

Introducción

El acretismo placentario se define como la adhesión anormal de la placenta a la pared uterina y se relaciona con mayor riesgo de hemorragia obstétrica, morbilidad materna grave y mortalidad materna intraoperatoria hasta en el 80% de los casos.

En la Unidad de Alta Complejidad Obstétrica de la Fundación Clínica Valle de Lili (UACO), se implementó desde el año 2010 el manejo protocolizado de las pacientes con el objetivo de realizar el rápido control del sangrado asociado a esta entidad.

El manejo incluye el protocolo estandarizado de anestesia, monitoria invasiva de presión arterial y acceso venoso central de alto flujo, cateterización uretral, colocación de balones en arterias ilíacas internas para oclusión arterial desde el pinzamiento del cordón umbilical hasta el control del sangrado, disponibilidad de componentes sanguíneos y de sistema de recuperación celular (Cell Saver), cirugía por dos ginecólogos especialistas en cuidado intensivo y disponibilidad inmediata de especialistas en urología, cirugía vascular y radiología intervencionista.

Métodos

Estudio observacional descriptivo de serie de casos de pacientes con acretismo placentario a las que se les finalizó su gestación en la UACO.

Resultados

Se encontraron 22 casos con diagnóstico prenatal de acretismo por ecografía y/o resonancia desde enero de 2010 hasta diciembre de 2015.

Características maternas : (n22)	
Edad Materna*	31.7 ± 6.3
Edad gestacional *	32.3 SEMANAS
Gravidez *	3 (2-4)
Cirugía previa n(%)	Cesárea previa = 86% Legrado, miomectomía= 9%
Vía finalización n(%)	Cesárea electiva= 59,1% Cesárea de emergencia= 40,9%
Protocolo de acretismo n(%)	17(77%)
Tiempo desde inserción de catéteres uretrales hasta cesárea **	240 (180-300) Minutos
Tiempo desde cesárea hasta fin de cirugía **	112.5 (60-120) Minutos
Empaquetamiento pélvico n(%)	23% de las pacientes
Días hospitalización postquirúrgico **	4 (3-6)
DÍAS EN UCI **	2 (2-3)
Histerectomía total n(%)	19(86%)
Diagnóstico clínico acretismo n(%)	20 (91%)

* Media ± desviación estándar **Mediana (Rango intercuartil)

Se realizó histerectomía en 19 de 22 casos y control del sangrado en un máximo de dos tiempos quirúrgicos en todas las pacientes, con una baja incidencia de complicaciones graves, la mayoría de ellas resueltas en el primer tiempo quirúrgico. En 5 pacientes no se efectuó manejo endovascular pues ingresaron sin sospecha de acretismo y sólo se hizo el diagnóstico por hallazgos intraoperatorios durante las cesáreas emergentes.

Indicadores asociados a la hemorragia	
Sangrado visual estimado *	1800 mL
Hemoglobina pre quirúrgica **	11.9 (10.5-12.9)
Hemoglobina postquirúrgica **	10.15 (8.2-11.3)
Requerimiento de transfusión (# de unidades transfundidas) **	55% 2.5 (2-5)
Cell saver y ac. Tranexámico n(%)	9 (41%)

* Media ± desviación estándar

**Mediana (Rango intercuartil)

Complicaciones n(%)	
Lesión vesical	3 (14%)
Lesión uretral	1 (5%)
Hematoma pared abdominal	14 %
Hematoma cúpula vaginal	1 (5%)
Hematoma punción arterial	1 (5%)
Sepsis / ISO	3 (14%)
Sepsis/ intraabdominal	1 (5%)
Coagulopatía	3 (14%)

Conclusiones

El manejo protocolizado del acretismo placentario fue efectivo para la finalización del embarazo en condiciones seguras en el 100% de las pacientes. La consolidación de centros de excelencia como la UACO para el manejo del acretismo placentario es una estrategia para la reducción de la alta mortalidad asociada a esta patología.

Bibliografía

- Mok, M, Heidemann B, Dundas K, Gillespie I, Clark V. Interventional radiology in women with suspected placenta accreta undergoing caesarean section. Int J Obstet Anesth. 2008;17(3): 255 – 26.
- Silver RM, Fox KA, Barton JR, Abuhamad AZ, Simhan H, Huls ck, et al. Center of excellence for placenta accreta. Am j obstetric Gynecol. 2015; 212(5):561-568.
- Sinha P, Oniya O, Bewley S. Coping with placenta previa and accreta in a DGH setting and words of caution. J Obstet Gynaecol. 2005; 25(4): 334 – 348.
- Morison JE. Placenta accreta. A clinicopathologic review of 67 cases. Obstet Gynecol Annu. 1978; 7:107-123.
- Palacios-Jaraquemada JM. Placental Adhesive Disorders. 2012.
- Cher Heng Tan, Kiang Hiong Tay, Kenneth Sheah. Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta. American Roentgen Ray Society.2007