

ACRETISMO PLACENTARIO

Trastornos del espectro de la adherencia placentaria anómala

El acretismo placentario representa una de las complicaciones obstétricas más graves de nuestro tiempo, caracterizada por una implantación anómala donde las vellosidades coriónicas invaden el miometrio más allá de sus límites normales.

Definición y Clasificación

El acretismo placentario se refiere a una implantación anómala de la placenta, en la cual las vellosidades coriónicas invaden parcial o totalmente el miometrio, en lugar de quedar restringidas al sitio de la decidua basal.

Placenta Acreta

Invasión superficial del miometrio

≈75% de todos los casos

Placenta Increta

Invasión profunda dentro del miometrio

Penetración muscular significativa

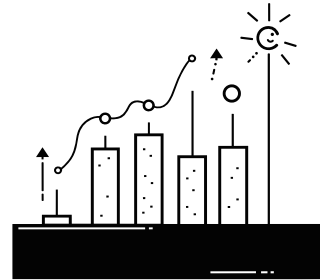
Placenta Percreta

Penetración completa hasta la serosa

Puede invadir órganos adyacentes como vejiga e intestino

Módulo 2: Epidemiología y Tendencias

El acretismo placentario ha experimentado un **aumento dramático en su incidencia** a nivel mundial. De una prevalencia histórica de **aproximadamente 1 en 2500 embarazos en la década de 1970**, se estima que actualmente afecta a **1 de cada 272 embarazos** en algunas regiones desarrolladas. Esta transformación la consolida como una de las complicaciones obstétricas más desafiantes de nuestro tiempo, siendo la principal causa de hemorragias posparto masivas y la necesidad de histerectomías de emergencia.



Factores Contribuyentes al Aumento

- La principal causa de este incremento es el **aumento global en la tasa de cesáreas**. Cada cicatriz uterina previa eleva el riesgo de una inserción placentaria anómala en embarazos posteriores, especialmente si la placenta se implanta sobre la cicatriz.
- Otros factores incluyen el **aumento de la edad materna** al primer embarazo, el uso extendido de **tecnologías de reproducción asistida** (TRA), y la presencia de **cirugías uterinas previas** como miomectomías o legrados, que pueden alterar la integridad del endometrio.

Impacto y Morbilidad Asociada

El acretismo placentario conlleva una **morbilidad materna significativa**, incluyendo la necesidad de múltiples transfusiones sanguíneas, ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI), daño a órganos adyacentes (vejiga, intestino), y estancias hospitalarias prolongadas. La **mortalidad materna**, aunque ha disminuido con diagnósticos y manejo mejorados, sigue siendo un riesgo real, especialmente en entornos con recursos limitados.

Carreras en Salud Pública y Tendencias Futuras

Módulo 3: Factores de Riesgo Principales

El acretismo placentario es una condición compleja, y su aparición está estrechamente ligada a ciertos factores de riesgo que potencian su desarrollo. Es crucial comprender estos elementos para una detección y manejo tempranos, ya que la presencia de múltiples factores puede aumentar el riesgo de forma exponencial.

01

Cesárea previa

El principal factor de riesgo, aumentando significativamente la probabilidad de acretismo en embarazos subsecuentes.

02

Placenta previa concomitante

Presente en aproximadamente el 80% de los casos de acretismo placentario.

03

Cirugías uterinas previas

Cualquier intervención quirúrgica en el útero, como miomectomías o legrados, puede predisponer a la adherencia anómala.

04

Edad materna avanzada

Mujeres con mayor edad al momento del embarazo tienen un riesgo elevado.

05

Defectos endometriales

Condiciones que alteran la integridad del endometrio, como infecciones o cicatrices, contribuyen al riesgo.

Módulo 4: Fisiopatología

El mecanismo fundamental de la fisiopatología del acretismo placentario se caracteriza por una serie de eventos que culminan en la invasión trofoblástica descontrolada en la pared uterina.

Pérdida de Barreras Naturales

La principal alteración es la pérdida o adelgazamiento de las barreras naturales entre el trofoblasto y el miometrio.

Pérdida de Decidua Basal

Se produce una falla en la formación adecuada de la decidua basal en el sitio de implantación, que normalmente actúa como un límite protector.

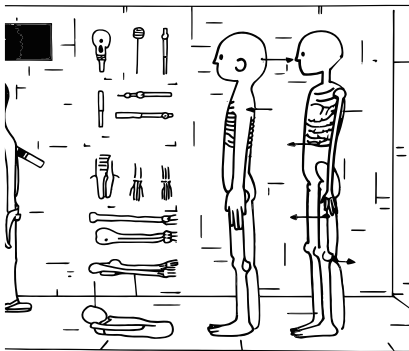
Ausencia de Capa de Nitabuch

La capa fibrinoide de Nitabuch, crucial para la separación placentaria, está ausente o es deficiente, permitiendo la invasión directa.

Invasión Trofoblástica Descontrolada

Como resultado de lo anterior, el trofoblasto invade el miometrio más allá de sus límites normales, provocando la adherencia anómala.

La siguiente imagen ilustra el diagrama de invasión placentaria en la pared uterina.



Módulo 5: Manifestaciones Clínicas

El acretismo placentario, si bien puede ser asintomático en muchos casos hasta el momento del parto, puede presentarse con una variedad de signos y síntomas. A continuación, se detallan las tres presentaciones clínicas principales y sus implicaciones.

1

Presentación Asintomática

En la mayoría de los casos, el acretismo placentario permanece **asintomático durante el embarazo** porque el problema principal, la invasión anómala del miometrio por el trofoblasto, no causa síntomas obvios hasta el intento de separación placentaria. La placenta sigue cumpliendo su función de intercambio de nutrientes y oxígeno sin comprometer el bienestar fetal o materno directo antes del parto.

La **detección es predominantemente mediante screening ecográfico** prenatal en pacientes con factores de riesgo conocidos (cicatriz uterina previa, placenta previa). Es crucial una evaluación detallada de la interfaz útero-placentaria en la ecografía de segundo y tercer trimestre, buscando signos como:

2

Hemorragia Posparto

La hemorragia posparto (HPP) es la **manifestación más dramática y frecuente** del acretismo placentario, constituyendo una emergencia obstétrica potencialmente mortal. Su fisiopatología se debe a la **incapacidad de la placenta para separarse** espontáneamente del útero tras el parto fetal, debido a la invasión del miometrio.

- **Mecanismo del sangrado:** Al intentar la separación placentaria manual o espontánea, los vasos sanguíneos uterinos en el sitio de implantación quedan abiertos y expuestos, sin la constricción miometrial adecuada (debido a la invasión) para lograr la hemostasia.
- **Volúmenes típicos:** La pérdida sanguínea puede ser masiva y extremadamente

3

Complicaciones Asociadas

El acretismo placentario puede llevar a una serie de complicaciones adicionales, cada una con sus propios mecanismos y manejo:

- **Sangrado intraoperatorio:** Frecuente durante la histerectomía periparto, debido a la hipervascularización y la dificultad para disecar el útero.
Manejo: Técnicas quirúrgicas especializadas, control de la hemostasia, embolización arterial uterina preoperatoria o intraoperatoria.
- **Invasión vesical:** El acretismo puede progresar e invadir órganos adyacentes, siendo la vejiga el más común. Ocurre cuando el trofoblasto atraviesa la serosa uterina y la pared vesical.
Mecanismo: Invasión

Módulo 6: Diagnóstico por Imágenes

El diagnóstico del acretismo placentario se apoya en técnicas de imagen avanzadas, siendo la ecografía transvaginal con Doppler Color el método de elección debido a su accesibilidad y capacidad para detectar signos tempranos de invasión. La resonancia magnética se utiliza como complemento en casos seleccionados para una evaluación más detallada.



Ecografía Transvaginal con Doppler Color

Es el método de elección para el diagnóstico prenatal. Permite identificar signos clave de acretismo placentario.



Resonancia Magnética (RM)

Se utiliza como método complementario, especialmente en placentas posteriores o cuando la ecografía no es concluyente.

Los cuatro signos principales detectados mediante ecografía transvaginal con Doppler Color que sugieren la presencia de acretismo placentario son:



Pérdida de zona hipoecoica

Ausencia o adelgazamiento de la línea hipoecoica que normalmente separa la placenta del miometrio.



Lagunas vasculares

Presencia de espacios anecoicos irregulares, tipo "queso suizo", dentro del parénquima placentario.



Adelgazamiento miometrial

Disminución del grosor del miometrio retroplacentario, a menudo con la vejiga adyacente visible muy cerca de la placenta.



Vascularización aberrante

Identificación de vasos sanguíneos anómalos que cruzan la interfaz útero-placenta, invadiendo el miometrio y, en ocasiones, la serosa o estructuras adyacentes.



Módulo 7: Manejo y Conducta Obstétrica

El manejo del acretismo placentario requiere una planificación meticulosa y un enfoque multidisciplinario, dadas las posibles complicaciones asociadas. Una estrategia bien definida es fundamental para optimizar los resultados maternos.

Planificación Prenatal

Una adecuada planificación prenatal es crucial e incluye:

- Manejo en un centro especializado con experiencia en acretismo placentario.
- Programación del parto entre las 34 y 36 semanas de gestación.
- Disponibilidad de un equipo multidisciplinario que incluya obstetras, cirujanos, anestesiólogos, urólogos e intensivistas.

Estrategia Quirúrgica

La estrategia quirúrgica debe ser cuidadosamente considerada:

- La histerectomía total inmediata posterior al nacimiento es el estándar de oro para el manejo definitivo del acretismo placentario.
- Existen estrategias alternativas, aunque con mayor riesgo de complicaciones, que pueden ser consideradas en casos seleccionados para preservar la fertilidad.

⊗ Es fundamental mantener una nota de precaución sobre las estrategias conservadoras debido al alto riesgo de hemorragia y otras complicaciones postoperatorias.

Módulo 8: Complicaciones, Pronóstico y Seguimiento

El Módulo 8 aborda las complicaciones maternas y fetales asociadas al acretismo placentario, el pronóstico mejorado con un diagnóstico prenatal temprano, la necesidad de controles prenatales precoces, la consejería reproductiva y un seguimiento estricto post-parto. Es crucial mantener el mensaje clave sobre la importancia del diagnóstico prenatal temprano para optimizar los resultados maternos y neonatales.

1

Complicaciones Maternas

- Hemorragia masiva posparto, la complicación más frecuente y grave.
- Necesidad de histerectomía de emergencia, con la consiguiente pérdida de la fertilidad.
- Daño a órganos adyacentes, como la vejiga o los uréteres, por la invasión placentaria.
- Necesidad de transfusiones sanguíneas masivas.
- Estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos (UCI).
- Mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

2

Complicaciones Fetales

- Prematuridad, debido a la necesidad de un parto planificado y adelantado para reducir riesgos maternos.
- Bajo peso al nacer.
- Síndrome de dificultad respiratoria neonatal y otras complicaciones asociadas a la inmadurez.
- Mayor riesgo de ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

El pronóstico mejora significativamente con un diagnóstico prenatal temprano, permitiendo una planificación y un manejo multidisciplinario en un centro especializado. Este enfoque proactivo reduce drásticamente las complicaciones graves.

Los controles prenatales precoces son fundamentales para identificar factores de riesgo y realizar ecografías de cribado que permitan una detección temprana del acretismo placentario, garantizando así un manejo oportuno.

La consejería reproductiva debe ser parte integral del manejo, informando a las pacientes sobre los riesgos de acretismo placentario en futuros embarazos, especialmente si ya han tenido una histerectomía o si se optó por un manejo conservador.