

Artículo Científico

Riesgo de acretismo placentario en pacientes con cesárea previa

Risk of placental acretism in patients with previous cesarean section

Amanda María Osorio Sagastume

Médico y Cirujano

Universidad San Carlos de Guatemala

amosagastume.7@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-1731-4033>

Recibido: 03/10/2023

Aceptado: 10/08/2024

Publicado: 17/08/2024

Referencia del Artículo

Osorio Sagastume, A. M. (2024). Riesgo de acretismo placentario en pacientes con cesárea previa. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 8(2), 1–14.

DOI: <https://doi.org/10.36314/cunori.v8i2.268>



Las opiniones expresadas en el artículo son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan la posición oficial de la USAC y sus miembros.



Resumen

PROBLEMA: el acretismo placentario es una anomalía obstétrica la cual conduce a complicaciones maternas graves, cuya incidencia se ha visto aumentada como consecuencia del incremento de cesáreas. **OBJETIVO:** describir el riesgo de acretismo placentario en pacientes con cesárea previa. **MÉTODO:** Se realizó una revisión sistemática de artículos médicos para recopilar información, utilizando los términos acretismo placentario y cesárea previa. **RESULTADOS:** el acretismo placentario consiste en la adhesión e invasión placentaria en el útero, la cual se ha encontrado en aumento en los últimos años de 1:30,000 a 1:333-533 condicionado por el aumento de cesáreas a nivel mundial, su diagnóstico requiere estudio de factores de riesgo y realización de ecografía, el tratamiento de elección es histerectomía. **CONCLUSIÓN:** el riesgo de acretismo placentario en pacientes con cesárea previa se debe a las alteraciones anatómicas y químicas que se produce en la cicatriz del útero en embarazos posteriores.

Palabras clave: acretismo, placenta, cesárea previa, riesgo, complicaciones.

Abstract

PROBLEM: Placental accreta is an obstetric anomaly which leads to serious maternal complications, the incidence of which has increased as a result of the increase in cesarean sections. **OBJECTIVE:** to describe the risk of placental accreta in patients with a previous cesarean section. **METHOD:** a systematic review of medical articles is carried out to collect information, using the terms placental accreta and previous cesarean section. **RESULTS:** placental accreta consists of the adhesion and invasion of the placenta to the uterus, which has increased in recent years from 1:30,000 to 1:333-533 conditioned by the increase in cesarean sections worldwide, its diagnosis requires study of risk factors and performance of ultrasound, the treatment of choice is hysterectomy. **CONCLUSION:** the risk of placental accreta in patients with a previous cesarean section is due to the anatomical and chemical alterations that occur in the uterine scar in subsequent pregnancies.

Keywords: accreta, placenta, previous cesarean section, risk, complications.



Introducción

El acretismo placentario consiste en una anomalía obstétrica en la cual ocurre una inserción defectuosa de una parte o de la totalidad de la placenta, la cual invade las paredes del útero e incluso los tejidos u órganos vecinos, lo que puede conducir a una hemorragia masiva, coagulopatía intravascular diseminada y otras complicaciones durante o posterior al parto poniendo la vida de la madre en peligro si no se trata con rapidez.

El espectro de placenta acreta se divide en placenta acreta, increta y percreta según el grado de adherencia y penetración que tengan en el útero y tejidos u órganos vecinos. Esta complicación se presenta de forma más frecuente en mujeres que han tenido una o más cesáreas previas o cirugías uterinas como la miomectomía, e incluso posterior a un legrado uterino. También es más probable en gestantes después de los 30 años de edad, con antecedente de multiparidad y en aquellas con presencia de placenta previa (Muñoz Riso et al., 2015).

A pesar de que el acretismo placentario es una complicación relativamente poco frecuente, su incidencia ha preocupado en los últimos años, ya que se ha visto un incremento importante de la misma de tan solo 1 de cada 30,000 nacimientos a 1 por cada 333-533 nacimientos, especialmente en pacientes que han tenido múltiples embarazos o han sido sometidas a cesárea previa, debido a su gravedad y complicaciones es importante su detección prenatal (Villagómez Mendoza et al., 2021).

El diagnóstico de acretismo placentario es complicado de realizar antes del alumbramiento debido a que no hay presencia de signos o síntomas maternos. Posterior a este se manifiesta como retención

de la placenta y hemorragia uterina y el diagnóstico se realiza después de realizar extracción placentaria manual sin éxito. Sin embargo, ya se cuentan con criterios ecográficos con valor predictivo positivo del 80% para acretismo placentario y por lo tanto este método deberá realizarse en todas las gestantes que presentan factores de riesgo principalmente cesárea previa con el propósito de hacer un diagnóstico prenatal (Téllez Santos & Wandurraga, 2006).

El acretismo placentario es la principal indicación de histerectomía durante y posterior a una cesárea, lo cual presenta un riesgo de 1.6% de morbilidad y mortalidad para la madre, sin embargo, es el tratamiento de elección (Garita Méndez et al., 2022). Dado la importancia de lo anterior descrito en este artículo, se revisará el riesgo que se encuentra de acretismo placentario en pacientes con cesárea anterior, las características clínicas, los principales métodos de diagnóstico disponibles y las opciones de manejo terapéutico.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda y revisión sistemática de artículos médicos en línea en sitios como PubMed, Science Direct y Google académico para recuperar información relevante sobre el riesgo de acretismo placentario en pacientes con cesárea previa, métodos diagnósticos, y alternativas terapéuticas. En este escrito se resume y se presentan los extractos más importantes de dichos artículos.

Resultados y discusión

El término placenta acreta se utiliza para describir un espectro de enfermedades distintas, así como para una sola patología. Si se utiliza solo placenta acreta esto se refiere a la adherencia placentaria al útero. Si dicha placenta penetra en el miometrio uterino se describe como placenta increta y placenta percreta se utiliza cuando la placenta penetra la capa externa del útero y puede extenderse más allá de esta, hacia órganos o tejidos vecinos (Silver & Barbour, 2015).

En la década de 1950, el espectro de acretismo placentario se encontró solamente en 1 de cada 30,000 nacimientos mientras que en la actualidad se ha encontrado un aumento importante en su incidencia hasta encontrarse en 1 de cada 333 a 533 nacimientos (Garita Méndez et al., 2022).

El acretismo placentario se ha encontrado vinculado de manera directa con la cantidad de cirugías realizadas en el útero, siendo la cesárea previa la más frecuente (Hernández Mendoza et al., 2018).

En un estudio retrospectivo realizado en una unidad de tercer nivel en Dublín desde 1997 hasta 2010 por Higgins et al (2013) encontraron que la incidencia global de acretismo placentario fue de 1,65 por cada 1000 mujeres con cesárea previa hasta el año 2002, mientras que en los siguientes 7 años (2003-2010) esta incidencia incrementó a 2,37 por cada 1000 pacientes con parto por cesárea anterior.

Otro estudio realizado en México, Solorzano Vásquez et al (2017) en el período de 2007-2012 en el Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico de Occidente, IMSS, identificaron 106 casos con

diagnóstico de acretismo placentario, se encontró que el antecedente de cesárea se observó con una alta frecuencia en las mujeres con historia de una a dos cesáreas, con un 76.41%, comparado con la falta de dicha cirugía, con un 12.26%, y tres cesáreas o más, con un 11.32%.

La relación entre esta patología y la cesárea previa existe debido a los defectos postoperatorios en el útero los cuales se asocian a la falta de reepitelización de las células del endometrio en la cicatriz uterina. Posterior a la cirugía la invasión excesiva del trofoblasto y la vascularización deficiente en el sitio de la cicatriz uterina pueden causar hipoxia local, lo cual conlleva a una decidualización anómala (Villagómez Mendoza et al., 2021).

En el embarazo siguiente, posterior a una cesárea, los citotrofo- blastos se infiltran en el endometrio decidualizado sin embargo no consiguen localizar la capa esponjosa y no logran encontrar la señal para prevenir la invasión. En cambio, las células del trofoblasto continúan invadiendo de manera anormal. Los trofoblastos no se diferencian hasta que llegan a las arteriolas espirales lo que da lugar a que estas se reorganicen y aumenten su tono y oxigenación.

La hipoxia relativa que posee el tejido en la cicatriz de la cesárea puede favorecer la implantación del blastocisto en áreas con riesgo mayor de acretismo placentario (Silver & Barbour, 2015).

Estudios recientes sobre epidemiología ha cuestionado la relación que existe entre la cantidad de cesáreas previas y el riesgo de tener placenta acreta, lo cual ha confirmado que hay un riesgo aumentado de acretismo placentario después del segundo parto por cesárea. Esto probablemente se deba a una posición más elevada del nicho uterino luego de una cesárea electiva previa en comparación con



un parto por cesáreas de emergencia, lo cual se vio asociado a un riesgo 3 veces más elevado para desarrollar acretismo placentario en los próximos embarazos con placenta previa (Milani Coutinho et al., 2021).

El acretismo placentario es un trastorno asintomático por lo cual para su diagnóstico es necesario el conocimiento de factores de riesgo (edad, placenta previa, número de cesáreas previas, etc) y la realización de estudios de imagen (Collins et al., 2016)

El método diagnóstico Gold Standard es por medio de ecografía en el cual se evalúan distintos criterios propuestos en 2016 por The European Working Group on Abnormally Invasive Placenta. En ultrasonido 2D se puede apreciar una pérdida de la zona clara, lagunas anormales en la placenta, interrupción en la pared vesical, adelgazamiento del miometrio, protuberancia placentaria, y presencia de una masa exofítica local mientras que por medio del estudio Doppler podemos encontrar Hipervascularización utero-vesical, Hipervascularidad subplacentaria y vasos puente (Collins et al., 2016).

También se puede hacer uso de la resonancia magnética cuando el resultado por ultrasonido no está claro o es dudoso, este se recomienda entre las 24 y 30 semanas de gestación y se puede encontrar una placenta heterogénea con contornos irregulares y bordes redondeados, Hipervascularidad intraplacentaria, vascularización anómala en el sitio placentario, interrupción de la línea miometrial retroplacentaria, adelgazamiento del miometrio y protuberancia uterina (Köhler Silva et al., 2023).

Otros métodos como la cistoscopia no se realizan de forma rutinaria ya que su utilidad se encuentra mayormente en las pacientes

que tienen hallazgos sugerentes de acretismo placentario con invasión vesical en el ultrasonido. En cuanto a la histología el criterio para diagnosticar esta patología es la falta de decidua basal, sin embargo, al momento de realizar el alumbramiento esto se puede distorsionar por lo cual se debe dejar la pieza en su sitio y realizar histerectomía para tomar la muestra (Dueñas et al., 2007).

En cuanto al manejo el acretismo placentario se debe involucrar múltiples disciplinas y por lo tanto deberá tratarse a la paciente en un centro de mayor complejidad que cuente con los servicios de urología, anestesia, hematología, cirugía, obstetricia ya que de forma ideal estos deberán estar presentes en el quirófano por si fuese necesario realizar cistectomía, ligadura de arterias, embolización, etc. Así mismo se deberá contar con neonatólogo ya que por lo general el nacimiento debe ser realizado entre la semana 34 y 35 (Téllez Santos & Wandurraga, 2006).

El manejo obstétrico de preferencia es la histerectomía por cesárea, en la cual se realiza histerectomía posterior al nacimiento del bebé si hay una fuerte sospecha de acretismo placentario prenatal o posterior a un intento fallido de extracción de la placenta (Sentilhes et al., 2013). En cuanto al tipo de incisión se prefiere la mediana infraumbilical ya que permite exponer mejor los vasos pélvicos. La histerectomía se debe realizar según los hallazgos ecográficos en cuanto a la localización de la placenta, en caso de acretismo placentario en la cara anterior se decide por una incisión corpórea clásica, e incluso fúndica esto para hacer más fácil la extracción fetal (Dueñas et al., 2007).

El tratamiento conservador implica el parto, ligadura y corte en la base del cordón umbilical, dejando la placenta adherida al miometrio y cerrar la histerotomía. Este también se puede realizar poste-

rior a un parto vaginal cuando la placenta no se ha expulsado y no existe una línea divisoria entre útero y placenta. Este tratamiento previene la histerectomía aproximadamente en 75-80% de los casos sin embargo se asocian a una necesidad de transfusión sanguínea infección y morbilidad grave (Sentilhes et al., 2013).

También podemos hacer uso de procedimientos profilácticos previo al nacimiento para evitar hemorragia grave y shock hipovolémico, mediante la realización de cateterismo profiláctico de la arteria uterina o embolización de la misma, colocación de catéteres con balón profiláctico en arterias ilíacas u oclusión profiláctica con balón de la aorta abdominal (Soyer et al. 2020).

Conclusión

Sobre el riesgo de acretismo placentario en pacientes con una cesárea previa, es importante enfatizar la interrelación entre el aumento en la incidencia de esta condición y la creciente tendencia de realizar cesáreas a nivel global. La cesárea previa altera la integridad de la pared uterina, lo que crea una cicatriz que puede no sanar adecuadamente, resultando en cambios anatómicos y químicos que predisponen a la invasión anormal de la placenta en embarazos posteriores.

Además, el acretismo placentario presenta un desafío significativo tanto en el diagnóstico como en el manejo clínico. La detección temprana a través del estudio de factores de riesgo, como la historia obstétrica del paciente y la realización de ultrasonidos especializados, es esencial para planificar un manejo oportuno y reducir las complicaciones potencialmente mortales.

El tratamiento de elección, la histerectomía, aunque efectiva para controlar el sangrado masivo y prevenir complicaciones graves, puede tener un impacto significativo en la salud reproductiva futura de las pacientes. Por lo tanto, la necesidad de optimizar las indicaciones para cesáreas y promover el uso de técnicas menos invasivas en el manejo obstétrico podría contribuir a la reducción de la incidencia del acretismo placentario y mejorar los resultados maternos a largo plazo.

Referencias

- Collins, S. L., Ashcroft, A., Braun, T., Calda, P., Langhoff-Roos, J., Morel, O., Stefanovic, V., Tutschek, B. y Chantraine, F. (2016). Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 47(3), 271–275. <https://doi.org/10.1002/uog.14952>
- Dueñas G., O., Rico O., H. y Rodríguez B., M. (2007). Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, 72(4), 266–271. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000400011&script=sci_arttext
- Garita Méndez, E., Salas Morgan, J. P. y Angulo Moya, L. C. (2022). Acretismo placentario: revisión bibliográfica. *Ciencia & Salud*, 6(2), 39–48. <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/390/525>



- Hernández Mendoza, L. D., Herrera Villalobos, J. E., Mendoza Hernández, F. y Adaya Leythe, E. A. (2018). Acretismo placentario: experiencia en obstetricia crítica. *Revista Médica De La Universidad Veracruzana*, 8(1), 75–87. https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol18_num1/articulos/acretismo.pdf
- Higgins, M., Monteith, C., Foley, M. y O’Herlihy, C. (2013). Real increasing incidence of hysterectomy for placenta accreta following previous caesarean section. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(Issue 1), 54–56. [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(13\)00421-1/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(13)00421-1/fulltext)
- Köhler Silva, C., Almeida Ghezzi, C. L., Vettori, D. V., Rostirolla, G. F. y Vettorazzi, J. (2023). Performance of magnetic resonance imaging to predict maternal outcomes in patients at high risk for placenta accreta spectrum disorder. *British Journal of Radiology*, 96(1144). <https://doi.org/10.1259/bjr.20220822>
- Milani Coutinho, C. M., Noel, L., Giorgione, V., Assef Marçal, L. C. A., Bhide, A. y Thilaganathan, B. (2021). Placenta accreta spectrum disorders and cesarean scar pregnancy screening: are we asking the right questions? *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, 43(05), 347–350. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0041-1731301.pdf>
- Muñiz Riso, M. E., Álvarez Ponce, V. A. y Felipe Cutié, W. (2015). Acretismo placentario. *Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecología*, 41(2), 190–196. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200012&lng=es&tlng=es.

- Sentilhes, L., Goffinet, F. y Kayem, G. (2013). Management of placenta accreta. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(Issue 10), 1125–1134. <https://doi.org/10.1111/aogs.12222>
- Silver, R. M. y Barbour, K. D. (2015). Placenta accreta spectrum: accrete, increta, and percreta. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 42(Issue 2), 381–402. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.014>
- Solórzano Vázquez, J. F., Ruvalcaba Ortiz, G., Hernández Higareda, S. y Morales De Avila, C. N. (2017). Pérdida sanguínea y uso de hemoderivados en casos de cesárea e histerectomía por acretismo placentario. *Perinatología y Reproducción Humana*, 31(Issue 2), 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2017.10.010>
- Soyer, P., Barat, M., Loffroy, R., Barral, M., Dautry, R., Vidal, V., Pellerin, O., Cornelis, F., Kohi, M. P. y Dohan, A. (2020). The role of interventional radiology in the management of abnormally invasive placenta: a systematic review of current evidences. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*, 10(6), 1370–1391. <https://doi.org/10.21037/qims-20-548>
- Téllez Santos, O. H. y Wandurraga Barón, N. (2006). Placenta previa y acretismo placentario: dos grandes complicaciones de alto riesgo obstétrico. *Médicas UIS*, 19(2), 125–136. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2164/2527>
- Villagómez Mendoza, E. A., Reyes López, C., Orozco Gutiérrez, I. y Martínez Meraz, M. (2021). Tratamiento de pacientes con placenta anormalmente adherida, con hemorragia; revisión sistemática. *Ginecología y Obstetricia De México*, 88(7), 458–470. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412020000700006&script=sci_arttext



Sobre la autora

Amanda María Osorio Sagastume

Estudió la carrera de Médico y Cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala sede Centro Universitario de Oriente, Médico interno en Hospital de Chiquimula, Chiquimula, Guatemala.

Financiamiento de la investigación

Esta investigación fue realizada con recursos propios.

Declaración de intereses

Por este medio declaro no tener ningún conflicto de intereses, que puedan haber influido en los resultados obtenidos o las interpretaciones propuestas.

Declaración de consentimiento informado

Declaro que el estudio se realizó respetando el Código de ética y buenas prácticas editoriales de publicación.

Derechos de autor

Copyright© 2024. Por Amanda María Osorio Sagastume. Este texto está protegido por la [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





Es libre para compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y adaptar el documento, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de: Atribución: Debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)