

REPORTE DE CASO

Patrón ecográfico atípico de acretismo placentario Uncommon sonographic pattern of placental accretism

Md. María M Araya Alvarado¹

Md. Gabriela Alfaro Murillo¹

Dr. Franklin Escobar Zarate²

Fecha de recepción: 8 de octubre 2019

Fecha de aceptación: 11 de diciembre 2019

RESUMEN

Las identificación ecográfica de placenta previa y varices o lagos venosos en el área cicatrizal del segmento uterino deben incentivar la sospecha de zonas focalizadas con presencia de acretismo trofoblástico, que aunque no sea posible corroborar a la visualización sonográfica, es suficiente alerta para requerir la disposición de un protocolo de atención clínica similar al de un caso comprobado de esta alteración. Se describe una imagen atípica de diagnóstico ecográfico de alteraciones vasculares, con la certificación anatomopatológica de acretismo. PALABRAS CLAVES: Acretismo placentario. Diagnóstico ecográfico.

ABSTRACT

Ultrasound image of placenta previa and varicose veins or venous lakes in the scar area of the uterine segment should encourage suspicious of focused trophoblastic accretism, which although it could not be possible to corroborate it during the sonographic screening, it is a sufficient alert sign to require a protocol of placental accretism clinical care similar to certified cases. An atypical ultrasound image of vascular alterations with the pathological certification of accretism is reported.

KEY WORDS: Placental accreta. Ultrasound diagnosis. Uncommon sonographic diagnose.

INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario es una forma trofoblástica anómala, que se ha incrementado aceleradamente en los últimos 30 años, debido a la práctica común de realizar la terminación del embarazo mediante operación cesárea. Su frecuencia aumenta aceleradamente a partir de la segunda cirugía en el

cuerpo uterino. (1). Perez (4) y Karchmer (5) señalan que la prevalencia de 7 veces en casos de acretismo y 12 veces en el de placenta previa, está muy relacionada al número de cirugías uterinas.

Esta alteración esta relacionada con una alta morbilidad materna, por lo que su diagnóstico temprano es de vital importancia para la decisión obstétrica y en consecuencia, para los procedimientos que se deben realizar en estos casos.(2)

La Sociedad Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología (ISUOG) (3) describe una guía para evaluar pacientes con alto riesgo de acretismo, sin embargo estos conceptos están estructurados para casos de placentas mórbidamente adheridas al miometrio, que requieren de manera mandatoria la instauración de protocolos de manejo quirúrgico y estudios complementarios, para lograr mejores resultados obstétricos. Estas disposiciones no hacen referencia a los casos de placenta previa, coincidentes con imágenes ecográficas vasculares atípicas en el segmento uterino, en pacientes con antecedente de cirugías uterinas previas, en las que aunque no se hubiere corroborado la sospecha de acretismo, debe impulsarse la disposición de un protocolo similar de atención clínica al momento del nacimiento, ya que es alta la coincidencia de acretismo focalizado que genera severa hemorragia en el proceso obstétrico. Se presenta un caso clínico ecográfico con esta característica (6,7)

REPORTE DE CASO

Paciente de 32 años con antecedente de dos cesáreas. Actualmente en su tercer embarazo, que al valorarse

por ultrasonido de rutina en la semana 28, se registra placenta previa oclusiva total; segmento uterino de 1.8 mm con vasos puente y flujo de alta velocidad. Debido a su historia clínica y la implantación de placenta se decidió abordar con protocolo de acretismo placentario a las 37 semanas. Se coordinó el equipo clínico con previsión de transfusión masiva y especialidades quirúrgicas y médicas en espera. Se realizó un plan quirúrgico, que se inició con laparotomía media. Al observar el segmento uterino con una maraña de vasos atípicos, se extendió la incisión hasta nivel periumbilical, se expuso totalmente el útero gravido fuera de la incisión y se inició la desarterización empezando por anexos hasta disecar vejiga con extremo cuidado por los vasos atípicos y pinzando arterias uterinas. Posteriormente se realizó incisión fúndica, extrayendo un producto vigoroso con sangrado mínimo. Se pinzó cordón y se cerró la histerotomía con placenta in situ, finalmente se realizó la histerectomía subtotal. La paciente evolucionó de forma satisfactoria sin necesidad de transfusiones y egresó 48 horas después con excelente evolución clínica.

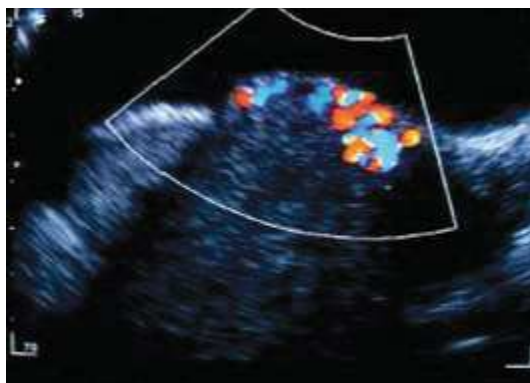


Imagen 1. Segmento uterino con severa vascularización venosa atípica.



Imagen 2. Segmento uterino con severa vascularización venosa atípica.

DISCUSIÓN

Existen múltiples valoraciones de riesgo para predecir acretismo desde el punto de vista sonográfico, algunas señalan puntajes con objeto de acreditar grados de probabilidad,⁽⁴⁾ pero según Escobar (11) y Ruiz (12) son las características clínicas como el número de cesáreas previas (8,13), la zona de implantación placentaria y la vascularización anómala en la zona de segmento uterino, los datos más determinantes, para que al realizar el abordaje quirúrgico, se proceda con protocolos similares a los casos con certificación ecográfica de acretismo.^(9,10) En el reporte actual, las lagunas placentarias y la presencia de vasos puente con flujo turbulento en la zona del segmento uterino, alertaron la sospecha clínica y la necesidad de un abordaje precavido, a pesar de no contar con diagnóstico ultrasónico de acretismo.⁽⁸⁾ La resonancia magnética o la cistoscopia no aumentan la probabilidad de diagnóstico. (9, 10)

Finalmente, es necesario señalar el beneficio de contar con protocolo clínico quirúrgico de acretismo placentario y la necesidad de conocer técnicas de manejo conservador, con el fin de ofrecer a las pacientes los mejores resultados.⁽¹¹⁾

BIBLIOGRAFÍA

1. Committee Opinion Placenta Acreta number 529 July 2012
2. Timor Tricht E., et al Cesarean scar pregnancies J Ultrasound Med 2015; 34:601–610
3. Hindaw. G.P. Management of Cesarean Scar Pregnancy: A Single-Institution BioMed Research International 2018, Article ID 6486407, <https://doi.org/10.1155/2018/6486407>
4. Perez I. et al Acretismo placentario Diagnostico y manejo conservador, Rev Latin Perinat (2014) 17: 342
5. Karchmer S. et al Acretismo placentario. Rev Latin Perinat (2016) 19: 259.
6. Silver R. et al Placenta Acreta Spectrum Obstet Gynecol Clin N. Am. 42 (2015) 381- 402
7. Silver R. et al Center of excellence for placenta accreta, Am J Obstet Gynecol may 2015
8. Farquhar C. et al, Incidence Risk Factors and perinatal outcomes for Placenta accreta in Australia and New Zeland: A case control –Study BMJ OPEN August 2017
9. Collins S. Proposal of Standarized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta, Ultrasound Obstet Gynecol 2016;47: 271-275.

10. Alireza A. et al , Maternal morbidity in patients with MAP treated with and without a standardized multidisciplinary approach, Am J Obstet Gynecol 2015;212:218
11. Escobar f et al Diagnostico y manejo del acretismo placentario, Rev. Latin. Perinat. 2019, 22 (2)
12. Ruiz S., Sanchez M.M., Puertas A. Incidencias y consecuencias de la cesarea iterativa. Rev Latin Perinat. (2018) 21: 48
13. Llanga J., Sarzosa M., Peñafiel J., Llanga J. Relación de la cesárea previa con la implantación anormal de placenta y acretismo placentario. Rev Latin Perinat. (2019) 22: 285

DIRECCIÓN DE AUTORES

Dr. Franklin Escobar

E-mail: escobar.franklin23@gmail.com

Heredia. Costa Rica