

RENDIMIENTO DEL ULTRASONIDO EN EL DIAGNÓSTICO DE ACRETISMO PLACENTARIO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Erasmus Huertas Tacchino ^{1,a, b}

RESUMEN

Objetivos. Determinar la sensibilidad y especificidad del ultrasonido en la detección prenatal del acretismo placentario. **Materiales y métodos.** Diseño: Estudio observacional analítico retrospectivo Lugar: Unidad de Medicina Fetal. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú. Participantes: Gestantes que acudieron a la Unidad entre el 02 de enero y el 31 de diciembre del 2012, para realización de ecografía obstétrica por sospecha de acretismo. Se revisaron las historias clínicas de 93 pacientes evaluadas mediante ecografía durante el segundo y tercer trimestre buscando signos de acretismo, comparando luego con los hallazgos durante el parto y la anatomía patológica. **Resultados.** La sensibilidad del diagnóstico ecográfico de acretismo placentario es de 90.9% y la especificidad de 99%. La edad gestacional al momento del diagnóstico ecográfico fue en el 50% de casos entre las 32 y 36 semanas, siendo el diagnóstico más precoz el realizado a las 25 semanas. En el 100% de los casos el diagnóstico ecográfico de acretismo estuvo asociado al hallazgo de placenta previa y en el 70% de culminó en cesárea + histerectomía **Conclusiones.** El ultrasonido es una herramienta útil en el diagnóstico prenatal de acretismo placentario. Debe sospecharse en toda paciente con diagnóstico ecográfico de placenta previa.

Palabras Clave. Placenta accreta; Ultrasonido; Diagnóstico prenatal (Fuente: DeCS BIREME).

PERFORMANCE OF THE ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF PLACENTARY ACRETISM AT THE PERINATAL MATERNAL NATIONAL INSTITUTE

ABSTRACT

Objectives. To determine sensibility and specificity of ultrasound in prenatal detection of placenta accreta and to correlate with obstetric outcomes. **Material and methods.** Design: Observational, analytic and retrospective study. Patients: Pregnant women that went into Fetal Medicine Unit between January 1st and December 31st 2012 to perform an obstetric ultrasound because placenta accreta was suspected. Clinical records of 93 patients that were performed ultrasound between second and third trimester looking for ultrasound signs of placenta accreta were reviewed, the results were then compared with findings at delivery and in pathology. **Results.** Ultrasound sensibility for diagnosis of Placenta accreta is 90% and specificity is 99%. Gestational age at the moment of diagnosis in 50% of cases was between 32 and 36 weeks, and the earliest age was 25 weeks. Placenta previa was associated in 100% of cases of Placenta accreta and in 70% pregnancy ended in cesarean section + hysterectomy **Conclusions.** Ultrasound is a useful tool in prenatal diagnosis of Placenta accreta. The condition must be suspected in all patients with placenta previa by ultrasound.

Key words: Placenta Accreta; Ultrasound; Prenatal diagnosis (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario representa un espectro de anomalías de la placentación, caracterizado por una adherencia anormal de ésta a la pared uterina. hoy en día se le define como placenta anormalmente invasiva y comprende la placenta accreta, increta y percreta¹.

Ocurre en 1 cada 533 partos y su incidencia se ha incrementado 10 veces en los últimos 50 años, en relación directa con el incremento de la tasa de cesáreas^{2,3}. Se considera como una complicación severa del embarazo

que puede asociarse con hemorragia intra parto y post parto masiva y potencialmente letal y su detección prenatal podría jugar un papel fundamental en el propósito de disminuir el riesgo de morbilidad materna. En la literatura internacional existen varios reportes epidemiológicos de esta patología, sin embargo, en nuestro medio no existen reportes de su incidencia a nivel nacional solo existen 3 publicaciones al respecto con una antigüedad que supera los 10 años⁴⁻⁶. Tampoco existen en nuestras medias publicaciones que evalúen la eficacia del diagnóstico prenatal mediante ultrasonido a pesar de su uso masivo en la práctica clínica.

¹ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

^a Unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú.

^b Departamento Académico de Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú

Citar como: Huertas E. Rendimiento del ultrasonido en el diagnóstico de acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(1):13-6.

DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2019134>

Recibido: 07-03-19 Aprobado: 27-03-19

El objetivo general fue determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del ultrasonido en el diagnóstico de acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo de todas las pacientes que acudieron al Servicio de Medicina Fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal entre el 02 de enero y el 31 de diciembre del 2012, para realización de ecografía obstétrica por sospecha de acretismo.

Las pacientes fueron evaluadas aleatoriamente por cuatro médicos gineco-obstetras con entrenamiento en ultrasonido de III nivel en equipos Voluson E8 y Voluson Expert. Todas fueron evaluadas por vía abdominal inicialmente y luego se complementó la evaluación con ecografía transvaginal. El uso del modo Doppler y 3D quedó a elección del médico responsable del informe.

Se revisaron las historias clínicas de 89 de las 93 pacientes referidas para descarte de placenta acreta. Se anotaron datos de la vía del parto así como de los reportes operatorios y anatomo patológicos.

Los datos fueron registrados en una base de datos elaborada en la hoja de cálculo del programa SPSS 11,0 y los análisis descriptivos fueron realizados con el apoyo de los paquetes estadísticos EPIINFO 6 y SPSS 11,0

RESULTADOS

Durante el año 2012 se realizaron un total de 8550 evaluaciones ecográficas obstétricas en la UMF de ellas 93 fueron para descartar acretismo y 22 tuvieron diagnóstico ecográfico de acretismo placentario. La revisión de las historias clínicas descartó la sospecha de Acretismo en 66 de 78 casos (especificidad 84.6%), y confirmó el diagnóstico ecográfico en 10 de 11 casos (sensibilidad 90.9%) (Tabla 1) El valor predictivo positivo fue de 45% (10/22) y el valor predictivo negativo 99% (66/67) El porcentaje de pérdida de datos fue de 4% ya que no se pudieron ubicar 4 historias clínicas. La prevalencia real de acretismo según el presente estudio fue de 118 por cada 1000 ecografías dirigidas. La edad gestacional al momento del diagnóstico ecográfico fue (Tabla 2) en el 50% de casos entre las 32 y 36 semanas, siendo el diagnóstico más precoz el realizado a las 25 semanas.

En el 100% de los casos el diagnóstico ecográfico de acretismo estuvo asociado al hallazgo de placenta previa. Solo en un caso 50% se diagnosticó percretismo el cual fue confirmado en el acto quirúrgico requiriendo reparación quirúrgica de la vejiga. Hubo un caso adicional

de percretismo el cual no fue diagnosticado prenatalmente requiriendo reparación vesical durante la cesárea (Tabla 3).

70% de los casos terminaron en cesárea + histerectomía y en solo 30% se pudo conservar el útero mediante la sutura del lecho sangrante con puntos transfixantes.

Tabla 1. Correlación clínica y ecográfica de acretismo placentario en los casos confirmados al nacimiento.

Hallazgo	Acretismo confirmado	Acretismo descartado	Total
Ecografía sugestiva	10	12	22
Ecografía normal	1	66	67
Total	11	78	89

Tabla 2. Edad gestacional al momento de diagnóstico ecográfico de acretismo placentario en los casos confirmados al nacimiento

Edad gestacional	Nº	%
< 32 semanas	3	30
32 – 36 semanas	5	50
≥ 37 semanas	2	20
Total	10	100

DISCUSIÓN

La ecografía constituye uno de los métodos para el diagnóstico prenatal del acretismo placentario junto con la Resonancia Magnética Nuclear y los marcadores biológicos (DNA fetal libre, RNAm placentario). Debido a que en nuestro medio la RMN es poco accesible por su costo y complejidad y no se cuenta con marcadores biológicos disponibles en la práctica clínica, el ultrasonido en sus diferentes formas constituye la forma principal de diagnóstico prenatal de esta condición lo cual permite la óptima planificación del manejo previniendo la morbilidad materna severa y la mortalidad mediante la disponibilidad de sangre para transfusión, así como la disponibilidad de urólogo para reparación vesical.

El diagnóstico por ecografía puede realizarse mediante ultrasonido bidimensional, Doppler y 3D. Los hallazgos ecográficos descritos asociados al acretismo van a depender del trimestre en el cual se realiza la pesquisa. En el primer trimestre tenemos⁷:

1. Implantación baja del saco gestacional
2. Áreas anecoicas placentarias
3. Interfase miometrio-placentaria anormal

En el segundo trimestre los hallazgos son más floridos describiéndose⁸

1. Adelgazamiento (<1mm) de la zona miometrial hipococica normal en el segmento inferior anterior

Tabla 3. Características clínicas y ecográficas de las pacientes con diagnóstico confirmado de acretismo placentario

Caso	EG al diag	EG al nacim	Parto	Hallazgos ecograficos	Observac	Cirugia / Dias hospitaliz
1	31s	32s	Cesarea	Placenta previa (Pp) total. Signos ecograficos de acretismo placentario. Longitud de cervix de 18mm	Pp total acreta sutura de lecho placentario sangrante	Cesarea / 30 días
2	27s	36s	Cesarea + HAT	Placenta previa total. Signos de acretismo placentario	Pp total acreta shock hipovolemico	Ces + HAT / 15 días
3	33s	35s	Cesarea + HAT	Placenta previa total con signos de acretismo placentario	Pp total acreta sangrado a nivel del lecho	Ces + HAT / 8 días
4	34s	33s	Cesarea + HAT	Placenta previa total con signos de acretismo	Pp percreta con infiltración vesical. Lesión de cupula vesical de 4 x 2 cm	Ces + HAT / 13 días
5	36s	40s	Cesarea + HAT	Placenta previa total con signos de acretismo placentario	Pp total. Acreta	Ces + HAT / 13 días
6	35s	38s	Cesarea + HAT	Placenta previa: se observa cordón umbilical por delante de la presentación en relación a vasa previa. Se observa signos ecográficos de probable acretismo placentario	Pp total. Placenta acreta. Lesión vesical accidental	Ces + HAT / 7 días
7	39s	39s	Cesarea + HAT	Placenta previa con acretismo placentario. Signos de infiltración vascular hacia la vejiga y hacia el cervix	Pp acreta	Ces + HAT / 3 días
8	37s	38s	Cesarea + HAT	Placenta previa total con signos de acretismo placentario. Vasos infiltran pared posterior de la vejiga en 90% y de cervix en 10%	Pp percreta con infiltración vesical. Lesión de cupula vesical de 5 cm	Ces + HAT / 4 días
9	25s	39s	Cesarea	Placenta previa total con signos de acretismo placentario	Pp total. Acreta sutura de lecho placentario con puntos transfixiantes	Cesarea / 3 días
10	34s	37s	Cesarea	Placenta previa centro total, al flujo doppler se evidencia vasos retroplacentarios en relación a mucosa vesical, sin embargo impresiona que no la llega a invadir: riesgo leve a moderado de acretismo placentario	Pp total. Acreta sutura de lecho placentario con puntos transfixiantes	Cesarea / 3 días

Nota: El caso 11 no fue diagnosticado ecográficamente.

Leyenda: HAT: Histerectomía abdominal total. Pp: Placenta previa. S: semanas. EG: Edad gestacional

- Presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario (imagen en queso suizo)
- Adelgazamiento, irregularidad o disrupción de la interfase hiperecoica entre las paredes uterinas y la vesical
- Extensión del tejido placentario más allá de la serosa uterina

La adición del modo Doppler color agrega nuevos hallazgos aunque no mejora sustancialmente la capacidad diagnóstica^{9,10}, entre estos hallazgos tenemos:

- Flujo lacunar intraparenquimal difuso o local
- Lagos vasculares con flujo turbulento
- Hipervascularidad de la interfase serosa - vejiga
- Complejo venoso subplacentario prominente

Finalmente el empleo del ultrasonido tridimensional, según algunos autores, mejora notablemente tanto la sensibilidad como la especificidad¹⁰. Los hallazgos descritos por ecografía 3D comprenden:

- Vascularización intraplacentaria irregular con vasos confluentes tortuosos que atraviesan la placenta
- Hipervascularidad de la interfase serosa uterina-pared vesical.

La sensibilidad promedio reportada en la literatura internacional para el diagnóstico ecográfico de acretismo placentario es de 75%, con valores que van desde 33 hasta 93%¹¹. En nuestro trabajo se halló una sensibilidad de 90.9%, lo cual es comparable a lo reportado internacionalmente.

La vía de abordaje de elección es la transvaginal, requiriendo vejiga a media repleción para adecuada visualización de la interfase vejiga-miometrio. La vía abdominal tiene menor sensibilidad y especificidad y además presenta resolución subóptima en pacientes obesas.

El segundo y tercer trimestre son los momentos en los cuales se diagnostica el acretismo con mayor frecuencia¹², tal cual como se muestra en nuestro estudio donde los 10 casos confirmados fueron diagnosticados a partir de las 25 semanas; sin embargo existen reportes de la literatura en los cuales se señala que habrían signos ecográficos detectables desde el primer trimestre.

En conclusión, el ultrasonido es una herramienta útil en el diagnóstico prenatal de acretismo placentario. Debe

sospechase en toda paciente con diagnóstico ecográfico de placenta previa.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: El autor declara no tener algún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guleria K, Gupta B, Agarwal S, Suneja A, Vaid N, Jain S. Abnormally invasive placenta: changing trends in diagnosis and management. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92:461–464.
- Wortman A, Alexander J. Placenta Accreta, Increta, and Percreta. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2013;40:137–154.
- Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1458–61.
- Asato M. Acretismo placentario: estudio realizado durante los años 1980-1986 en el Hospital Maternidad de Lima. Tesis UPCH. Facultad de Medicina Alberto Hurtado; 1987:36pp.
- Ayala F, Pereda J. Placenta acreta: Correlación clínico-patológica. *Diagnóstico.* 1992 (29): 71-74.
- Bejar J. Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores Asociados (Enero 1999 - Diciembre 2000). Tesis UNMSM. Facultad de Medicina San Fernando.
- Ballas J, Pretorius D, Hull AD, et al. Identifying sonographic markers for placenta accreta in the first trimester. *J Ultrasound Med.* 2012; 31:1835
- Wong H, Cheung Y, Zuccollo J, Tait J, Pringle K. Evaluation of Sonographic Diagnostic Criteria for Placenta Accreta. *J Of Clinical Ultrasound.* 2008; 36(9): 551-9.
- Chou M, Ho E, Lee Y. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000; 15: 28–35.
- Wong H, Cheung Y, Williams E. Antenatal ultrasound assessment of placental/myometrial involvement in morbidly adherent placenta. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2012; 52: 67–72.
- Esakoff TF1, Sparks TN, Kaimal AJ, Kim LH, Feldstein VA, Goldstein RB, Cheng YW, Caughey AB. Diagnosis and morbidity of placenta accreta. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37(3):324-7.
- Resnik R. Clinical features and diagnosis of placenta accreta, increta, and percreta. 2013 UpToDate. Accessed 07/07/2018.

Correspondencia:

Dirección: Av. Guardia Civil 715. San Borja
Correo electrónico: erasmohuertas@hotmail.com
Teléfono: 999144288