



Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

ACRETISMO PLACENTARIO

María Cristina López Garrido

04/11/2021

INTRODUCCIÓN

En la década de 1930, la prevalencia de los trastornos del espectro de placenta acreta (PAS) era de aproximadamente 1 de cada 30.000 nacimientos, pero ahora se ha producido un aumento a 1 de cada 800-1000 nacimientos. Este aumento está directamente relacionado con la tasa de cesáreas, por las cuales el miometrio no se regenera correctamente, dejando un defecto que puede ser utilizado en las siguientes placentaciones.

De la misma manera, ante la presencia de placenta previa, el riesgo de PAS aumenta del 3% en aquellas sin una cesárea previa y el 10%, 40% y 60% después de 1, 2 y 3 cesáreas previas, respectivamente.

La detección ecográfica es prioritaria para disminuir la morbimortalidad asociada a esta condición.

Las complicaciones más frecuentes están relacionadas con hemorragia postparto (90%), necesidad de transfusión, lesión de órganos adyacentes, infección, retención de restos ovulares, CID, aumento de la incidencia de histerectomía postparto y el aumento de la necesidad de cuidados intensivos.

Las complicaciones neonatales son limitadas y están más relacionadas con el parto pretérmino que con la invasión placentaria en sí misma.

La capacidad de estratificar el riesgo según ecografía también nos permite reducir las complicaciones derivadas de la iatrogenia como pueden ser procedimientos invasivos o parto prematuro planificado.

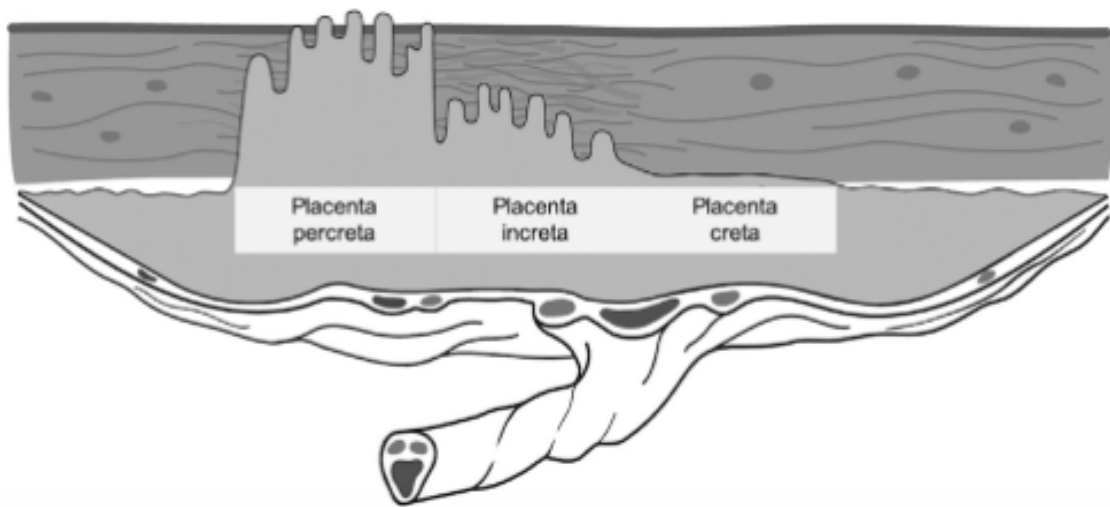
DEFINICIONES

El acretismo placentario se produce como resultado de un fallo en la decidualización normal, generalmente en un área de una cicatriz uterina previa.

Los trastornos del espectro de placenta acreta (PAS) describen diferentes grados de adherencias anormales de la placenta a la pared uterina.

- A) En la placenta acreta, el tejido vellositario se adhiere directamente al miometrio sin invadir la pared uterina.
- B) En la placenta íncreta, el tejido vellositario invade el miometrio.
- C) Placenta percreta, el tejido vellositario invade todo el espesor del miometrio, incluida la serosa uterina.

Los diferentes grados de trastornos del espectro de placenta acreta pueden coexistir dentro de la misma placenta.

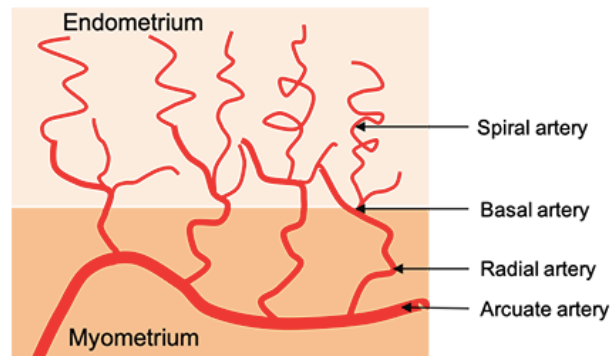


Entre las pacientes con diagnóstico histológico confirmado de acretismo, la placenta acreta representa el 81,6% de los casos, la placenta íncreta el 11,8% y la placenta pércreta el 6,6%

ANATOMÍA

La placenta definitiva se forma entre la semana 9 y 12 de gestación y esta compuesta de la cara decidual (que contiene las arterias espirales) y la cara fetal por donde va unido el cordón.

La circulación llega al útero a través de las arterias uterinas. Estas arterias a nivel de miometrio se dividen en las arterias arcuatas. Estas se unen con las arterias arcuatas del lado contralateral y dan lugar a las arterias radiales, las cuales van a penetrar en el endometrio donde se convierten en las arterias basales que darán lugar a las arterias espirales.



Un defecto en la decidualización en un área de cicatriz uterina provoca la implantación de las vellosidades placentarias directamente en el miometrio.

Otras causas mucho más infrecuentes pueden deberse a patología uterina como útero bicorne, adenomiosis, fibrosis submucosa, que pueden producir defectos endometriales microscópicos que condicionan una placentación anómala, pudiendo ser la explicación de casos de acretismo placentario en pacientes primíparas.

FACTORES DE RIESGO

El principal factor de riesgo que con más frecuencia se asocia a acretismo placentario es la cicatriz uterina de cesárea anterior con placenta previa.

Placenta previa por si misma también es un factor de riesgo independiente.

Otros factores de riesgo descritos¹, aunque no se puede cuantificar su contribución al incremento de riesgo de placenta acreta son:

- Edad superior a 35 años.
- Multiparidad.
- Defectos endometriales (síndrome de Asherman).

- Irradiación pélvica.
- Endometritis postparto.
- Extracción manual de la placenta en embarazos previos.
- Miomas submucosos.
- Tabaco.

CLÍNICA

Durante el período prenatal veremos que es asintomática, salvo que esté relacionado con placenta previa, en este caso puede presentar sangrado.

Cuando se trata de una placenta pércreta, la invasión de estructuras vecinas puede causar síntomas en función del órgano invadido (por ejemplo: hematuria por invasión de la vejiga).

Manifestaciones intraparto²:

La primera manifestación clínica del acretismo placentario suele aparecer en el periodo del alumbramiento, en el que se detectará la falta de cotiledones durante la revisión placentaria (acretismo parcial) o la ausencia de desprendimiento de la placenta (acretismo total). Encontraremos también:

- Ausencia de plano de clivaje entre la placenta y el miometrio.
- Imposibilidad de una extracción manual completa de la placenta siendo evidente la retención.
- Sangrado importante en el lugar de la inserción placentaria después de una extracción forzada.
- Ausencia de decidua o presencia de fibras musculares en contacto con las vellosidades placentarias.

Hallazgos de laboratorio:

-Elevación de la AFP: durante el segundo trimestre se ha relacionado con PAS. Se han descrito elevaciones >2 múltiplos de la mediana, no obstante aunque apoya el diagnóstico, aún no está avalado su uso y una ausencia de elevación no excluye el diagnóstico.

-Hematuria asintomática: causada por la invasión vesical de la placenta.

CRIBADO

La FMF³ propone una búsqueda sistemática de los diversos signos de placenta acreta:

- Antecedentes de cesárea anterior en los que se asocie una placenta baja o previa.
- Historia de cirugía uterina (que no sea una cesárea).

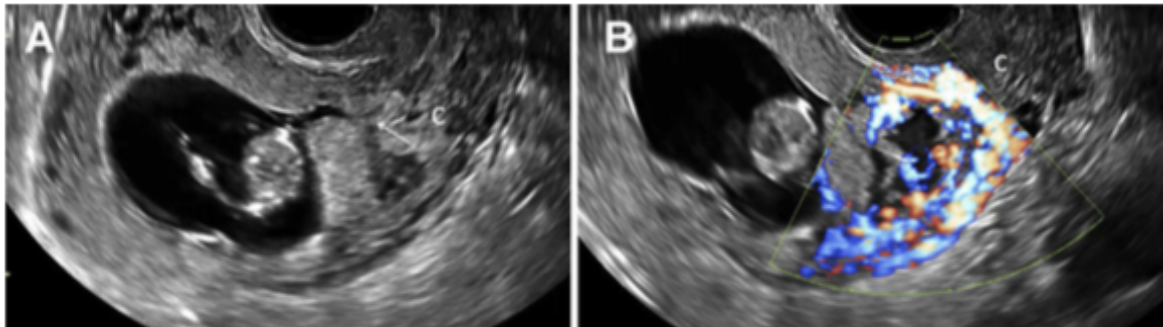
Ya en el primer trimestre⁴ se puede realizar un cribado eficaz en pacientes de riesgo. Estudios con más de 20.000 embarazos, se informó que entre las 11 y 13 semanas de gestación, alrededor del 5% de las mujeres tenían antecedentes de cirugía uterina previa y placenta baja. Estas mujeres fueron examinadas a las 12-16 semanas de gestación y en los 13 casos de placenta acreta en la población, el diagnóstico se realizó en esta etapa temprana del embarazo. Se encontraron al menos tres marcadores (lagunas vasculares, miometrio < 1 cm, y alteraciones vasculares) en los 13 casos de placenta acreta y en 1 de los 1000 casos sin placenta acreta, lo que arroja una tasa de falsos positivos del 0,1%.

No obstante, entre la semana 18-24 el diagnóstico puede hacerse con un 90% de precisión, siendo más valorable la interfase entre la placenta y el miometrio. Es por ello por lo que generalmente el cribado se suele hacer a esta edad gestacional, debido también a una reducción del número de placentas de implantación baja con respecto a las primeras semanas de gestación.

Durante el primer trimestre es de suma importancia reconocer si existe un saco de implantación baja, en relación con la cicatriz de una cesárea anterior.



En una revisión sistemática⁵ reciente, evaluaron la detección de PAS en mujeres de alto riesgo durante el primer trimestre temprano (6-8 semanas), y se encontró un saco de implantación bajo cercano a la cicatriz uterina en el 82.4% de las pacientes.

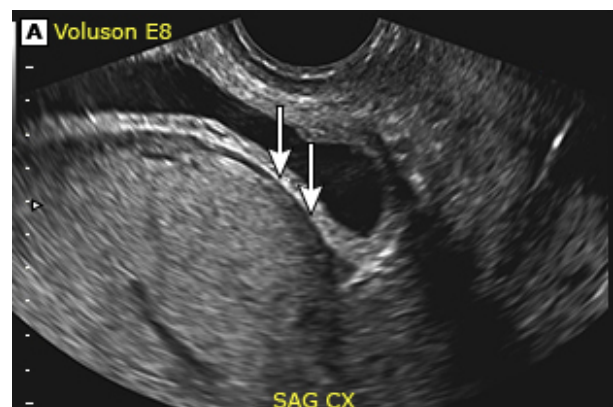


SIGNOS ECOGRÁFICOS DE PLACENTACIÓN ANÓMALA

Recomendaciones generales⁶

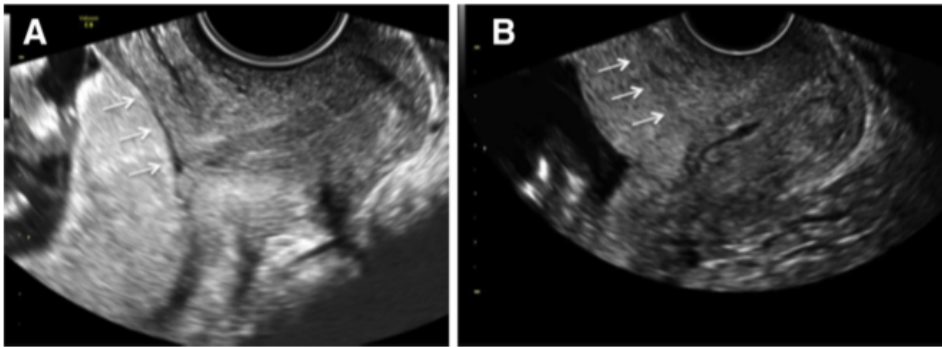
- Se debe iniciar el estudio con ecografía abdominal para obtener una imagen general de la placenta y la gestación.
- Para el estudio diagnóstico de PAS se debe usar una sonda transvaginal, que permite estudiar con más detalle el segmento uterino, la pared posterior de la vejiga y el cérvix.
- La vejiga debe estar parcialmente llena
- Se debe usar el Doppler color sobre las lagunas vasculares y hallazgos en 2D (preferiblemente después de la semana 10 de gestación).

1. Delgadez del miometrio: se produce cuando el miometrio tras la placenta mide < 1 mm. Este signo aparece en el 50% de los casos.



Este marcador puede ser alterado iatrogénicamente si se presiona mucho con la sonda ecográfica.

2. Pérdida del espacio anecóico retroplacentario este signo se puede encontrar en el 70% de los acretismos placentarios.



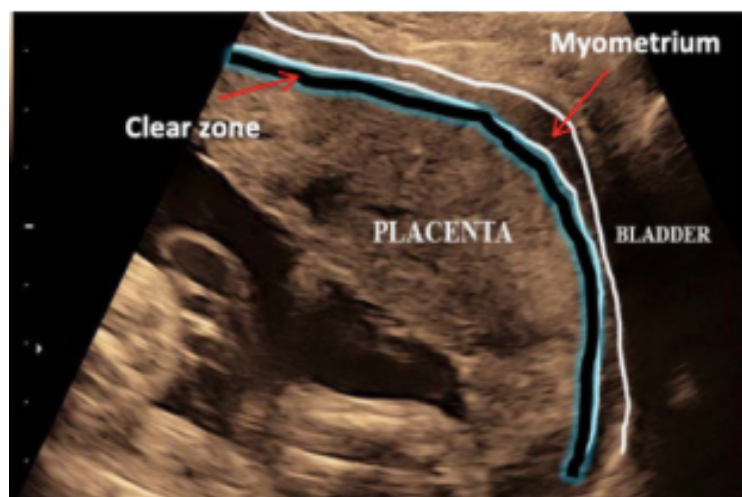
La **zona clara** es un espacio retroplacentario hipoeoico. Está formado por dos capas: la decidua que contiene la punta de las arterias espirales y el miometrio superficial que contiene las arterias espirales y basales.

La apariencia de la zona clara cambia con:

- Edad gestacional avanzada
- Ubicación placentaria en la cavidad uterina.
- Presión directa de la sonda de ultrasonido

El miometrio es la zona que se encuentra tras la zona clara y su grosor disminuye si ha habido cesáreas, si presionamos con la sonda o la vejiga se encuentra muy llena.

La especificidad de la pérdida de la zona clara es de un 92% con una sensibilidad del 75%



3.Lagunas vasculares en la placenta son espacios anecóicos intraplacentarios adyacentes a la pared uterina y que corresponden a un drenaje venoso anómalo por una vascularización arterial anormal. Dan una imagen denominada clásicamente en “queso suizo” .

Yang et al⁷ investigaron la asociación entre la presencia de lagunas vasculares y las complicaciones maternas (hemorragia y necesidad de histerectomía) en 51 embarazadas, señalando que el número de lagunas estaba directamente relacionado con estas complicaciones, así como su ausencia era un factor predictivo negativo de PAS.

Las lagunas placentarias pueden aparecer en mujeres sin PAS, pero cuando son numerosas, alargadas, con bordes irregulares, deben hacernos sospechar.

La especificidad del uso de las lagunas vasculares como criterio diagnóstico es del 97% con una sensibilidad del 75% según metaanálisis realizados.



Finberg y Williams proponen un sistema de estratificación de las lagunas vasculares donde:

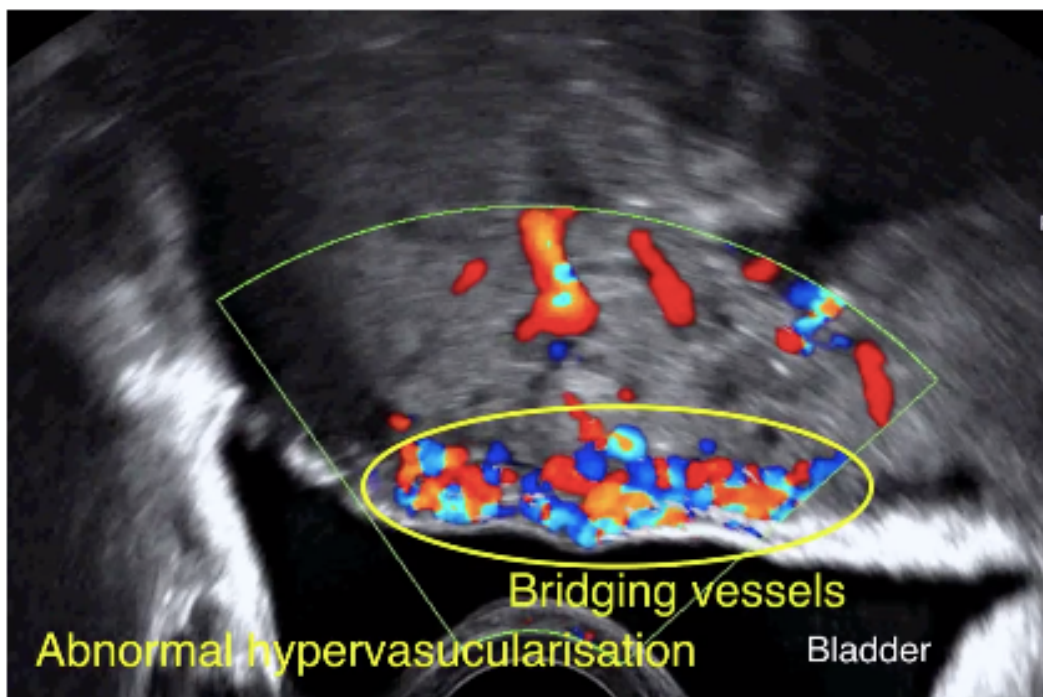
- Grado 0: No hay lagunas vasculares
- Grado 1: placentas con 1-3 lagunas pequeñas
- Grado 2: 4-6 lagunas más grandes e irregulares
- Grado 3: lagunas numerosas, alargadas y con apariencia abigarrada.

La ausencia de lagunas vasculares tiene un valor predictivo negativo 88-100% de desarrollo de PAS.

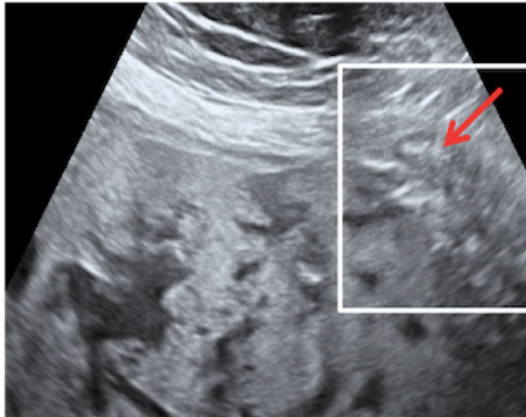
4.Interrupción de la interfase miometrio-vejiga por aumento de vasos sanguíneos dilatados que se interponen entre la zona anterior uterina y la zona posterior vesical.



También es común la presencia de vasos sanguíneos, que se extienden desde la placenta, atravesando miometrio y llegando a la serosa y la zona de unión vesical, no encontrándose en placentas que no PAS.



5. Presencia de una **masa exofítica** en órganos extrauterinos, solo presente en la placenta percreta.

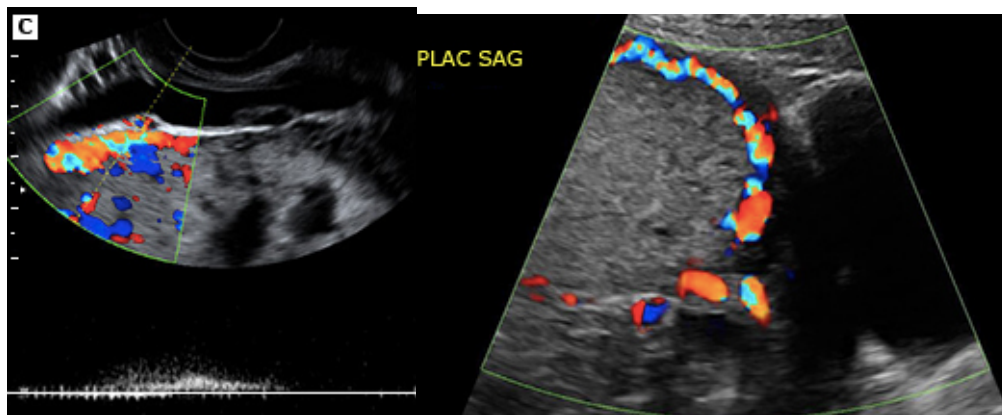


6. Doppler:

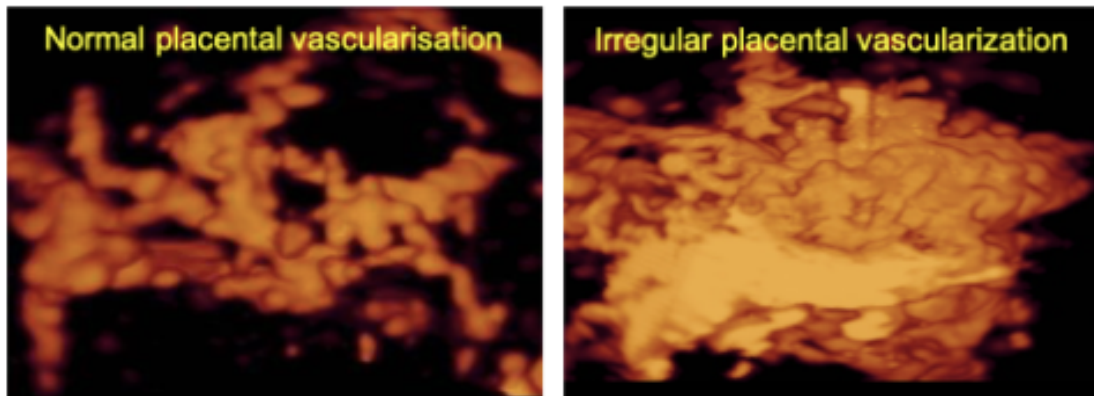
Lagunas vasculares con flujo turbulento (pico sistólico máximo >15 cm/s).

Hipervascularización en la interfase miometrio-vejiga.

Dilataciones vasculares periféricas subplacentarias.



Ecografía 3D: La representación del borde placentario con Doppler de potencia 3D tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de placenta acreta. En la placenta acreta hay grandes lagos y vasos que se cruzan entre sí sin espacios. En una placenta normal, los vasos se ven por separado sin lagos.



Sensibilidad y especificidad de los diferentes signos ecográficos anteriormente descrita⁸.

TABLE 1 Summary estimates of sensitivity and specificity of different ultrasound and MRI signs for the detection of PAS disorders.^a

Detection signs	Studies (n)	Patients (n)	% Sensitivity (95% CI)	% Specificity (95% CI)
Ultrasound signs				
Placental lacunae	13	2725	77.4 (70.1–83.1)	95.02 (94.1–95.8)
Loss of hypochoic space	10	2633	66.2 (58.3–73.6)	95.8 (94.9–96.5)
Abnormalities of uterus-bladder interface	9	2579	49.7 (41.4–58.0)	99.8 (99.5–99.8)
Color Doppler abnormalities	12	714	90.8 (85.2–94.7)	87.7 (84.6–90.4)
MRI signs				
Uterine bulging	5	119	79.1 (60.3–90.4)	90.2 (76.2–96.4)
Heterogeneous signal intensity	6	143	78.6 (57.7–90.8)	87.7 (50.4–98.0)
Dark intraplacental bands on T2	6	146	87.9 (70.9–95.6)	71.9 (55.6–84.0)
Focal interruption of myometrium	4	119	92.0 (79.2–97.2)	75.6 (50.4–90.4)
Tenting of the bladder	2	74	80.0 (28.0–99.5)	98.6 (92.2–100)

RESONANCIA MAGNÉTICA

Esta técnica está indicada en aquellos casos en los que la ecografía es muy sospechosa de placenta acreta, pero no lo suficiente como para confirmar el diagnóstico y más aún en aquellas situaciones en las que sospechando una placenta pércreta, necesitemos una buena definición de la extensión a los órganos vecinos para programar la cirugía. También es de ayuda cuando la placenta esta en cara posterior ya que dificulta su evaluación ecográfica.

El uso de medios de contraste como el gadolinio, podría incrementar la capacidad diagnóstica, pero cruza la placenta y su efecto sobre el feto es desconocido, debiendo quedar relegado a situaciones en las que el beneficio esperado supere al riesgo.

La RM tiene una sensibilidad del 77-88% y una especificidad del 96-100%.

Los hallazgos en la RM que hacen sospechar la presencia de un acretismo placentario son los siguientes:

-Bandas intraplacentarias de baja intensidad en T2, cuyo volumen se corresponde con la invasión placentaria.

-Señal de intensidad heterogénea en la placenta.

-Engrosamiento uterino por efecto masa de la placenta.

-Interrupción focal de la pared miometrial.

-Adelgazamiento miometrial, con una anchura <1 mm en el lugar de implantación de la placenta.

-Vejiga en tienda de campaña.

-Invasión de tejido placentario fuera del útero.

ACTITUD ANTE EL PARTO

Si existe un diagnóstico anteparto de acretismo placentario lo más indicado es finalizar el parto de forma electiva mediante cesárea ya que se relaciona con menor pérdida sanguínea.

El parto debe programarse a partir de la semana 36-37 para intentar que la morbilidad derivada de la prematuridad sea menor, así como para reducir el riesgo de que se presente una hemorragia inesperada; pero permitiendo una planificación adecuada del parto.

Dado la alta frecuencia de hemorragia asociada al acretismo placentario, es necesario que el parto se produzca en centros de tercer nivel con equipos multidisciplinares a disposición de la embarazada, con capacidad de transfusión de grandes cantidades de sangre y derivados.

La SEGO recomienda⁹:

- Planificación de la intervención por un equipo multidisciplinar.
- Obstetra experto presente en la intervención.
- Anestesiista experto presente en la intervención.
- Banco de sangre disponible.
- Disponibilidad de unidad de cuidados intensivos.
- Información y consentimiento para las posibles opciones terapéuticas

La gestante debe ser informada de que si se confirma la invasión de pared uterina, tiene un alto riesgo de precisar una histerectomía y perder su capacidad reproductiva. Si la paciente opta por un tratamiento conservador con la intención de preservar la fertilidad, deberá ser informada de los riesgos de este tratamiento y de los criterios que hacen imposible su realización.

El tratamiento definitivo para el acretismo placentario es la histerectomía tras cesárea, especialmente en aquellas gestantes que no tienen más deseos genésicos.

En cuanto a la técnica quirúrgica, aunque es frecuente usar la incisión de Pfannenstiel, en ocasiones la laparotomía media resultará recomendable para poder mejorar la visualización del campo quirúrgico y acceder a partes del útero donde no esté inserta la placenta, siendo necesario en ocasiones realizar la incisión en el fondo uterino e incluso en su cara posterior .

Es aconsejable evitar la lesión de la placenta durante la entrada a la cavidad uterina, alejando la incisión uterina del lecho de la inserción placentaria.

Tras el nacimiento del feto, si el diagnóstico está confirmado y se ha planificado una histerectomía, la placenta se deja "in situ" y se procede a suturar la histerotomía para disminuir el sangrado.

La extracción de la placenta no es siempre necesaria y puede posponerse. Hay que ser conscientes que el despegamiento de la placenta señala el “punto de no retorno”. La extirpación forzada de la placenta debería evitarse dado que se asocia a una mayor frecuencia de hemorragia masiva posparto que la histerectomía o que el manejo conservador.

Por la frecuente asociación entre acretismo placentario y placenta previa, en aquellos casos en que sea necesaria realizar una histerectomía, esta debe incluir el cérvix uterino, puesto que si se deja el cuello existe un alto riesgo de sangrado posquirúrgico debido a la abundante vascularización colateral.

Según el tipo de acretismo o las necesidades de la paciente se pueden utilizar distintos tipos de tratamiento:

A) Acretismo focal: esta entidad se detecta durante el tercer periodo del parto por la aparición de una hemorragia del alumbramiento y/o la retención parcial de la placenta. Se recomienda que las partes no desprendidas se dejen “in situ”, ya que el intento de despegamiento puede causar una grave hemorragia.

Tratamiento conservador

En los últimos años se plantea como una posible opción, el tratamiento conservador de la placenta acreta dejando la placenta "in situ". Este tipo de tratamiento está indicado sobre todo en pacientes que quieren conservar su fertilidad, en algunos casos de placenta pércreta con invasión de órganos vecinos.

El tratamiento puede complementarse con:

- Fármacos: oxitocina, prostaglandinas o ergóticos, para controlar la hemorragia y favorecer la contracción uterina.
- Procedimientos mecánicos: como el balón de Bakri u otros tipos de taponamiento uterino.
- Suturas compresivas del útero, como las que se utilizan en la plicatura de B-Lynch.

Tratamiento quirúrgico

Consiste en extraer la placenta adherida, realizar una resección en cuña del lecho miometrial sangrante donde se ha producido el acretismo focal hasta alcanzar tejido sano y posterior sutura en capas para reparar el defecto miometrial. Este procedimiento puede completarse con el uso de agentes tópicos hemostáticos que contribuyen a prevenir el sangrado del lecho quirúrgico.

B) Acretismo total: el tratamiento está en parte influido por el momento del diagnóstico.

Si el acretismo se descubre intraparto, no debe de forzarse el alumbramiento. Si no se puede despegar la placenta con las maniobras habituales, se puede dejar “in situ” y finalizar la intervención previa histerorrafia (tratamiento conservador), o dejarla “in situ”, cerrar la histerotomía y realizar una histerectomía. Cualquiera de los dos procedimientos se asocia con una menor pérdida sanguínea, que intentar despegar la placenta.

Si por el contrario, hay una sospecha anteparto de placenta acreta, debe programarse la finalización del embarazo mediante cesárea, con el equipo médico y las medidas apropiadas y puede proponerse a la paciente un manejo conservador. Este tipo de manejo ha demostrado una clara disminución de la tasa de histerectomías y de transfusiones sanguíneas.

Si optamos por tratamiento conservador, se recomienda el uso de uterotonicos y antibioticos profilácticos, así como controlar la reabsorción de la placenta mediante ecografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2012 Jul;120:207-11.
2. RCOG: Clinical Green Top Guidelines no 27. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management. January 2011. Accesible en: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG27PlacentaPraeviaJanuary2011.pdf>.
3. Panaiotova J, Tokinaka M, Krajewska Km, Zosmer N, Nicolaides KH. Screening for morbid adherent placenta in early pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019;53:101-106.
4. Cali G, Timor-Trisch IE, Palacios-Jaraquemada J, et al. Changes in ultrasonography indicators of abnormally invasive placenta during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2018;140:319–25.
5. D'Antonio F, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, et al. First-trimester detection of abnormally invasive placenta in high-risk women: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018;51:176–83.
6. Shanker SA, Coleman B, Timor-Tritsch IE, et al. Society for Maternal-Fetal Medicine. Report of the Society for Maternal-Fetal Medicine Placenta Accreta Spectrum Ultrasound Marker Task Force: Consensus on definition of markers and approach to the ultrasound examination in pregnancies at risk for placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* 2021
7. Yang JI, Lim YK, Kim HS, Chang KH, Lee JP, Ryu HS. Sonographic findings of placental lacunae and the prediction of adherent placenta in women with placenta previa totalis and prior cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;28:178–82.
8. D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 42:59-517
9. Sociedad Española de Gineología y Obstetricia. *Acretismo placentario*. Disponible en: https://sego.es/Guias_de_Asiencia_Practica#perinatal

10. Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. BJOG 2018