

HALLAZGO ECOGRAFICO DE ACRETISMO PLACENTARIO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION. REPORTE DE CASO

HOSPITAL REGIONAL DE CIUDAD MADERO

Marco Vinicio Gálvez-Mendoza<sup>1</sup>, Diana Iñiguez Garibaldi<sup>2</sup>, Reni Valdez Rivera<sup>3</sup>, María Félix Aguilar López<sup>4</sup>, Adriana Cruz Vázquez<sup>5</sup>,  
<sup>1</sup>Médico residente del 4to año de Ginecología y Obstetricia, <sup>2</sup>Médico residente del 3er año de Ginecología y Obstetricia, <sup>3</sup>Médico residente del 1er año de Ginecología y Obstetricia,  
<sup>4</sup>Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Regional de Ciudad Madero, Tamaulipas, <sup>5</sup>Profesor Adjunto de Ginecología y Obstetricia

**Introducción:** El acretismo placentario es una entidad poco frecuente, una de las principales causas de hemorragia posparto y puede requerir manejo quirúrgico con histerectomía obstétrica. Tiene una prevalencia global de 0.17%. La placenta acreta es aquella que se adhiere al miometrio de forma anómala debido a una ausencia parcial o total de decidua basal, de forma que las vellosidades coriónicas crecen hacia el endometrio anclándose en las fibras musculares.

Su diagnóstico es un hallazgo ecográfico en la segunda mitad del embarazo asociado a factores de riesgo; se considera sugerente o definitivo entre las 18 a 20 semanas y certero a partir de las 32 semanas confirmando mediante RMN.

**Caso Clínico:** Paciente de 38 años, Gesta 4, cesáreas 2, aborto 1, referida de imagenología al realizar ultrasonido de primer trimestre con embarazo de 9.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación (24/06/22) con el siguiente reporte: huevo muerto retenido, hematoma subcorial, zona del miometrio sumamente vascularizada de 20x22mm afecta todo el grosor miometrial, datos sospechosos de probable infiltración trofoblástica.

Se realizó aspiración manual endouterina y se apreció sangrado proveniente de cavidad endometrial, aparentemente se encontraba ya sin restos ovulo placentarios, pero posterior a 10 minutos sin ceder a manejo medico (ergometrina) y masaje uterino, se pizararon las arterias uterinas con técnica Zea y se llevó a cabo histerectomía obstétrica con sangrado cuantificado en 700 ml. Choque hemorrágico grado I. Evolución satisfactoria hasta mejoría. Al extraer la pieza se observó a nivel del segmento y hacia cérvix infiltración hemática del miometrio por probable inserción baja del embarazo a descartar acretismo placentario.

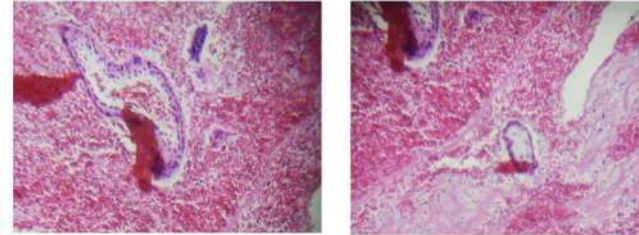


Figura 5: Cortes histológicos: Vellosidades coriónicas en estroma cervical

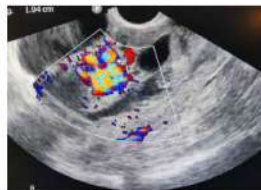


Figura 1: Hipervascularidad demostrada a la aplicación de flujometría doppler



Figura 2: Hematoma subcorial e hipervascularidad del miometrio



Figura 3: Útero con invasión placentaria



Figura 4: Corte macroscópico con evidencia de infiltración hemática del miometrio en cérvix

**REPORTE DE PATOLOGÍA 9/9/22:** Útero sin anexos Con inserción placentaria percreta y acreta, Istmo con reacción estromal pseudodecidual endometrio hipersecretor con fenómeno de Arias-Stella.

**DISCUSIÓN:** Pese ser una entidad infrecuente la incidencia del acretismo placentario ha ido en aumento en los últimos años en relación a la cantidad de cicatrices uterinas. La ecografía puede determinar hallazgos sugerentes de acretismo como son: interfase miometrio irregular, implantacion baja del saco gestacional, flujo lacunar difuso en el parenquima e hipervascularidad en la interfase así como complejos venosos subplacentarios. El diagnóstico ecográfico de acretismo es raro en el primer trimestre. Se estima que su sensibilidad es de 82.5% con especificidad del 96.8%. En nuestro hospital donde se realizaron 137 procedimientos obstétricos en el periodo del 01/08/2021 al 31/08/2022 se presentó acretismo placentario en el 1.45% de los casos

**CONCLUSIONES:** Las estadísticas de nuestra unidad son similares a las reportadas en la casuística a nivel nacional, sin embargo, dado el incremento de embarazos de alto riesgo en nuestra derechohabencia, y con el aumento de cesáreas y procedimientos quirúrgicos uterinos (legrados, miomectomías, extracción manual de la placenta) aunque la prevalencia de acretismo sea baja se recomienda optimizar la resolución del embarazo vía vaginal para disminuir el riesgo de presentar acretismo placentario y sus complicaciones entre las que destacan la hemorragia obstétrica o incluso la muerte.

Referencias:

1. Gratacós, E., Solsona, E, E. G. Retuerta F. Crespo, J.M.M., Figueras, F. & Alvarado, E.A. (2018) MEDICINA FETAL 2DA EDICION, Editorial Panamericana Reddy UM. Pag 634-635
2. Fetal imaging Executive Summary of a Joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Institute of Ultrasound in Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Radiology, Society for Pediatric Radiology, AI0G. 2014;123 (5):387-395
3. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646958/LINEAMIENTO\\_AB\\_CNEGSR\\_OPS.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646958/LINEAMIENTO_AB_CNEGSR_OPS.pdf)
4. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Ross J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2019 Sep;221(3):208-218. doi: 10.1016/j.ajog.2019.01.233. Epub 2019 Feb 1. PMID: 30716286.
5. Véliz O, Francisca, Núñez S, Alfredo, & Selman A, Alberto. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5), 513-526. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513>
6. Alfirevic Z, Tang AW, Collins SL, Rubson SC, Palacios-Jaraquemada J; Ad-hoc International AIP Expert Group. Pro forma for ultrasound reporting in suspected abnormally invasive placenta (AIP): an international consensus. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Mar;47(3):276-8. doi: 10.1002/uog.15810. PMID: 26564315.
7. Morel O, Collins SL, Uzan-Augui J, Masselli G, Duan J, Chabot-Lecoanet AC, Braun T, Langhoff-Ross J, Soyfer P, Chantraine F; International Society for Abnormally Invasive Placenta (IS-AIP). A proposal for standardized magnetic resonance imaging (MRI) descriptors of abnormally invasive placenta (AIP) - From the International Society for AIP. *Diagn Interv Imaging*. 2019 Jun;100(6):319-325. doi: 10.1016/j.diii.2019.02.004. Epub 2019 Mar 8. PMID: 30853416.
8. Jauniaux E, Collins SL, Jurkovic D, Burton GJ. Accreta placentation: a systematic review of prenatal ultrasound imaging and grading of villous invasiveness. Am J Obstet Gynecol. 2016 Dec;215(6):712-721. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.044. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27473003.
9. Liao CY, Huang HW, Tsui WH. Unusual imaging findings of placenta accreta resulting in early hysterectomy in first trimester—Two case reports. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016 Dec;55(6):910-912. doi: 10.1016/j.tjog.2015.06.019. PMID: 28040150.
10. Flores-Rosas, Eva Mariana, Blancas-Camacho, Daniela Esliener, Casillas-Barrera, Manuel, Solórzano-Aguilar, Melina, Hernández-Hernández, Verónica Yazmín, & Ramírez-Liño, Rosine Doris. (2021). Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo como causa de choque hipovolémico: reporte de un caso. *Ginecología y Obstetricia*, 09(11), 913-917. Epub 23 de mayo de 2021. <https://doi.org/10.24245/gom.0911.1598>