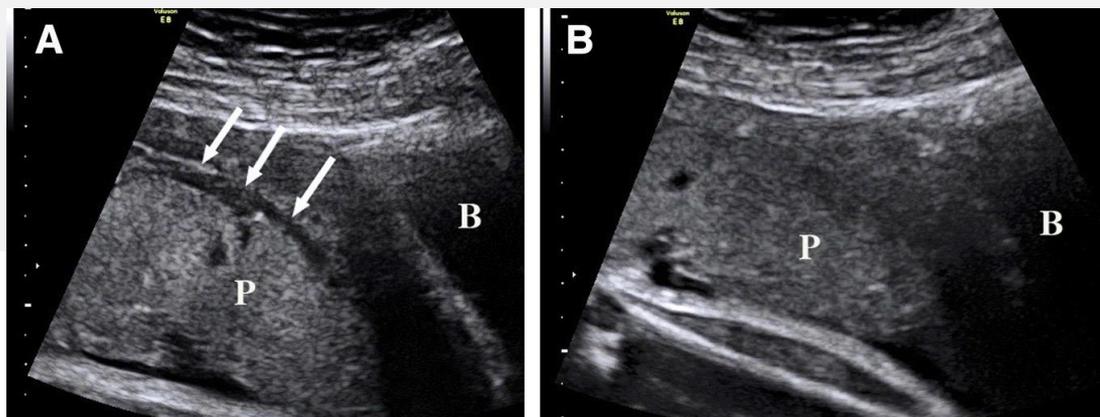
- **Gold estándar:** biopsia que confirme una invasión anormal del trofoblasto en el miometrio.
- Ante sospecha por metrorragias de II y III trimestre o presencia de placenta previa.
- Herramientas: Ecografía y RNM



# Rol de la ecografía

- **Perdida de la zona clara.**

- Primer signo descrito.
- Pérdida de la zona retroplacentaria hipoecogénica normal.
- Representa: la extensión anormal de las vellosidades a través de la decidua basal al miometrio.
- Presente hasta el 70% de los casos de acretismo
- Problemas: cambia con la gestación, localización de la placenta, estados vesicales y presión de ondas US.

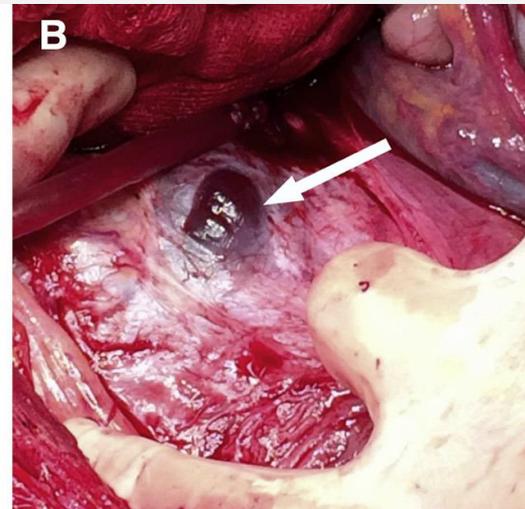
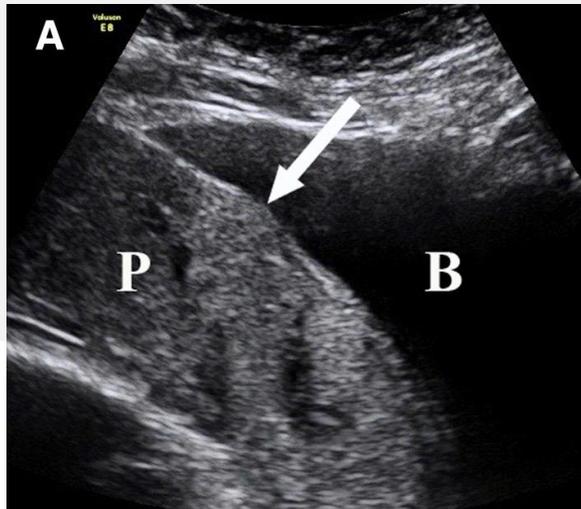


# Rol de la ecografía



- **Adelgazamiento miometrial:**

- Adelgazamiento  $< 1\text{mm}$  o miometrio indetectable a US
- En el 50% de los casos de acretismo
- Problemas: adelgazamiento normal con el avance de la gestación y con las contracciones

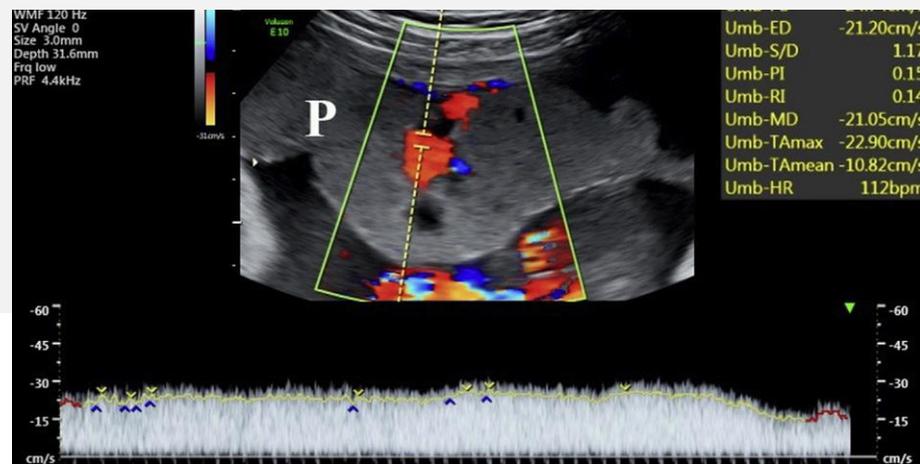




# Rol de la ecografía

- **Lagunas placentarias**

- Espacios intraplacentarios ecolucentes, irregulares y largos  
→ apariencia apolillada o queso suizo
- Descrita en el 80% de los casos de acretismo
- Es un hallazgo común en embarazos normales, se diferencia por forma, ubicación y flujo sanguíneo (velocidad  $>10\text{cm/s}$ )

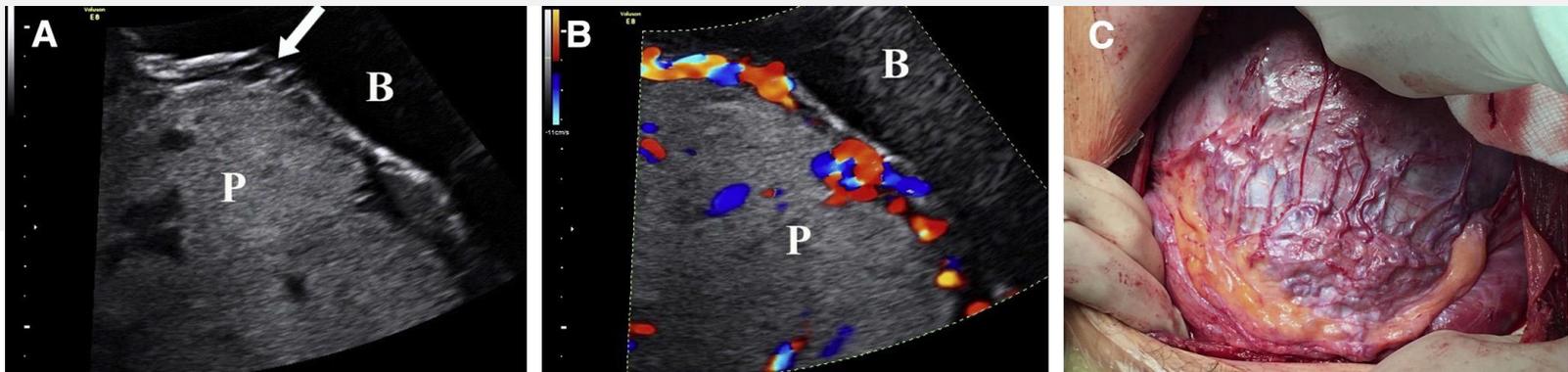


# Rol de la ecografía



- **Interrupción de la pared de la vejiga**

- Interrupción, pérdida o irregularidad de la pared de la vejiga o de la línea hiperecoica entre la serosa uterina y el lumen de la vejiga.
- Este signo puede surgir como resultado directo de la invasión de las vellosidades en el músculo de la parte posterior de la pared vesical.
- Descartar que no sea un artefacto por el ángulo de insonación.



# Rol de la ecografía



- **Abultamiento placentario**

- Abultamiento del útero que contiene placenta que se aleja de su plano hacia el tejido circundante (vejiga)
- Describe la invasión del tejido veloso a través del miometrio y la serosa hacia órganos adyacentes, generalmente la vejiga.
- Debería verse solo en casos de placenta previa
- En el 33% de los casos de placentación invasiva.

# Rol de la ecografía



- **Hipervascularización subplacentaria y / o uterovesical.**
  - Dilatación excesiva de la circulación uteroplacentaria más allá de las arterias espirales. Esto suele ir acompañado de una extensa neovascularización dentro del peritoneo, especialmente entre la pared anterior del útero y la pared posterior de la vejiga.
  - Hasta el 75% de los casos de Placenta previa se presentan con patrones de hipervascularización dentro o debajo del lecho placentario.

# Rol de la ecografía



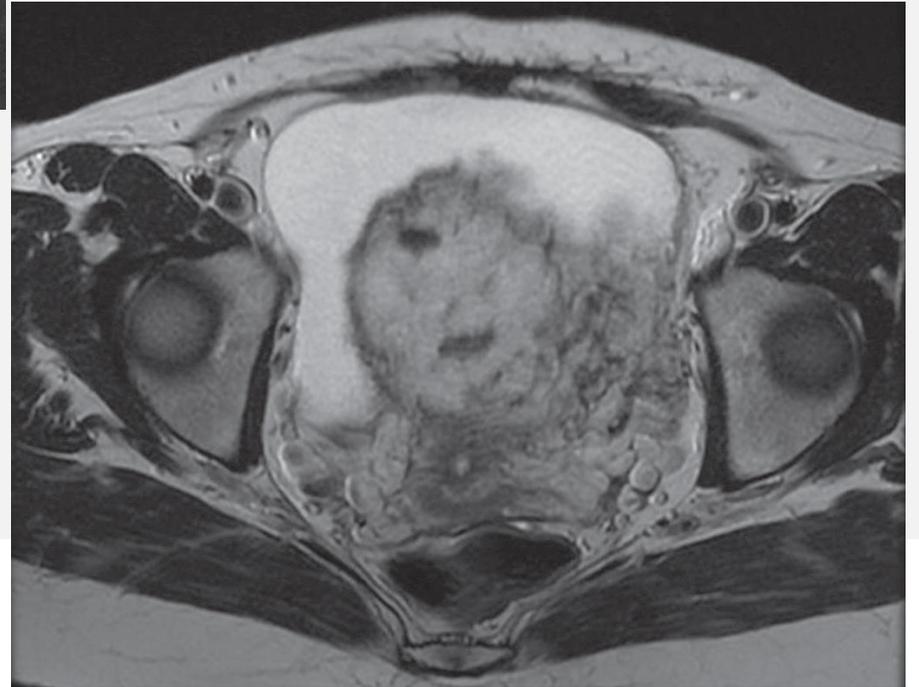
- **Presencia de lagunas placentarias**
  - Sensibilidad: 77.8% (95% CI, 70.7-83.6)
  - Especificidad: 96.5% (95% CI, 95.6-97.1)
- **Perdida de la zona clara**
  - Sensibilidad: 63.9% (95% CI, 55.1-71.9)
  - Especificidad: 97.3% (95% CI, 96.6-97.9)
- **Imagen con doppler color**
  - Sensibilidad: 91.2% (95% CI, 87.2-96.7)
  - Especificidad: 91.9% (95% CI, 88.8-94.2)
- **Resultado global**
  - Sensibilidad: 90.8% (95% CI, 87.0-93.5)
  - Especificidad: 96.9% (95% CI, 96.2-97.4)
  - VPP: 74.8% (95% CI, 70.2-78.8)
  - VPN: 99.0% (95% CI, 98.6-99.3)

# Rol de la RNM



- Se ha sugerido que la RM es mejor que la ecografía para definir áreas de placentación anormal y evaluar la profundidad de la invasión miometrial, particularmente en casos de placenta posterior
- Sensibilidad de 94,4% y especificidad de 84,0%.
- No se ha demostrado que la adición de RNM en el estudio mejore los resultados clínicos.

Parámetro	Sensibilidad (%) (95% IC)	Especificidad (%) (95% IC)	OR (95% IC)
RNM	90.2	88.2%	68.8 (19.7-239.8)
US	85.7%	88.6%	46.5 (13.4-161.0)





# Manejo

- **Tiempo de interrupción:**
  - 34 semanas previo curso corticoidal: PP con signos de acretismo
  - <34 semanas: en caso de sangrado importante o contracciones
  - 35-36 semanas: Asintomático y con baja probabilidad de placenta acreta.
- **Parto: Cesárea**
  - En centros de experiencia.
  - Equipo multidisciplinario
  - Coordinación con banco de sangre.

# Manejo: Acretismo conocido



- **Cirugía:**
  - Laparotomía media infraumbilical o insición de Cherney
  - Considerar colocar stent ureterales
  - Exteriorizar útero gravídico.
  - Incisión en fondo uterino, para evitar ruptura placentaria.
  - Extracción fetal.
  - Histerorrafia para hemostasia
  - Histerectomía con placenta in situ total o subtotal según dificultad.
  - \* Embolización de arteria uterina: no demostrada.
- **Extracción de placenta:**
  - En casos de bajo riesgo de acretismo y paciente con fuerte deseo de paridad.
  - Si sangra o placenta no se separa → histerectomía

# Manejo: áreas de incertidumbre



- **Desvascularización pélvica:**
  - Colocación de balón en arteria hipogástrica después de la extracción fetal.
  - Los estudios no han demostrado beneficio en reducción de pérdida sanguínea.
- **Histerectomía tardía planificada**
  - 1° - Cesárea sin extracción ni manipulación de la placenta.
  - 2°- Periodo de desvascularización pélvica
  - 3°- Histerectomía 6 semanas post parto.
  - Objetivo: Disminuir irrigación uterina y masa placentaria → menos complicaciones intraoperatoria
  - Desventajas: requiere de una segunda cirugía, mayor probabilidad de infecciones y hemorragias postparto.

# Manejo: Áreas de incertidumbre



- **Manejo expectante:**

- Incisión clásica para liberar al feto sin alterar la placenta. Cierre de la incisión uterinas con placenta in situ.
- Combinado de alguno de estos procedimientos: Embolización de la arteria uterina, la terapia con metotrexato, las suturas hemostáticas, la desvascularización pélvica y el taponamiento con balón.
- Candidatas: Placenta previa posterior con acretismo, placenta acreta en fondo o acretismo dudoso.

# Manejo: Áreas de incertidumbre



- **Manejo expectante:**

- Metrotrexato ya no se recomienda debido a su bajo efecto en la reabsorción placentaria
- Embolización de arterias pelvicas ha presentado un éxito que oscila entre el 85-95%
- Estrategias hemostáticas (B Lynch + balón de Bakri) → se realizó en 9 mujeres con éxito.
- La evidencia en general son reportes de casos y series pequeñas.
- Se debe elegir cuidadosamente la paciente candidata, por que el riesgo de Histerectomía posterior es un 59%.

# Manejo: Acretismo no conocido



- Solicitar ayuda a médicos con experiencia
- Si no hay capacidad personal y física para atender la urgencia → derivar previa estabilización (packing, transfusión y soporte)
- Ampliar incisión abdominal para mejor visualización.
- Histerorrafía y luego histerectomía.
- Considerar ligadura de arteria hipogástrica. (no ha demostrado mejorar los resultados)
- Si hay compromiso vesical → considerar histerectomía tardía planificada.

# Conclusiones



- El acretismo placentario es una condición de riesgo para la madre.
- Tener una alta sospecha es importante para su diagnóstico, sobre todo en mujeres placenta previa y con más de una cesárea anterior.
- De esta manera se permite una planificación junto a un equipo médico de experiencia y multidisciplinario.
- La terapia más recomendada es la histerectomía con placenta in situ posterior a la extracción fetal.
- El manejo expectante es aún controversial y los estudios son limitados.
- **Siempre priorizar la vida de la paciente y no su fertilidad.**

Gracias...



# Bibliografía



- Jauniaux E, et al. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. Am J Obstet Gynecol. 2018 Jan;218(1):75-87.
- JAUNIAUX E, BHIDE A and WRIGHT J. Chapter 21: Placenta Accreta. Pg 456- 465.
- Jauniaux E and Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2017 Jul;217(1):27-36
- Silver R and Barbour K. Placenta Accreta Spectrum: Accreta, Increta, and Percreta. Obstet Gynecol Clin N Am 42 (2015) 381–402.
- Robert M Silver, MD. Clinical features and diagnosis of placenta accreta spectrum . UpToDate 2018.
- Silver R and Branch W. Placenta Accreta Spectrum. N Engl J Med 2018;378:1529-36.