

# MANEJO CONSERVADOR DEL ACRETISMO PLACENTARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Agustín Murga López<sup>1</sup>, Luis Alberto Carpio Guzmán<sup>2</sup>, Humberto Izaguirre Lucano<sup>3</sup>, Silvana Bardales Pacheco<sup>4</sup>,  
Mikhael Aguije Pinto<sup>4</sup>.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar el primer caso reportado en el INMP de manejo conservador de acretismo placentario y una revisión crítica de la literatura.

El acretismo placentario es una patología que implica una morbilidad importante desde el punto de vista obstétrico, que tradicionalmente se ha manejado con histerectomía. Sin embargo, en los últimos años, cada vez se reportan más casos de manejo conservador, con resultados alentadores desde el punto de vista reproductivo.

**Palabras clave:** Acretismo placentario; Manejo conservador (fuente: DeCS BIREME).

## CONSERVATIVE MANAGEMENT OF PLACENTA ACCRETA: A CASE REPORT

### ABSTRACT

The aim of this paper is to present the first reported case in the INMP of placenta accreta managed conservatively and a critical review of the literature.

The placenta accreta is a condition that involves a significant morbidity from obstetric view, which traditionally has been managed with hysterectomy. However, in recent years increasingly more cases reported conservative management, with encouraging results from the viewpoint of reproduction.

**Key words:** Placenta accreta; Conservative management (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario ocurre cuando toda o parte de la placenta se adhiere anormalmente al miometrio, pudiendo ser de tres grados: acreta, increta o percreta<sup>1</sup>. La incidencia reportada de acretismo placentario se ha incrementado de 0.8 por 1000 nacidos vivos en 1980 a 3 por 1000 nacidos vivos en las últimas décadas<sup>2,3,4</sup>.

El tratamiento convencional por muchos años ha sido la histerectomía<sup>5</sup>, sin embargo la preservación de la función uterina es importante, no sólo para la preservación de la capacidad reproductiva sino también para la conservación de la integridad del piso pélvico y función sexual.

En los últimos años, se han publicado casos exitosos de manejo conservador del acretismo placentario, describiéndose básicamente cuatro modalidades: el manejo expectante, la embolización de las arterias uterinas, el uso de metotrexate y cirugía de preservación del útero<sup>6,7</sup>.

## Manejo Expectante

El manejo expectante implica la resorción gradual de la placenta o el alumbramiento diferido de la misma<sup>8,9,10</sup>. Debido al riesgo de sepsis y hemorragia, la unidad obstétrica y el personal médico deberían estar adecuadamente calificados para el manejo de este tipo de emergencias y se recomienda el abordaje multidisciplinario<sup>5</sup>.

En el metanálisis publicado por Steins y col el 2011, se encontraron 20 artículos con un total de 295 pacientes con acretismo placentario con manejo expectante, evitándose la histerectomía en 81% de las pacientes, la mortalidad materna fue de 1 en 295 (0.3%), la menstruación subsecuente ocurrió en el 90% de las pacientes estudiadas y el embarazo en el 67%<sup>11</sup>.

Si la terapia adyuvante (metotrexate y/o EAU) al manejo expectante es beneficiosa, es incierto.

<sup>1</sup> Médico Gineco Obstetra. Jefe del Departamento de Ginecología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú

<sup>2</sup> Médico Gineco Obstetra. Jefe del Servicio de Ginecología Especializada. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú.

<sup>3</sup> Médico Gineco Obstetra. Jefe del Servicio de Ginecología Patológica. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú.

<sup>4</sup> Médico Residente de Gineco Obstetricia. UNMSM. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú.

## Embolización de las arterias uterinas (EAU)

La embolización de las arterias uterinas es un tratamiento viable para el acretismo placentario, en una paciente hemodinámicamente estable, pero con persistente sangrado no excesivo. Sin embargo, no está exenta de complicaciones tales como: trombosis de la arteria iliaca, necrosis uterina o sepsis, y daño isquémico de otros órganos, tales como los ovarios<sup>12</sup>.

De 16 artículos reportados y 45 pacientes manejadas con embolización de las arterias uterinas; se evitó la histerectomía en 82%, la menstruación se restauró en el 62% y el embarazo ocurrió en el 15%. No ocurrió ninguna muerte materna<sup>11</sup>.

## Uso de metotrexate

El metotrexate es un antimetabolito que inhibe competitivamente a la dihidrofolato reductasa, enzima responsable de convertir el ácido fólico en tetrahidrofolato, el cofactor necesario para la síntesis de los nucleótidos precursores del DNA y RNA, en las células en proliferación. Sin embargo, las células trofoblásticas en los últimos estadios del embarazo y después del parto han mostrado tener un bajo índice mitótico<sup>13</sup>. Por lo tanto, el uso de metotrexate podría no acelerar la resorción placentaria; es más, esta terapia podría generar efectos adversos tales como pancitopenia, neurotoxicidad y potencialmente podría incrementar el riesgo de infección o de sepsis<sup>14</sup>.

De 15 artículos revisados y 17 pacientes que recibieron tratamiento con metotrexate, se pudo preservar el útero en el 94%, la menstruación se restauró en 80%, y se logró embarazo subsecuente en el 50% de las pacientes tratadas. Todas las pacientes sobrevivieron<sup>11</sup>.

## Cirugías que preservan el útero

Las suturas compresivas del útero funcionan de manera similar a la compresión manual y tienen lugar para la prevención de la relajación uterina debido a la retención placentaria<sup>15</sup>. La ligadura de arterias uterinas y el taponamiento con balón (Balón de Bakri) están indicados para el manejo del sangrado.

Se encontraron 11 artículos comprendiendo 77 pacientes con cirugía preservadora de útero: se logró conservar el útero en 69%, mortalidad materna de 4%, menstruación subsecuente 82% y embarazo subsecuente en 73%.

De la evaluación de este metanálisis podemos concluir que se pudo conservar el útero entre un 81% al 94% de las pacientes manejadas con alguna de las modalidades del tratamiento médico conservador, no encontrándose una diferencia significativa entre ellas. La mortalidad materna fue de 0-4%, la menstruación subsecuente ocurrió entre 62-90% y el embarazo subsecuente ocurrió entre 15-73%.

Estos resultados están basados sólo en datos descriptivos (series de casos, reportes de casos y algunos estudios de cohortes) por lo que no es posible comparar las diferentes modalidades del manejo conservador del acretismo placentario y no se puede establecer la superioridad de ninguna de ellas<sup>11</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer DFBV, de 25 años de edad, primigesta de 21 semanas por FUR, que ingresa a la institución el 22 de abril del 2013, con diagnóstico de malformaciones fetales severas.

Antecedentes personales y familiares no contributorios. Al examen físico, paciente con funciones vitales estables, útero grávido AU 24cm LCF 120xmin, sin sangrado vía vaginal ni pérdida de líquido.

Acude con ecografía del 19.04.13 de la Unidad de Medicina Fetal con los diagnósticos de Malformaciones fetales severas incompatibles con la vida extrauterina: Degeneración adenomatoidea quística pulmonar bilateral, ascitis severa, oligohidramnios severo, ventriculomegalia bilateral y pliegue nuchal incrementado.

El 23.04.13, luego de una junta médica, se decide interrumpir el embarazo, indicándose Misoprostol 400 ug cada 3 horas vía vaginal, por 5 dosis. El 24 de abril del 2013 se produce expulsión del producto y retención placentaria por lo que pasa a SOP para Legrado Uterino, informándose como hallazgos, restos endouterinos en abundante cantidad sin mal olor, saliendo de alta la paciente al día siguiente (25.04.13).

El 30.04.13 reingresa por emergencia por presentar sangrado vía vaginal en poca cantidad, acompañado de alza térmica y dolor en hipogastrio. Paciente ingresa estable clínicamente con sangrado vaginal escaso sin mal olor y se le realiza una ecografía encontrándose útero de 15.5 cm con imagen hiperecogénica que ocupa cuerpo y fondo uterino, sugestiva de placenta retenida. Ingresa a SOP ese mismo día para Extracción Placentaria, la cual no se logra por estar firmemente adherida, sospechándose acretismo placentario.

Paciente es hospitalizada, se inicia antibioterapia con Ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas y se decide manejo conservador por tratarse de una paciente nulípara con deseo de gestación futura.

El 03.05.13 se realiza Ecografía Doppler, encontrándose cavidad uterina ocupada por placenta de 84 x 55 mm en cuerpo y fondo uterino, y al flujo doppler se observa alta vascularización retroplacentaria, la conclusión fue signos sugestivos de acretismo placentario (Figura 1).

El 04.05.13 ingresa al Servicio de Ginecología, para evaluar el tipo de manejo conservador a seguir en esta



**Figura 1.** Ecografía doppler de acretismo placentario.



**Figura 3.** Ecografía doppler post EAU. Observar la ausencia de flujo retroplacentario.

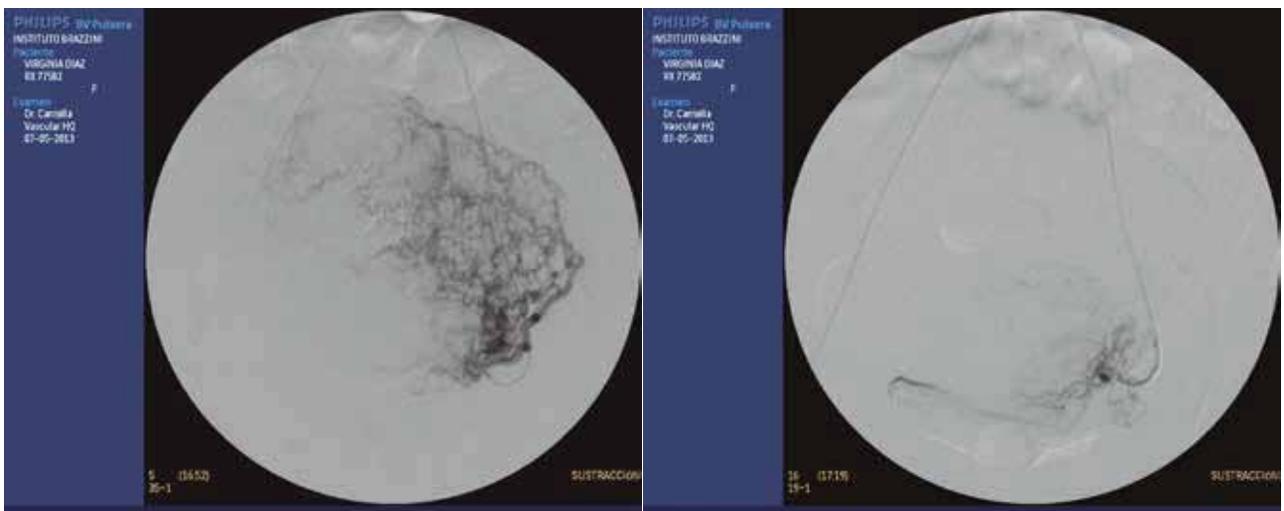
paciente. Ingresa febril con 38.2°C, PA 116/71 mmHg, FC: 98x/min, FR: 20x/min. Al examen: útero contraído a 13 cm de sínfisis de pubis y sangrado vía vaginal en poca cantidad sin mal olor. Exámenes auxiliares: Hb:8.8 gr%, Leucocitos: 16040 (Ab:3%). Ex de orina: Leucocitos 70-80 x campo. Se establecieron los siguientes diagnósticos: Retención placentaria por acretismo placentario, Sepsis foco ginecológico vs urinario, Anemia moderada. Se amplía cobertura antibiótica con Amikacina 1gr EV c/24 horas y Clindamicina 600 mg EV c/8 horas.

El 06.05.13 se realiza Junta Médica y se decide iniciar tratamiento con Metotrexate dosis múltiple a 1 mg/kg de peso corporal (aplicándose sólo dos dosis) y embolización de las arterias uterinas (la cual se realiza el 07.05.13)

El día 09.05.13 se realiza ecografía de control post EAU, observándose útero de 133 x 77 x 76 mm, ocupado por placenta de 58 mm de espesor, con doppler escaso a nula vascularización retroplacentaria (Figura 3).

Paciente persiste febril, hemodinámicamente estable, sin sangrado activo ni distrés respiratorio. Los exámenes auxiliares del 13.05.13: Hb 8 gr%, reticulocitos 0.6%, leucocitos 1850, neutrófilos 1128, plaquetas: 202000. Hematología concluye que se trata de una bicitopenia con reacción adversa al Metotrexate y se continúa el manejo expectante.

El 14.05.13 se realiza control hematológico, encontrándose: Hb: 7.8gr%, Leucocitos: 730, plaquetas: 70000, diagnosticándose Pancitopenia severa por sepsis vs metotrexate, por lo que se decide deslocalizar ginecológicamente, realizando legrado uterino con guía ecográfica, evidenciándose al término del mismo, un endometrio de 10mm, sin sangrado activo. Se obtuvieron restos endouterinos en regular cantidad, organizados, muy adheridos al endometrio y con mal olor. Además se decide agregar en el tratamiento Filgrastim (estimulante de colonias de granulocitos) 300 ug SC c/24 hr x 5 días.



**Figura 2.** Imágenes de angiografía pre y post embolización de arterias uterinas.

El 16.05.13, al persistir neutropenia febril, por recomendación de UCI Materna, se cambia esquema antibiótico por: Meropenem 1g EV c/8 hrs y Vancomicina 1gr EV c/12 hrs.

El 20.05.13 se realiza ecografía encontrándose útero involucionado de 96 x 65 x 59 mm, con presencia de contenido endouterino escaso de 28 mm de espesor, doppler negativo, y líquido libre en cavidad en escasa cantidad.

El 27.05.13 se realiza junta médica, viendo el buen estado general de la paciente, aunque persistía febril, y habiéndose resuelto la pancitopenia, incluso observándose una reacción leucemoide (Leucocitos 31490) en respuesta al Filgrastim. Se decide retirar los antibióticos y dejar a la paciente con antipirético condicional.

La fiebre fue remitiendo progresivamente, y el estado general de la paciente fue mejorando y se le da de alta el 03.06.13, siendo evaluada ecográficamente ese mismo día, encontrándose un útero AVF de 76 x 50 x 40 mm, endometrio 8mm, con presencia de flujo subendometrial con el angiopower, concluyéndose útero y ovarios normales (Figura 4).



Figura 4. Útero ecográficamente normal, el día del alta.

## DISCUSIÓN

El caso presentado, es el primer caso reportado en nuestra institución de un manejo conservador de acretismo placentario, lo cual motivó a la revisión del tema, en busca de ofrecer a esta joven mujer nulípara, la oportunidad de preservar su fertilidad.

Debemos señalar, que no se tenía claro qué tipo de manejo conservador instaurar, por lo que después de realizar una junta médica se optó por el tratamiento combinado: uso de metotrexate + embolización de arterias uterinas + legrado uterino.

Como se podrá advertir durante los 35 días que estuvo hospitalizada la paciente se presentaron complicaciones

tales como: fiebre persistente por más de tres semanas, sepsis, pancitopenia, odinofagia, las cuales son debidas a la necrosis y resorción placentaria y al uso de metotrexate, más que a un proceso infeccioso.

Durante la hospitalización estuvimos tentados de un manejo quirúrgico definitivo (histerectomía) debido a las complicaciones presentadas y a la sugerencia de los médicos intensivistas, pero optamos por realizar sólo legrado uterino al ver la evolución favorable desde el punto de vista ecográfico y clínico, ya que la paciente siempre estuvo estable hemodinámicamente, con sangrado escaso sin mal olor y con tolerancia oral y buen estado general.

Finalmente, la paciente fue dada de alta en buenas condiciones y con la preservación de su útero que era el objetivo principal, para conservar su capacidad reproductiva.

## CONCLUSIÓN

De la experiencia ganada y de la revisión de la literatura, recomendamos que el manejo conservador del acretismo placentario es una opción viable en aquellas mujeres que quieran preservar su capacidad reproductiva, debiéndose empezar con un manejo expectante con cobertura antibiótica y en una unidad de cuidados intermedios, para poder manejar las complicaciones propias de este tipo de manejo. La embolización de arterias uterinas debería reservarse sólo para aquellas pacientes hemodinámicamente estables en las que se presente sangrado excesivo durante su hospitalización. El uso de metotrexate no debería alentarse, por no demostrar mejores resultados que las otras alternativas y tener mayores efectos adversos.

Este tipo de manejo conservador implica contar con un equipo multidisciplinario en una institución de alta capacidad resolutoria, con médicos calificados y con la suficiente experiencia para resolver cualquier complicación de las mencionadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Society for Maternal Fetal Medicine. Placenta Accreta. Am J Obstet Gynecol 2010 Nov; 203 (5):430-9
2. Flood KM, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone FD. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. Am J Obstet Gynecol 2009;200:632.e1-6. Multiple time series level II-3.
3. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol 2005;192:1458-61. Cohort level II-2.
4. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006;107:1226-32. Cohort level II-2.

5. ACOG Committee on Obstetric Practice (2002) ACOG Committee opinion. Number 266, January 2002: placenta accreta. *Obstet Gynecol* 99(1):169–170
6. Alanis M, Hurst BS, Marshburn PB, Matthews ML (2006) Conservative management of placenta increta with selective arterial embolization preserves future fertility and results in a favorable outcome in subsequent pregnancies. *Fertil Steril* 86(5):1514.e3– 1514.e7
7. Timmermans S, van Hof AC, Duvekot JJ (2007) Conservative management of abnormally invasive placentation. *Obstet Gynecol Surv* 62(8):529–539
8. Matsumura N, Inoue T, Fukuoka M, Sagawa N, Fujii S (2000) Changes in the serum levels of human chorionic gonadotropin and the pulsatility index of uterine arteries during conservative management of retained adherent placenta. *J Obstet Gynaecol Res* 26(2):81–87
9. HatWeld JL, Brumsted JR, Cooper BC (2006) Conservative treatment of placenta accreta. *J Minim Invasive Gynecol* 13(6):510– 513
10. Takeda A, Koyama K, Imoto S, Mori M, Nakano T, Nakamura H (2010) Conservative management of placenta increta after Wrst trimester abortion by transcatheter arterial chemoembolization: a case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet* 281(3):381–386
11. Steins B Ch, Schaap T, Vogelvang T, Scholten P. Invasive placentation and uterus preserving treatment modalities: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet* (2011) 284:491-502
12. Milam MR, Schultenover SJ, Crispens M, Parker L (2004) Retroperitoneal Wbrosis secondary to actinomycosis with no intrauterine device. *Obstet Gynecol* 104(5):1134–1136
13. Lim AY, GaVney K, Scott DG (2005) Methotrexate-induced pancytopenia: serious and under-reported? Our experience of 25 cases in 5 years. *Rheumatology (Oxford)* 44(8):1051–1055
14. Widemann BC, Adamson PC (2006) Understanding and managing methotrexate nephrotoxicity. *Oncologist* 11(6):694–703
15. Palacios Jaraquemada JM, Pesaresi M, Nassif JC, Hermosid S (2004) Anterior placenta percreta: surgical approach, hemostasis and uterine repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 83(8):738–744