

V. Concurso de Trabajos de Investigación Básica “Carlos Espinosa Flores”

ACRETISMO PLACENTARIO TEMPRANO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Fortanel Fonseca¹, C. Rojas Tavera¹. ¹Hospital Ángeles México.

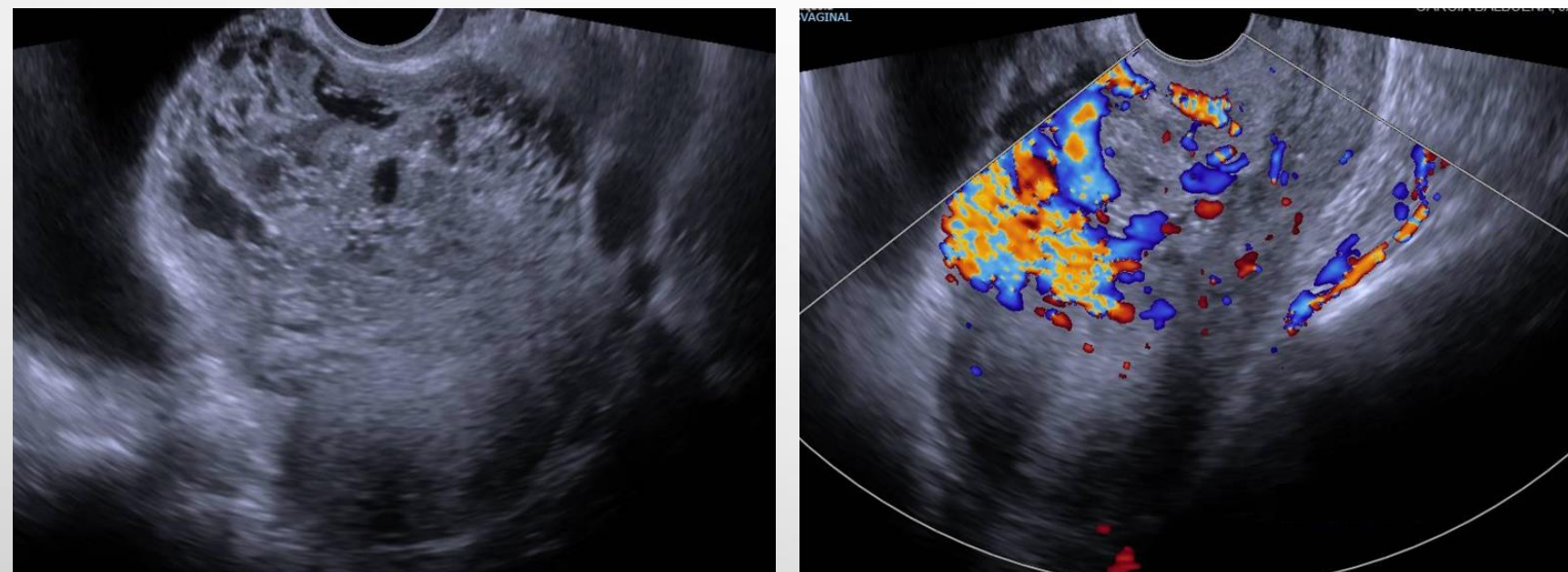
INTRODUCCIÓN

El espectro de acretismo placentario comprende condiciones caracterizadas por invasión trofoblástica anormal hacia el miometrio y la serosa uterina, las cuales se clasifican como acreta cuando las vellosidades se adhieren al miometrio (75% de casos), increta cuando invaden al miometrio (18% de casos) y percreta cuando se invade la capa serosa y estructuras adyacentes (7% de casos). En los últimos 40 años se estima que la incidencia de acretismo placentario ha aumentado de 0.08% a 0.3% en la población general, debido al incremento en las tasas de resolución del embarazo mediante cesárea.¹

CASO CLÍNICO

Se trata de mujer de 39 años, Gesta 4 Parto 1 Cesárea 1 Aborto 2, hemotipo O Rh negativo. Acude al área de Urgencias en marzo del año actual, debido a sangrado transvaginal rojo rutilante en moderada cantidad que inició cuatro horas previas a su ingreso, acompañado de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio, de intensidad 6/10.

A la exploración física se encontraba consciente, orientada, con palidez de tegumentos, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis normoactiva, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, sin datos de irritación peritoneal. Se realiza tacto vaginal con cavidad eutérmica, con fondo uterino a nivel de sínfisis del pubis, dolor a la movilización cervical, fondos de saco libres, sangrado transvaginal moderado a la salida de guante explorador, extremidades íntegras, sin edema. Ingresa a la unidad tocoquirúrgica, en donde se solicitan estudios de laboratorio y ultrasonido endovaginal, el cual reportó útero en anteflexión con dimensiones de 6.4x4.1x2.7 cm en sus ejes mayores, con bordes mal definidos y parénquima heterogéneo, endometrio hiperecogénico de 6.8 mm. Se observó imagen de 7.8x8.6x7.2 cm a nivel de pared uterina anterior, con volumen estimado de 257 cc, con saturación importante a la aplicación del Doppler color, a descartar mioma con degeneración hialina. (Figuras 1 y 2)



Debido a persistencia de sangrado se decide efectuar legrado hemostático. Durante el curetaje ocurre hemorragia profusa, por lo que se decide laparotomía exploradora. Se visualiza tumoración en cara anterior del útero a nivel del istmo, hipervascularizada y extendida hacia ligamentos anchos, por tanto se realiza histerectomía subtotal, reportando sangrado total de 1400 ml, ameritando transfusión de dos concentrados eritrocitarios. La paciente cursa con adecuada evolución posquirúrgica, siendo egresada a las 48 horas. El reporte histológico destaca la presencia de segmento intramural de placenta, con vellosidades de tamaño pequeño a intermedio, con capilares finos y estroma laxo, revestidas por células del trofoblasto, las cuales rebasan la decidua basal y contactan directamente a las fibras del músculo liso miometrial, con involucro del tejido conectivo submesotelial, en relación a percretismo placentario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó búsqueda en PubMed con los términos “placenta accreta” AND “first trimester” del año 2000 al 2022, obteniendo en total 163 resultados. Al aplicar el filtro de artículos de revisión se obtuvieron 33 resultados, distribuidos en las siguientes categorías: 14 relacionado a métodos diagnósticos, 9 de fisiopatología, 3 sobre tratamiento y 7 acerca de reportes de caso y revisiones sistemáticas.

DISCUSIÓN

La paciente del caso descrito previamente contaba con antecedentes quirúrgicos de cesárea y dos legrados uterinos, los cuales representan factores de riesgo para el desarrollo de esta entidad. Sin embargo, debido a que presentaba ciclos menstruales irregulares la sospecha diagnóstica correspondió a sangrado uterino anormal secundario a miomatosis uterina, lo cual fue respaldado inicialmente por el ultrasonido endovaginal. Los diagnósticos diferenciales basados en los hallazgos de imagen son leiomiomas y enfermedad trofoblástica gestacional. Cabe destacar que durante la intervención quirúrgica las características macroscópicas no correspondían a un mioma con degeneración hialina, sino a un tejido laxo altamente vascularizado. El diagnóstico de percretismo placentario no se tuvo en consideración durante su abordaje inicial debido a la baja incidencia reportada del desarrollo de esta entidad durante el primer trimestre del embarazo.

CONCLUSIONES

El diagnóstico prenatal oportuno del espectro de acretismo placentario disminuye la incidencia de complicaciones perinatales, al permitir la planeación del abordaje multidisciplinario durante la resolución del embarazo. Se han evaluado marcadores bioquímicos y ecográficos como factores predictivos del desarrollo del espectro de acretismo, disponibles desde el primer trimestre de gestación, los cuales pueden ser empleados de forma dirigida en pacientes que presenten factores de riesgo.² El tratamiento definitivo del espectro de acretismo placentario es la histerectomía obstétrica, la cual se debe efectuar oportunamente, aunado a la estabilización hemodinámica mediante el uso de hemoderivados o en su defecto realizar intervenciones temporales como empaquetamiento y traslado a un tercer nivel de atención médica.

REFERENCIAS

1. Yu FNY, Leung KY. Antenatal diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021 Apr;72:13-24
2. D'Antonio F, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Monteagudo A, Buca D, Forlani F, Minneci G, Foti F, Manzoli L, Liberati M, Acharya G, Cali G. First-trimester detection of abnormally invasive placenta in high-risk women: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018 Feb;51(2):176-183