

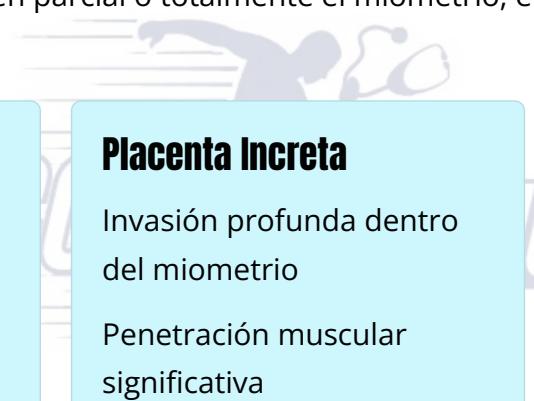
# ACRETISMO PLACENTARIO

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

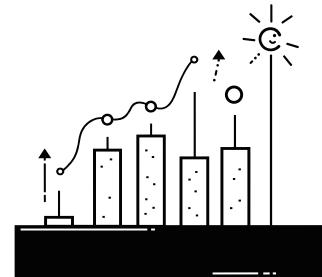
### Placenta Percreta

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 hysterectomías 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.

## Cargas en Salud Pública y Tendencias Futuras

El manejo del acretismo placentario impone una **considerable carga económica en los sistemas de salud** debido a la complejidad de las cirugías, la necesidad de equipos multidisciplinarios (obstetras, urólogos, anestesiólogos, intensivistas), el uso intensivo de recursos hospitalarios y los costos asociados a las transfusiones y la recuperación posquirúrgica. A nivel internacional, las tasas varían; los países con **altas tasas de cesáreas** (como muchos de América Latina y Asia) suelen presentar una mayor incidencia de acretismo, exacerbando las desigualdades en el acceso a la atención especializada. Las **tendencias futuras** sugieren que la incidencia continuará en aumento si no se implementan estrategias efectivas para reducir las tasas de cesáreas innecesarias y optimizar la planificación familiar y el espaciamiento entre embarazos.

# 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

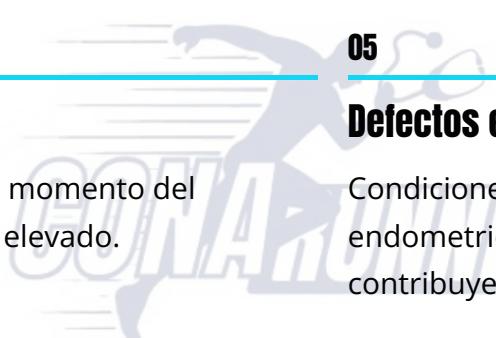
## Edad materna avanzada

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	2	3
<p><b>Presentación Asintomática</b></p> <p>En la mayoría de los casos, el acretismo placentario permanece <b>asintomático durante el embarazo</b> 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.</p> <p><b>La detección es predominantemente mediante screening ecográfico</b> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lagunas vasculares placentarias (signo de "queso suizo").</li><li>• Pérdida de la zona hipoeocoica retroplacentaria.</li><li>• Interrupción de la interfaz serosa-vejiga.</li><li>• Aumento de la vascularización en la interfaz útero-placentaria en el Doppler color.</li></ul> <p>En raras ocasiones, pueden aparecer <b>signos sutiles</b> como hematuria recurrente indolora si hay invasión vesical o dolor pélvico inespecífico, aunque estos son poco comunes y no diagnósticos.</p>	<p><b>Hemorragia Posparto</b></p> <p>La hemorragia posparto (HPP) es la <b>manifestación más dramática y frecuente</b> del acretismo placentario, constituyendo una emergencia obstétrica potencialmente mortal. Su fisiopatología se debe a la <b>incapacidad de la placenta para separarse</b> espontáneamente del útero tras el parto fetal, debido a la invasión del miometrio.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Mecanismo del sangrado:</b> 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.</li><li>• <b>Volúmenes típicos:</b> La pérdida sanguínea puede ser masiva y extremadamente rápida, superando fácilmente los 1500-2500 mL, o incluso más de 5000 mL, llevando rápidamente a shock hipovolémico.</li><li>• <b>Signos de alarma:</b> Sangrado vaginal incontrolable, ineficacia de la contracción uterina tras el parto, fracaso de la extracción manual de la placenta, signos de shock (taquicardia, hipotensión, palidez, alteración del estado de conciencia).</li><li>• <b>Manejo inicial de emergencia:</b> Requiere un enfoque multidisciplinario con acceso venoso amplio, fluidoterapia, transfusión masiva de hemoderivados (concentrado de hematíes, plasma fresco congelado, plaquetas), y a menudo histerectomía periparto para controlar el sangrado.</li></ul>	<p><b>Complicaciones Asociadas</b></p> <p>El acretismo placentario puede llevar a una serie de complicaciones adicionales, cada una con sus propios mecanismos y manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sangrado intraoperatorio:</b> Frecuente durante la histerectomía periparto, debido a la hipervascularización y la dificultad para disecar el útero. <b>Manejo:</b> Técnicas quirúrgicas especializadas, control de la hemostasia, embolización arterial uterina preoperatoria o intraoperatoria.</li><li>• <b>Invasión vesical:</b> 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. <b>Mecanismo:</b> Invasión directa del músculo detrusor. <b>Frecuencia:</b> Presente en un 5-10% de los casos de percreta. <b>Manejo:</b> Resección parcial de la vejiga con reparación, a menudo con la asistencia de urología.</li><li>• <b>Atonía uterina:</b> Aunque el problema principal es la adherencia, la manipulación excesiva del útero o la alteración de la arquitectura miometrial por la placenta increta/percreta pueden predisponer a la atonía post-extracción. <b>Manejo:</b> Uterotónicos, masaje uterino, compresión bimanual, taponamiento uterino.</li><li>• <b>Retención placentaria:</b> La placenta no se desprende ni se expulsa en los 30 minutos posteriores al parto. En el acretismo, esta retención es patológica debido a la adherencia anormal, y el intento de extracción manual forzada puede causar sangrado masivo. <b>Manejo:</b> Abstenerse de la extracción manual forzada si se sospecha acretismo y proceder a manejo conservador o histerectomía según el plan.</li></ul>

El **diagnóstico diferencial** del acretismo placentario incluye otras causas de HPP, como atonía uterina, traumatismos del tracto genital, o coagulopatías. Sin embargo, la característica distintiva del acretismo es la imposibilidad de la separación placentaria. Se debe **sospechar acretismo** en cualquier paciente con factores de riesgo (especialmente placenta previa y cicatriz uterina previa) que presente HPP grave y refractaria a las medidas habituales, o en aquellos casos con hallazgos ecográficos sugestivos durante el prenatal.

# 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 placas 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 hipoeocoica

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

### → Adelgazamiento miometrial

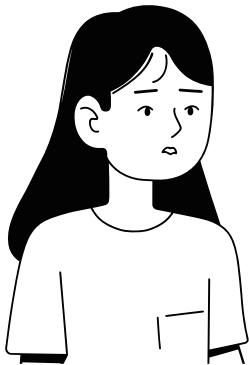
Disminución del grosor del miometrio retroplacentario, a menudo con la vejiga adyacente visible muy cerca de la placenta.

### → Lagunas vasculares

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

### → 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.

El seguimiento estricto post-parto es esencial para monitorizar la recuperación materna, detectar posibles complicaciones tardías y brindar apoyo psicológico. Esto es especialmente importante en casos donde se realizó un manejo conservador de la placenta.