

# ESPECTRO DE PLACENTA ACRETA. REPORTE DE CASO

## PLACENTA ACRETTA SPECTRUM. CASE REPORT

Ramiro Rojas-Pillaca<sup>1,a</sup>, Pablo Alberto Salinas-Alvarado<sup>1,a</sup>, María Ruth Sacca-Cangalaya<sup>1,a</sup>, Gisela Tipe-De la Cruz<sup>b</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** El espectro de placenta acreta es el resultado de una patológica invasión de la placenta al útero, según la profundidad y extensión de la invasión; lo cual producen manifestaciones clínicas como el sangrado por vía vaginal, que puede llegar a terminar en histerectomía y muerte materna. **Reporte.** Paciente gestante de 34 años con 31 semanas de gestación, procedente de Ayacucho, acude por presentar sangrado profuso por vía vaginal y antecedente de dos cesáreas, por lo que se decide culminar gestación y realizar histerectomía, se confirma por anatomía patológica el diagnóstico de placenta acreta. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta con control ambulatorio. **Conclusión.** El tratamiento de elección de la placenta acreta que invade miometrio continúa siendo la histerectomía debido a la elevada mortalidad y la hemorragia postparto que desencadena, por lo que es de vital importancia un diagnóstico y manejo temprano.

**Palabras clave:** Espectro de placenta acreta, placenta acreta, ecografía, histerectomía (Fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

**Introduction.** The placenta accreta spectrum is the result of a pathological invasion of the placenta into the uterus, depending on the depth and extent of the invasion; that produce clinical manifestations such as vaginal bleeding, which can end in hysterectomy and maternal death. **Report.** A 34-year-old pregnant patient with 31 weeks of gestation, from Ayacucho, she came for profuse vaginal bleeding and a history of two cesarean sections, for which it was decided to terminate the pregnancy and perform a hysterectomy, the diagnosis of placenta accreta was confirmed by pathology. The patient evolves favorably and is discharged with outpatient control. **Conclusion.** The treatment of choice for placenta accreta that invades myometrium continues to be hysterectomy due to the high mortality and postpartum haemorrhage that it triggers, so early diagnosis and management is of vital importance.

**Key words:** Spectrum of placenta accreta, placenta accreta, ultrasound, hysterectomy (Source: MeSH-NLM).

## INTRODUCCIÓN

La placenta anormalmente invasiva, adherida al útero o espectro de placenta acreta (EPA) describe aquella placenta que no logra desprenderse durante el parto, produciendo hemorragia uterina profusa, shock hemorrágico y potencialmente la muerte<sup>1</sup>. La hipótesis más aceptada de su etiología es un defecto de la interfaz endometrio-miometrial que conduce a una falla en la decidualización normal en el área de la cicatriz uterina,


lo que permite una infiltración anormalmente profunda de las vellosidades placentarias y del trofoblasto<sup>2</sup>.


El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ("ACOG", por sus siglas en inglés) y la sociedad de medicina materno fetal consideran a EPA como una condición de alto riesgo con graves morbilidades asociadas; por tanto, recomiendan que el personal asistencial esté capacitado en complicaciones obstétricas complejas y cuidados críticos<sup>2</sup>.


<sup>1</sup> Médico Asistente del Hospital Regional de Ayacucho


<sup>a</sup> Médico Gineco Obstetra

<sup>b</sup> Magister en Gestión Pública

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8939-483X>, Ramiro Rojas Pillaca

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8456-887X>, Pablo Alberto Salinas Alvarado

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0749-5184>, María Ruth Sacca Cangalaya

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3220-0790>, Gisela Tipe De la Cruz

**Citar como:** Rojas Pillaca R, Salinas Alvarado PA, Sacca Cangalaya MR, Tipe De la Cruz G. Espectro de placenta acreta: Reporte de un caso. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2023; 12(2): 22-26.

**DOI** <https://doi.org/10.33421/inmp.2023337>

El principal factor de riesgo para desarrollar EPA es el antecedente de cesárea, otros factores son, antecedente de cirugía uterina, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, placenta previa y placenta de implantación baja<sup>3,4</sup>. El diagnóstico de placenta previa incrementa la incidencia de culminación de la gestación vía cesárea, histerectomía periparto y mayor riesgo de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos<sup>5</sup>. El incremento de EPA se encuentra asociado también a la epidemia moderna de cesáreas<sup>6,7</sup> y al uso de técnicas de reproducción asistida.

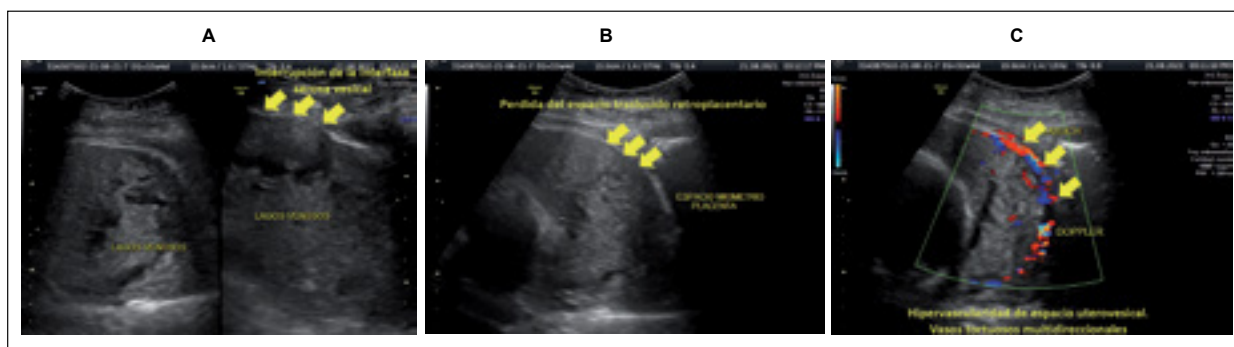
El diagnóstico se puede realizar desde el período prenatal, mediante la ecografía del segundo o tercer trimestre, determinando la profundidad y topografía de la invasión placentaria<sup>8</sup>. La ecografía y la resonancia magnética nuclear han demostrado en general sensibilidad y especificidad similares en cuanto al diagnóstico de EPA<sup>9</sup>. Se considera a la ecografía como primer examen de imagen frente al estudio de placenta acreta y el uso de la resonancia para casos donde no se hayan obtenido resultados concluyentes en pruebas anteriores<sup>10</sup>.

El manejo de EPA va asociado al grado de invasión que presenta, en casos leves se puede plantear medidas conservadoras para evitar la histerectomía y conservar la fertilidad como: la extracción manual de los restos placentarios, extracción conservadora solo de restos sencillos de desprender, dejar la placenta in situ y esperar su reabsorción<sup>11</sup>. Estudios recientes han

demostrado que dejar la placenta in situ se ha asociado con menor sangrado y menor necesidad de transfusión de hemoderivados<sup>12</sup>. La histerectomía de emergencia es el tratamiento más utilizado en aquellos casos de hemorragia severa e inestabilidad hemodinámica<sup>13</sup>. Dentro de las medidas eficaces intraoperatorias se incluye el uso temprano del ácido tranexámico, que demostró su utilidad en reducir la mortalidad materna en el estudio multicéntrico MUJER<sup>14</sup>.

## REPORTE DEL CASO

Paciente mujer de 34 años, con antecedente obstétrico G4 P3003, ingresó al Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", por presentar sangrado por vía vaginal, con los diagnósticos de gestación de 31 semanas, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, placenta previa total, antecedente de dos cesáreas previas; con historia de 2 reingresos por emergencia. Paciente hemodinámicamente inestable por sangrado vía vaginal. Presión arterial 80/50 mm Hg, frecuencia cardíaca 115 latidos por minuto, útero ocupado por feto único, con altura uterina de 28 cm., con 136 latidos cardíacos fetales por minuto y ausencia de dinámica uterina. Sus estudios de laboratorio reportan hemoglobina: 6 gr/dl Grupo O Rh+ plaquetas:180000/mm<sup>3</sup>, glucosa: 98, urea: 12mg /dl creatinina 0, 55 mg /dl, en la ecografía se evidenciaron signos sugestivos de EPA como son la presencia de lagos venosos interrupción de la interfase miometrio-vesical y hipervascularidad de espacio uterovesical (Figura 1).

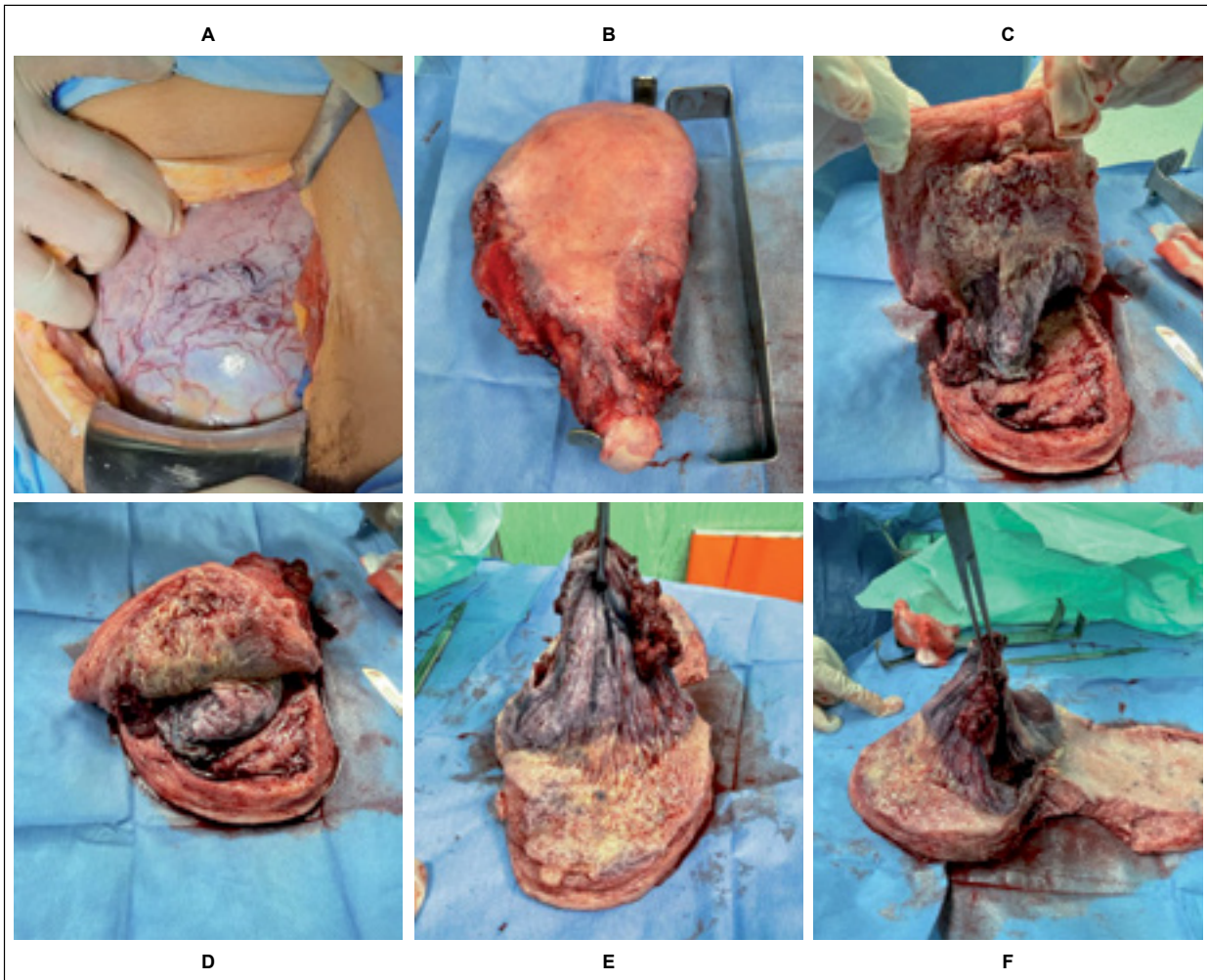


Fuente. Autoría propia

**Figura 1.** Ecografía abdominal que evidencia: A) lagos venosos, B) interrupción de la interfase miometrio-vesical y C) hipervascularidad del espacio uterovesical.

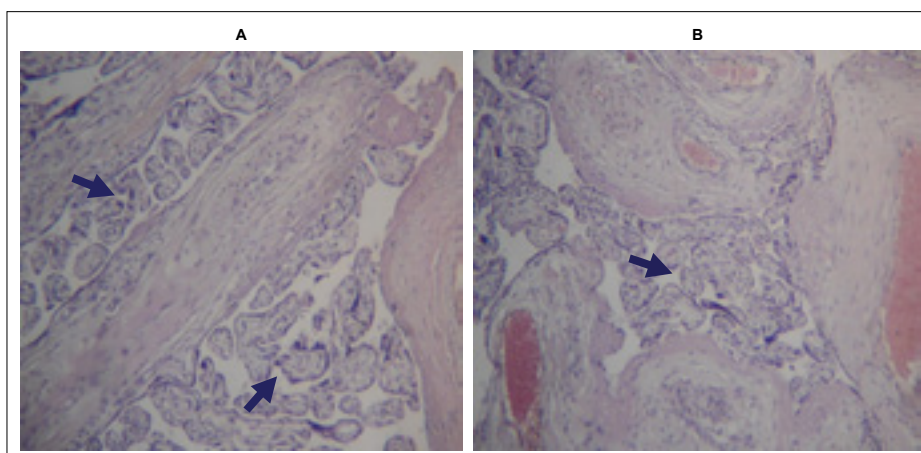
Por los hallazgos ecográficos y antecedente de cesáreas se diagnosticó como acretismo placentario, se planteó conducta expectante; sin embargo, 4 horas después del ingreso, la paciente persistió con sangrado por vía vaginal aproximadamente 400cc, debido a la tórpida evolución se decidió culminar la gestación por vía alta, se realizó cesárea tipo Beck con histerotomía transversa, se extrae recién nacido en cefálico, sexo femenino, APGAR 8 al nacimiento y 9 a los 5 minutos, líquido amniótico claro de volumen aproximado 180cc, se decidió realizar histerectomía abdominal total, se

inhibió el alumbramiento y se dejó la placenta in situ para evitar el shock hemorrágico debido la alta sospecha diagnóstica. Pérdida sanguínea intraoperatoria 1500 cc aprox. Se visualizó características espectro de placenta acreta a la exposición de campo quirúrgico sugestivo de invasión miometrial de la placenta (Figura 2a) y el hallazgo fue confirmado por el estudio de anatomía patológica en la que se evidencia impresiona la invasión de las vellosidades coriales entre los haces del músculo uterino (Figura 3).



Fuente. Autoría propia

**Figura 2.** A la inspección en el intraoperatorio se visualiza. A) Exposición de campo quirúrgico previo a la extracción de recién nacido, B) Útero de 18 cm x 12 cm x 9 cm, C), D), E), F) Cortes de la pieza quirúrgica que evidencian placenta adherida al miometrio.



Fuente. Autoría propia

**Figura 3.** Estudio anatomopatológico, cortes con Hematoxilina Eosina. A) Miometrio (10 x 10), se evidencian vellosidades coriales (flechas) entre haces de músculo liso de pared uterina, B) Miometrio (10 x 10) se observan vellosidades coriales (flechas) entre haces de músculo liso de pared uterina con presencia de vasos sanguíneos en pared. Paciente recibió transfusiones sanguíneas hasta 03 unidades de Paquete Globular por presentar anemia severa, estuvo manejada en la Unidad de cuidados intensivos por 02 días, evolucionando favorablemente. Fue dada de alta a los 06 días y controlada de manera ambulatoria.

## DISCUSIÓN

El espectro de placenta acreta (EPA) engloba aquellas situaciones donde se produce adherencias patológicas de la placenta al útero, es considerado un problema de salud pública debido a su exponencial incremento y peligrosa asociación con morbilidad materna, hemorragia, transfusiones e histerectomía<sup>14</sup>. Según el grado de penetración del tejido trofoblástico en el miometrio se clasifica en placenta acreta (invasión <50%), increta (invasión >50%) y percreta (invasión de la serosa y tejidos pélvicos adyacentes)<sup>15</sup>. La paciente en mención tenía factores de riesgo para EPA, como antecedente dos cesáreas y placenta previa total. Se debe realizar diagnóstico prenatal con ayuda de la ultrasonografía y/o resonancia magnética, en el caso de la paciente se realizó ultrasonografía en la que se evidenciaron lagos venosos, interrupción de la interfase miometriovesical e hipervascularidad del espacio útero-vesical, hallazgos concordantes con EPA.

El diagnóstico por excelencia es mediante anatomía patológica, la ausencia de decidua basal es el estándar de oro; sin embargo, el diagnóstico definitivo es complicado de obtener salvo se realice histerectomía<sup>1</sup>, tal como sucedió en el caso reportado, el cual reveló vellosidades coriales en músculo liso con presencia de vasos sanguíneos en pared. En el post operatorio las complicaciones más frecuentes se presentan en más del 50%, siendo el más frecuente shock hipovolémico<sup>14</sup>, la paciente cursó con shock hipovolémico y anemia severa por el sangrado vía vaginal, la cual fue manejada en Unidad de Cuidados Intensivos logrando su mejoría y posterior alta.

La evolución del caso en mención fue favorable y el manejo quirúrgico adecuado debido a un diagnóstico ultrasonográfico oportuno ya que no se realizó el alumbramiento durante el acto quirúrgico dejando in situ la placenta, de esta manera se disminuyó de manera considerable las pérdidas sanguíneas y se evitó mayor morbilidad y muerte materna.

## CONCLUSIONES

El espectro de placenta acreta es una patología a tener en cuenta en toda paciente gestante en la segunda mitad de la gestación con antecedente de cirugía uterina, es importante lograr una detección precoz de estos casos y la referencia oportuna a un hospital de mayor complejidad para poder disminuir la morbilidad del binomio madre niño. Las técnicas de ayuda de imagen como el ultrasonido Doppler ha demostrado su gran utilidad para lograr un diagnóstico prenatal oportuno.

**Declaración de conflicto de interés:** Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses con cualquier declaración, institución o persona.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Agradecimiento:** Los autores certificamos que no hemos recibido apoyo financiero específico, ni de equipos o materiales de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del presente estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ramírez J, Zapata B. Espectro de placenta acreta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [S.l.], v. 66, n. 1, p. 49-55, feb. 2020. ISSN 2304-5132. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2232>
- Silver RM, Ware Branch D. Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2018;73(9):515–7. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmcp1709324>
- Jauniaux E, Kingdom JC, Silver RM. A comparison of recent guidelines in the diagnosis and management of placenta accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2021;72:102–16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.007>
- Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2011;205(3):262.e1-262.e8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.035>
- Balachandar K, Melov SJ, Nayyar R. The risk of adverse maternal outcomes in cases of placenta praevia in an Australian population between 2007 and 2017. *Aust N Z J Obs Gynaecol* [Internet]. 2020;6–11. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajo.13172>
- Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J, Duncombe G, Klaritsch P, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018;140(3):265–73. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12407>
- Carusi DA. The Placenta Accreta Spectrum: Epidemiology and Risk Factors. *Ingenta* [Internet]. 2018;00(00). DOI: <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000391>
- Yu FNY, Leung KY. Antenatal diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2021;72:13–24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.010>
- De Oliveira Carniello M, Oliveira Brito LG, Sarian LO, Bennini JR. Diagnosis of placenta accreta spectrum in high-risk women using ultrasonography or magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2022;59(4):428–36. DOI: <https://doi.org/10.1002/uog.24861>
- Abdellatif, H., Alashwah, M., Elzawawi, M. The Role of Color Doppler Ultrasonography and Magnetic Resonance in the Prenatal Diagnosis of Placenta

- Accrete. The Egyptian Journal of Hospital Medicine, 2021; 84(1): 2313-2322. DOI: <https://dx.doi.org/10.21608/ejhm.2021.184211>
11. Di Mascio D, Cali G, D'antonio F. Updates on the management of placenta accreta spectrum. *Minerva Ginecol.* 2019 Apr;71(2):113-120. doi: 10.23736/S0026-4784.18.04333-2. Epub 2018 Nov 27. PMID: 30486635.
  12. Mehmet S. Kutuk, Mehmet Ak MTO. Leaving the placenta in situ versus conservative and radical surgery in the treatment of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018; DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12308>
  13. Ramírez J, Zapata B, Díaz V, Catari K, Flores M. Espectro de placenta acreta, experiencia en un hospital peruano. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2020 Ene; 66( 1 ): 13-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2226>.
  14. Shakur H, Roberts I, Fawole B, Chaudhri R, El-Sheikh M, Akintan A, et al. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2017;389(10084):2105–16. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30638-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30638-4)
  15. Piñas A, Chandharan E. Placenta accreta spectrum Risk factors, diagnosis and management with special reference. *Women's Heal* [Internet]. 2019;15:1–8. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1745506519878081>
- 

**Correspondencia:**

Ramiro Rojas Pillaca  
Dirección: Urb. Mariscal Caceres Mz. C- 1 Ayacucho,  
Perú  
Correo electrónico: [ramiro23\\_20@hotmail.com](mailto:ramiro23_20@hotmail.com)  
Teléfono: (+51) 928020157