

Acretismo placentario como urgencia en el servicio de Obstetricia. Presentación de dos casos.

HOSPITAL TERRITORIAL DE CÁRDENAS "JULIO M. ARISTEGUI VILLAMIL".

Revista Médica Electrónica 2009; 31 (6)

Acretismo placentario como urgencia en el servicio de obstetricia. Presentación de casos.

Placenta accreta as urgency in the Obstetric Service. Presentation of a case.

AUTORES

Dra. María Elena Medina González (1)

E-mail: htc.cardenas@infomed.sld.cu

Dra. Olga J. Nip Fabero. (1)

Dr. Juan Carlos Rodríguez Reyna. (2)

1)Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Máster en atención integral a la Mujer.
Profesora Asistente. Hospital Territorial de Cárdenas "Julio M. Aristegui Villamil".

2)Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Máster en atención integral a la Mujer.
Profesor Asistente . Hospital Territorial de Cárdenas "Julio M. Aristegui Villamil".

RESUMEN

Se trata de la presentación de dos casos de acretismo placentario que ocurrieron en el Hospital Territorial Docente de Cárdenas, con menos de 48 horas de transcurridos de uno a otro, con confirmación de Anatomía Patológica y buena evolución de los pacientes y sus recién nacidos. En un caso se efectuó histerectomía subtotal post cesárea abdominal cuya indicación fue: embarazo a término, trabajo de parto, presentación pelviana, presunta placenta previa y cesárea anterior. En otro caso se efectuó histerectomía total post parto vaginal eutócico ante la imposibilidad de extracción manual de la placenta y hemorragia aguda.

DeCS

PLACENTA ACCRETA/ etiología

PLACENTA ACCRETA/ patología

PLACENTA ACCRETA/ diagnóstico

PLACENTA ACCRETA/ epidemiología

HEMORRAGIA UTERINA

HISTERECTOMÍA

URGENCIAS MÉDICAS

OBSTETRICIA

ESTUDIOS DE CASOS

HUMANOS

ADULTO

FEMENINO

INTRODUCCIÓN

Entendemos por placenta acreta (accrescere = soltarse) la concrecencia de vellosidades placentarias con la musculatura uterina, sin capa de separación decidual. La placenta íncreta significa una penetración de las vellosidades en el miometrio, y la placenta percreta, una proliferación de las vellosidades a través de todo el miometrio, hasta la serosa. Según la extensión de este crecimiento o proliferación se habla de placenta acreta (íncreta, percreta) total, parcial o focal. (1-3)

Etiología: Como causa de la concreción o proliferación de las vellosidades se admite una falta o un desarrollo insuficiente de la decidua. Como factores coadyuvantes actúan todas las lesiones

y cicatrices del endometrio de naturaleza mecánica o inflamatoria, los legrados repetidos o demasiados intensos, la endometritis, las cicatrices de Cesáreas o miomectomía, un desprendimiento manual anterior de placenta, los miomas submucosos, etc. (4-7)

Frecuencia: Se estima muy diversamente y oscila entre 1: 1000 hasta 1: 70000. La instalación de esta patología si bien poco frecuente puede manifestarse en forma urgente, y sin posibilidades de diagnóstico previo originando un grave cuadro clínico quirúrgico para el paciente, donde la conducta obstétrica y el apoyo de todos los servicios del Área de Emergencia deben ser inmediatos y eficaces. (8-10)

Casística:

Caso No.1: H. CL. 50-202 41 años. Antecedentes hereditarios: madre diabética. Antecedentes personales: infección urinaria a los 15 años y menarquia 13 años. Gesta 9 Para 5 (1970 cesárea 4200 gr, Fórceps 3700 gr; 1973 Parto eutócico 4200 gr, 1974 Parto eutócico 4400 gr; 1982 Parto eutócico 3200 gr) Abortos 3 seguidos con raspado uterino. F.U.M.: 29-1-86.

Efectúa 1 a Consulta: 6-11-85. Embarazo de 32.4 semanas, con dos controles posteriores siendo el último de ellos 23-12-86. Se efectuaron estudios de Laboratorio con resultados dentro de los límites fisiológicos. Grupo Factor A RH Positivo.

La paciente no efectuó la ecografía tocoginecológica solicitada. El 10-1-86 a la hora 2.00 de la madrugada ingresa por guardia con embarazo de 39.1 semanas, feto vivo, metrorragia escasa, presentación pelviana, au: 36 cm, sin dinámica uterina, controles vitales normales. Especuloscopia: cuello vascularizado, con focos blanquecinos, en labio anterior.

Se constata salida de sangre roja en muy escasa cantidad a través del O.C.E. Tacto Vaginal: Cuello posterior, formado, orificio cervical externo permeable al dedo, O.C.I. cerrado. Se solicita derivación de la paciente por falta de anestesista de guardia con resultado negativo en toda la Red Provincial.

A las 8.00 horas la paciente presenta 4 cm de dilatación, regular cantidad de pérdidas sanguíneas, presentación pelviana móvil. Paciente en buen estado general. Se indica operación Cesárea por Trabajo de Parto, Presentación Pelviana, Presunta Placenta Previa, Cesárea Anterior.

Resolicita compatibilización de sangre y pasa a quirófano. Bajo anestesia peridural se efectúa laparotomía según técnica. Abierto peritoneo se visualiza que la zona anterior del segmento uterino hipervascularizada estaba ocupada por debajo de la serosa peritoneal por la placenta en toda su extensión.

Se efectúa histerectomía segmentaria arciforme por encima del borde placentario superior extrayéndose feto en pelviana, Apgar 9/10, peso 3.360 gr. E.G.: 38.4 semanas por Capurro. Ante la grave situación por la imposibilidad de la extracción manual de la placenta la hemorragia existente y la descompensación de la paciente se continúa el acto operatorio con anestesia general y el apoyo del Médico Terapeuta y el hematólogo se efectúa histerectomía subtotal dificultada por la invasión placentaria a nivel de la serosa peritoneal haciéndose dificultosa la hemostasia en el lecho operatorio. La misma debe realizarse prolijamente dejándose drenaje por el contrario abertura. Se transfunden en total 3.5 litros de sangre compatibilizada, se pasaron expansores plasmáticos y albúmina. La evolución de la paciente fue satisfactoria cursando como complicación post operatoria supuración a nivel de la cúpula vaginal que respondió a los tratamientos antibióticos conforme a los antibiogramas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Informe de Biopsia No 08-189

Macroscopia: Placenta: mide 16 x 13 cm ., incompleta con numerosos desgarros, con membrana y cordón separados del parénquima. Utero: Mide 12.5 cm de ancho. Al corte en el fondo se aprecia endometrio hiperplástico, verdoso, mientras que al nivel del istmo vemos pared muy adelgazada con tejido rojizo adherido.



Microscopia: Placenta de Vellosidades de pequeño calibre cubiertas por caducas discontinuas de citotrofoblasto y nudos de células sinciotrofoblásticas, que contienen vasos fetales maduros. Coexiste congestión vascular y focos de hemorragia intervillositaria.

Útero: Los cortes muestran decidua defectuosa con escasos grupos celulares inmersos en un magma de fibrina densa que se adosa directamente al músculo uterino, acompañada de vellosidades placentarias. No existe capa basal de endometrio. A nivel del segmento inferior es de destacar el escaso espesor de la capa muscular y el estado de hialinización de muchas de las fibras miométricas que contactan aquí con el tejido placentario.

Diagnóstico: Placenta de término incompleta desgarrada. Acretismo Placentario en Fondo e Isthmo Uterino.

CASO No2: H. CL. 50-242 – 29 años, antecedentes hereditarios y personales: s/p antecedentes tocoginecológicos: menarquia 13 años, R.M.: 3/30 C.R.S. 17 años Gesta 3, Para 2, 1976 3.200 gr. parto eutócico – 1980 3.800 gr. parto eutócico F.U.M. incierta, efectúa 5 controles prenatales en Unidad Sanitaria No. 19, habiendo estado hospitalizada durante siete días en el Hospital San Martín de La Plata con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro. Día 11-1-86 siendo 01: 00 horas.

Ingresa por guardia presentando un embarazo a término por altura uterina, con feto único vivo, bolsa íntegra, membranas gruesas y rugosas que no impresionan como vasos sanguíneos. Especuloscopia: Se visualizan zonas blancas y rojizas en las membranas. No se constata pérdida de sangre a través del O.C. Bajo control obstétrico se deja evolucionar espontáneamente el Trabajo de Parto hasta dilatación completa técnica.

La placenta se encuentra en cuerno uterino derecho y fondo del útero no pudiéndose encontrar plano de clivaje, se extrae placenta desgarrada constatándose una intensa hemorragia. Se indican uterorretractores y ante el grave cuadro clínico de la paciente se efectúa su traslado a quirófano realizándose compresión manual uterina externa e interna. Previa canalización en pliegue del codo y en ambas venas safenas se efectúa Histerectomía Total según técnica.

Se deja drenaje por cúpula vaginal. Se transfundieron durante el acto operatorio 4 litros de sangre compatibilizada, además de expansores plasmáticos y albúmina.

Se traslada a la paciente al Servicio de terapia Intensiva, donde evoluciona favorablemente siendo necesaria la compensación hematológica hasta completar 6.5 litros de sangre compatibilizada.

Siendo dada de alta a los 18 días de su intervención quirúrgica y concurriendo a los controles posteriores por consultorio externo.

INFORME DE BIOPOSIA No8-200

Macroscopia: Placenta, órgano de 16 cm . de diámetro. Cordón rodeado de material hemático, parénquima incompleto con numerosos desgarros y áreas rojizas. Útero: De 13 cm . de alto por 10 cm . de ancho. Al corte muestra en el fondo vellosidades trofoblásticas y pared de endometrio hemorrágica. Miometrio de 3 cm . de espesor con sector de vasos y áreas hemorrágicas. Límite del segmento inferior rojizo con tejido irregular.

Microscopia:

Placenta: Vellosidades pequeñas de vasos fetales maduros, sincitiotrofoblasto agrupado en nudos, pequeños focos de calcificación y regular depósito de sustancia fibrinoide intervellositaria. Focos de hemorragia intervellositaria. Cordón con tres vasos rodeado por coágulo hemático. Útero: Miometrio edematoso con focos de hemorragia y grandes vasos congestivos. El lugar del endometrio (ausente) ha sido ocupado por placas de decidua que se adosan directamente al miometrio el cual presenta importantes áreas de hialinización. Escasas vellosidades placentarias acompañan a la decidua. Congestión y hemorragia de la trompa y parametrio. Cervix con hiperplasia de células de reserva en cervicales y severa inflamación aguda y crónica. En ese sector se aprecia pólipo residual.

DIAGNÓSTICO:

Placenta de término. Desgarrada, incompleta. Acretismo placentario. Cervicitis aguda sobre base de inflamación crónica. Pólipo decidual de endocervix. Hemorragia y congestión tubaria.

Comentario

Dada las circunstancias que estos dos casos de grave emergencia obstétrica ocurrieron en menos de 48 horas, a pesar de la baja incidencia estadística en la casuística queremos recalcar que los Servicios de Maternidad, Laboratorio, Hemoterapia, Neonatología y terapia Intensiva deben contar con los recursos humanos y materiales necesarios para la atención satisfactoria de todos los casos que así lo requieren durante las 24 horas del día. Sospechar el diagnóstico, valorar la emergencia y asumir una conducta topológica activa es responsabilidad del obstetra, en salvaguardia de la vida del paciente. En los casos presentados se confirmó el diagnóstico anátomo-patológico sobre la base de: decidua defectuosa acompañada de vellosidades coriales que se adosan directamente al músculo uterino sin interposición de capa basal de endometrio importante hialinización. Esta anomalía de implantación determinó la macroscopia de placentas incompletas y desgarradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella Llusia J. La Placenta. Fisiología y patología. Argentina: Ediciones Díaz De Santos; 2007.
2. Roger P. Obstetricia. Ginecología y Salud de la mujer. España: Editorial Masson; 2004.
3. González J-Merlo JR. Tratado de Obstetricia. 5ta ed. España: Elsevier; 2006.
4. Kaser M. Situaciones de Urgencias Maternas durante el parto. Ginecología y Obstetricia. T.II. La Habana ; 1979.p. 755.
5. Di Masi FT. Placenta acreta. Am J Obstet Gynec. 1963; 87: 190
6. Robbins S. Patología Estructural y Funcional. 5ta ed. España: Editorial Mc. Graw Hill Interamericana; 2004.
7. Moore KL. Persaud Prospective sonographic diagnosis patient with placenta previa/ acreta. Contemp Obstet Gynecol; 2006
8. Langman. Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología de México. México : Marketing y Publicidad de México.p. 129-32.
9. Scriver CR. Dosis and Management of placenta percreta. Review Obst Gynecol. 2005; 34.

SUMMARY

We present two cases of placenta accreta attended at the Teaching Territorial Hospital of Cardenas, with less than 48 hours of difference, confirmed by Pathologic Anatomy and a good evolution of the patients and their newborns. In one case we made a subtotal hysterectomy after abdominal cesarean indicated as: term pregnancy, labor, pelvic presentation, presumed previous placenta and anterior cesarean. In the other, we made a total hysterectomy after eutocic vaginal delivery because of the impossibility of manually extracting placenta and acute hemorrhage.

MeSH:

PLACENTA ACCRETA/ etiology
PLACENTA ACCRETA/ pathology
PLACENTA ACCRETA/ diagnosis
PLACENTA ACCRETA/ epidemiology
UTERINE HEMORRHAGE
HYSTERECTOMY
EMERGENCIES
OBSTETRICS
CASE STUDIES
HUMANS
ADULT
FEMALE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Medina González ME, Nip Fabero OJ, Rodríguez Reyna JC. Acretismo placentario como urgencia en el servicio de Obstetricia. Presentación de dos casos. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(6). Disponible en URL:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema16.htm>
[consulta: fecha de acceso]