



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Tratamiento conservador del acretismo placentario

Anna Maroto*, Jorge Costa, Bibiana Morillas, Maria Grimau, Ramón Cos,
Manuel Corona e Yolanda Canet

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Consorci Sanitari Universitari Parc Taulí, Hospital de Sabadell, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 1 de marzo de 2012; aceptado el 6 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 17 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Placenta acreta;
Tratamiento
conservador;
Ecografía;
Histeroscopia;
Resonancia magnética

KEYWORDS

Placenta accreta;
Conservative
management;
Ultrasound;
Hysteroscopy;
Magnetic resonance

Resumen

Introducción: El acretismo placentario ha aumentado debido al incremento de la cirugía uterina previa (en particular las cesáreas). La conducta ha evolucionado de un abordaje quirúrgico radical a un tratamiento conservador.

Caso clínico: Gestante de 26,1 semanas que ingresó por rotura prematura de membranas. A los 3 días se realizó una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal apreciando acretismo placentario, dejando un fragmento en el lecho cornual. Dada la ausencia de sangrado se decidió adoptar una conducta expectante. El control clínico posterior fue correcto. Los seguimientos ecográfico e histeroscópico observaron una reducción progresiva del tamaño placentario desapareciendo a los 5 meses posparto.

Discusión: El manejo óptimo de la placenta acreta sigue siendo discutido en la literatura médica. En casos seleccionados, deberíamos ofrecer la posibilidad de realizar un tratamiento conservador, reduciendo la morbilidad y preservando la fertilidad de la paciente.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Conservative management of placenta accreta

Abstract

Introduction: Placental accreta has increased because of the greater use of prior uterine surgery, especially cesarean section. Treatment has evolved from a radical surgical approach to conservative management.

Case report: A woman at 26.1 weeks of pregnancy was admitted to hospital because of premature rupture of membranes. Three days after a cesarian section was performed for suspected fetal distress, we observed placenta accreta. A fragment of placenta was left in the cornual bed. Given the absence of bleeding, an expectant attitude was adopted. Subsequent follow-up showed no abnormalities. Ultrasound and hysteroscopic monitoring showed a progressive reduction of placental size until its disappearance at 5 months postpartum.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: annamaroto@gmail.com (A. Maroto).

Discussion: The optimal management of placenta accreta remains controversial in the literature. In selected cases, we should offer the possibility of conservative treatment, reducing morbidity and preserving the fertility of the patient.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La placenta accreta se define como la implantación anormal de la placenta en la cual el villi placentario está sujeto en el miometrio. Se considera una placenta increta si invade el miometrio y percreta si atraviesa la serosa uterina, pudiendo afectar a órganos vecinos.

Se han descrito múltiples factores de riesgo para el desarrollo de la placenta accreta, de los cuales el más importante es la cirugía uterina previa con implantación placentaria a nivel de la cicatriz¹⁻⁵. Por este motivo, debido al aumento del número de cesáreas, su incidencia se ha visto incrementada en las últimas décadas de 0,8/1.000 partos en 1980 a 3/1.000 en la década pasada^{6,7}. Otros factores de riesgo descritos han sido la edad materna, la multiparidad, otros tipos de cirugía uterina previa, el síndrome de Asherman, la ablación endometrial, la presencia de miomas uterinos, los trastornos hipertensivos del embarazo y el tabaco⁸.

El diagnóstico precoz y la valoración multidisciplinaria son necesarios para el manejo óptimo de este trastorno y la planificación de la conducta a seguir².

Este diagnóstico raramente se efectúa durante la gestación, siendo muchas veces efectuado intraparto (intraoperatorio en cesáreas) por la imposibilidad del alumbramiento, acompañado frecuentemente de hemorragia masiva que causa una gran morbimortalidad, desde la transfusión sanguínea o la coagulopatía al ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o la histerectomía periparto. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

El tratamiento de la placenta accreta ha evolucionado mucho en los últimos años, pasando de un planteamiento completamente intervencionista y radical (histerectomía) tras el parto o la cesárea⁹ a un tratamiento conservador, dejando la placenta total o parcialmente in situ si el estado hemodinámico de la paciente y el sangrado lo permiten y existe un deseo genésico posterior.

Dentro de este tratamiento conservador destacan la conducta expectante, la embolización arterial uterina y el tratamiento con metotrexato.

Presentamos un caso de placenta accreta en el que se optó por una conducta expectante, destacando el seguimiento posterior y que tuvo una evolución favorable.

Caso clínico

Paciente de 36 años, secundigesta, con un parto eutócico a las 41 semanas de un niño sano de 2.810 g. en el año 2002. Como antecedentes presentaba bronquitis asmática e intervención quirúrgica por atresia esofágica al año de vida.

A las 26,1 semanas de gestación, acudió a nuestro centro de referencia derivada de un hospital comarcal por rotura prematura de membranas precoz. El curso de gestación había sido correcto hasta ese momento.

La paciente refería hidrorrea e hipogastralgia de unas horas de evolución, motivo por el cual había consultado al servicio de urgencias. En la exploración física se confirmó la amniorrexia (aguas claras).

En el momento del ingreso presentaba una longitud cervical de 25 mm y un oligoamnios leve en la ecografía. El registro cardiotocográfico era reactivo con presencia de dinámica uterina subclínica. Se cursó un análisis de sangre y un sedimento urinario que resultaron normales y se inició maduración pulmonar con betametasona intramuscular, antibioterapia y tratamiento tocolítico con atosiban.

Durante el ingreso, los resultados analíticos permanecieron dentro de la normalidad. El control ecográfico mostró unas biometrías fetales correspondientes a 25,2 semanas, con líquido amniótico normal y una placenta normoinserta lateral derecha. La fluxometría Doppler umbilical y de la arteria cerebral media fueron normales.

A las 26,4 semanas, coincidiendo con inicio de un dolor abdominal brusco y metrorragia leve, se apreció bradicardia fetal en la auscultación que se recuperó espontáneamente. En la ecografía no se visualizaron imágenes indicativas de desprendimiento de placenta. El test no estresante mostró la presencia de desaceleraciones variables de forma persistente, con ausencia de variabilidad.

Ante la sospecha de un riesgo de pérdida de bienestar fetal y la imposibilidad de realizar controles bioquímicos, se indicó una cesárea con anestesia raquídea, naciendo un varón de 850 g, Apgar 8-9-10 y pH de arteria umbilical de 7.20 y de vena umbilical de 7.33, que fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos de neonatología.

La cesárea fue realizada según la técnica de Joel-Cohen, practicándose una histerotomía segmentaria transversal. Tras la extracción fetal y la administración oxitócica, se realizó alumbramiento manual con gran dificultad para localizar un plano de separación cornual derecha, que indicaba un posible acretismo en esta localización, y en el que se apreció una serosa uterina normal. Se realizó una separación parcial de la placenta, siendo los fragmentos remitidos al servicio de anatomía patológica. Un fragmento de tejido placentario fue dejado in situ. Se informó a la paciente de la situación y de las posibles opciones terapéuticas, y aceptó una conducta conservadora. No existió hemorragia severa intra ni postoperatoria y se finalizó la intervención sin otras incidencias.

A las 24 horas de la cesárea, se realizó un control ecográfico donde se apreció una imagen hiperrefringente de 37 mm en el cuerno uterino derecho compatible con la retención del fragmento placentario, sin invasión de la serosa y con banda de miometrio libre (fig. 1). La determinación de la porción beta de la hormona gonadotropina coriónica (β -hCG) a las 72 h postintervención fue de 743 mU/ml. El mismo día, se practicó una resonancia magnética (RM) que informó de la presencia de una imagen nodular con efecto de masa de unos 5-6 cm, con bordes irregulares a nivel cornual derecho. Tras la administración de contraste, se observaron 2 zonas de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968987>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968987>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)