

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA "DR. AURELIO MELEAN"
SECCIÓN POST GRADO

DIAGNOSTICO DE ACRETISMO PLACENTARIO MEDIANTE ULTRASONIDO



TRABAJO DE GRADO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GERMAN URQUIDI"
GESTIÓN 2007 – 2008

AUTOR: DR. KENNY WILLAMS LEDEZMA MEJIA
RESIDENTE III AÑO
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA

TUTORES: DR. GIL A. OLIVARES ARANA
DRA. MARIA E. NAIM ASBUN

Cochabamba – Bolivia
Marzo 2008

INDICE

Agradecimiento

Resumen

1.- Introducción.....	1
2.- Planteamiento del problema.....	3
3.- Justificación.....	4
4.- Objetivos.....	4
4.1. Objetivo general.....	4
4.2. Objetivos específicos.....	4
5.- Marco teórico.....	5
5.1 Factores de riesgo.....	5
5.2 Clasificación.....	6
5.3 Diagnostico.....	6
5.3.1 Manifestaciones clínicas.....	6
5.3.2 Signos intraoperatorios del acretismo placentario.....	7
5.3.3 Criterios ecográficos.....	7
5.3.4 Ecografía transvaginal.....	8
5.3.5 Resonancia nuclear magnética.....	8
5.4 Método diagnóstico ideal.....	8
5.5 Tratamiento.....	9
5.5.1. Urología.....	9
5.5.2. Anestesia.....	10
5.5.3. Neonatología.....	10
5.5.4. Hematología.....	10
5.5.5. Cirugía.....	11
5.5.6.- Radiología.....	11
5.5.7. Tratamiento quirúrgico.....	12
5.6. Manejo obstétrico.....	12
5.6.1. Principios quirúrgicos para este tipo de histerectomía.....	13
5.6.2. Ligadura de las arterias hipogástricas.....	13

5.6.3. Tratamiento conservador.....	14
5.6.4.- empaquetamiento de la cavidad uterina.....	16
5.6.5.- embolización arterial selectiva.....	16
5.7. Pronóstico neonatal.....	17
5.8. Postoperatorio.....	18
6.- Hipótesis.....	18
7.- Diseño Metodológico.....	19
7.1. Tipo de Estudio.....	19
7.2. Universo.....	19
7.3. Muestra.....	19
7.4. Criterios de Inclusión.....	19
7.5. Criterios de Exclusión.....	20
7.6. Material y Métodos.....	20
7.7. Variables.....	20
7.7.1. Variables Dependientes.....	20
7.7.2. Variables Independientes.....	20
8.- Resultados.....	21
9.- Conclusiones.....	22
10.- Recomendaciones.....	22
11.- Bibliografía.....	23
12.- Anexos.....	24

1.- INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario describe cualquier implantación placentaria en la que hay una adherencia anormal a la pared uterina como consecuencia de la ausencia parcial o total de la decidua y el desarrollo imperfecto de la capa fibrinoide (capa de Nitabuch). En la placenta ácreta las vellosidades placentarias se fijan superficialmente al miometrio, en la placenta increpa las vellosidades invaden todo el espesor del miometrio y en la placenta pércreta las vellosidades invaden todo el espesor del miometrio y perforan la serosa. Esta adherencia anormal puede ser total, parcial o focal.

La implantación del blastocisto en el endometrio humano es intersticial, por lo que este es rodeado en su totalidad por decidua, La decidua es la mucosa endometrial transformada por el efecto hormonal progestacional y la decidua del polo inferior del blastocisto (basal) limita la extensión del trofoblasto al miometrio y por lo tanto previene el acretismo placentario.

Usualmente la placenta se separa del miometrio debido a la contracción del miometrio contra la placenta inmóvil, Esto ocurre en un plano irregular de células deciduales friables justamente en la periferia de la capa de nitabuch. La falta de la decidua evita la separación normal de la placenta después del parto por lo que esta puede ser retenida parcialmente o en su totalidad. Las áreas adherentes tienden a sangrar; además permiten acumular fibrina y coágulos alrededor de los tejidos placentarios y con el tiempo puede favorecer la formación de “pólipos placentarios” que requieren remoción quirúrgica.

El acretismo placentario es más frecuente cuando la decidua es defectuosa, y esto se observa asociado a diferentes clínicas que implican en su mayoría manipulación del endometrio. Dentro de estas entidades se incluyen: antecedente de cesárea, placenta previa, incisiones uterinas anteriores, legrados uterinos y cauterización endometrial, multiparidad (mayor de 3), edad materna (mayor de 35), presencia de divertículos, implantación cornual, miomas submucosos, síndrome de Asherman (adherencia

intrauterinas), malformaciones uterinas (septos) y cirugía de reimplantación tubárica en el fondo uterino.

Con el aumento de la incidencia de acretismo placentario el obstetra debe utilizar todos los métodos disponibles para el diagnóstico preciso de esta condición dentro de estos se incluye la ecografía obstétrica. Los criterios ultrasonográficos para el diagnóstico son (4):

1. Ausencia o adelgazamiento (menos de 1mm) de la zona endometrial normal hipocogénica en el segmento inferior. Este criterio es el más sensible para realizar una detección selectiva de acretismo placentario.
2. La presencia de espacios lacunares vasculares dentro del parénquima placentario, "aparición de queso suizo", es un factor de riesgo para acretismo placentario, aun en ausencia de otro hallazgo ultrasonográfico sospechoso.
3. El adelgazamiento, la irregularidad o la disrupción focal de la interfase hiperecogénica entre las paredes uterina y vesical.
4. Extensión del tejido placentario (con la misma ecogenicidad del parénquima placentario) más allá de la serosa.

La resonancia magnética (RMN) puede ser útil en la valoración del compromiso vesical. Tiene la ventaja de visualizar la invasión de las paredes laterales y posteriores del útero en aquellos casos de implantación posterior de la placenta. (RMN) se debe utilizar cuando la ultrasonografía no puede descartar la presencia de acretismo placentario.

La evaluación de la placenta con flujo doppler color para diagnóstico de acretismo placentario no ha demostrado tener mayor sensibilidad que la evaluación ultrasonográfica en modo B. por esta razón se considera el ultrasonido en modo B, como una herramienta diagnóstica básica para la identificación del acretismo placentario. El doppler color se puede utilizar como una técnica complementaria.

La importancia clínica del acretismo placentario radica en la morbilidad y a veces la mortalidad materna secundaria.