

Introducción

El acretismo placentario es un término que define un amplio espectro de enfermedad obstétrica caracterizado por la implantación anormal de la placenta con diferentes grados de una mayor adherencia hacia el útero que una placenta de implantación normal. La incidencia de placenta acreta ha aumentado 8 veces en las últimas 5 décadas y se asocia a una gran morbilidad materna.

Objetivos

Analizar los desenlaces maternos de las pacientes sometidas al protocolo institucional de acretismo placentario, comparando los resultados del uso de balones intraarteriales ilíacos versus la utilización del balón intraaórtico.

Métodos

Estudio prospectivo de cohorte de antes y después, dada la prevalencia del acretismo placentario. Este estudio incluye todas las pacientes con diagnóstico de placenta acreta llevadas al protocolo quirúrgico institucional entre enero de 2011 hasta Junio de 2017. Las pacientes fueron sometidas a dos protocolos de manejo diferentes. Desde el año 2011 al año 2015 el protocolo incluía colocación de balones en arterias hipogástricas por hemodinámica; A partir del año 2015, el protocolo fue modificado reemplazando los balones hipogástricos por la colocación del balón intra aórtico e infrarrenal. Se realizó un análisis univariado con pruebas no paramétricas el programa Stata®.

Bibliografía

1. Silver RM, Barbour KD. Placenta accreta spectrum: accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015 Jun;42(2):381-402.
2. Silver RM, Fox KA, Barton JR, Abuhamad AZ, Simhan H, Huls CK, et al. Center of excellence for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 May 1;212(5):561-8.
3. Nageotte MP. Always be vigilant for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Aug 1;211(2):87-8.
4. Salim R, Chulski A, Romano S, Garmi G, Rudin M, Shalev E. Precesarean Prophylactic Balloon Catheters for Suspected Placenta Accreta: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* noviembre de 2015;126(5):1022-8.
5. Carnevale FC, Kondo MM, de Oliveira Sousa W, Santos AB, da Motta Leal Filho JM, Moreira AM, et al. Perioperative temporary occlusion of the internal iliac arteries as prophylaxis in cesarean section at risk of hemorrhage in placenta accreta. *Cardiovasc Intervent Radiol.* agosto de 2011;34(4):758-64.

Resultados

Durante el periodo de estudio se atendieron 41 pacientes con diagnóstico intraoperatorio de acretismo placentario, 86% tenía antecedente de cesárea previa y 14% cirugía uterina. La edad gestacional promedio al momento del protocolo fue de 33 semanas.

El manejo endovascular con balón de localización hipogástricas se realizó en 26 pacientes y el balón intraaórtico en 15. En 6 pacientes se logró la conservación uterina después de la cesárea, 39 pacientes fueron llevadas a cesárea más histerectomía, 11 de las cuales pacientes requirieron cirugía de control de daños. El sangrado visual estimado fue de 1900 cc en esta serie. Treinta pacientes requirieron transfusión de hemocomponentes, el 100% recibió 3 unidades de glóbulos rojos, 7 pacientes recibieron plasma (3 unidades en promedio), 4 recibieron crioprecipitado (7 unidades promedio) y 5 recibieron plaquetas (1 afección en promedio).

El 50% recibieron ácido tranexámico (1 gramo). 15 pacientes tuvieron lesión de la vía urinaria y 2 pacientes presentaron hematoma no expansivo en el sitio de punción por donde se insertó el balón intraaórtico. El tiempo promedio de todas las pacientes en el quirófano fue de 224 minutos. No se presentó mortalidad materna. Todos los recién nacidos fueron dados de alta sin complicaciones.

El análisis comparativo de los dos subgrupos de acuerdo al protocolo utilizado evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de balones hipogástricos versus balón intraaórtico en: posibilidad de cirugía conservadora (0 vs 6), tiempo quirúrgico (262.3 ± 79 vs 191.6 ± 66.2 , $p: 0.0058$), días totales de hospitalización (9.5 (5-16) vs 4 (2-9), $p: 0.042$) y lesiones vesicales (8 (53.3) vs 6 (23.1)).

Discusión

La oclusión del flujo aórtico, más utilizada en cirugías de trauma, ha sido descrita en tratamiento de placenta percreta. La evidencia descrita soporta el uso de BIA en cirugías de acretismo tanto en pacientes llevadas a cirugías programadas como emergentes. Este balón permite el control del sangrado pélvico al ser colocado en un vaso de mayor calibre, con mayor facilidad de manipulación, menor tiempo de colocación y riesgo de trombosis. En el presente estudio la utilización del balón intra aórtico se relacionó de manera estadísticamente significativa con mejores resultados maternos. Esta asociación está probablemente basada en que la incorporación del balón intraartico estuvo acompañado de un paquete de intervenciones en seguridad asociados a mejor calidad del desempeño del equipo quirúrgico secundario a la curva de aprendizaje.

Conclusiones

El uso del BIA es una estrategia segura para el control vascular en pacientes con acretismo placentario dentro de un protocolo de manejo en centros de referencia con equipos interdisciplinarios. Esta experiencia abre la posibilidad a los países de medianos y bajos ingresos a la innovación en la aplicación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna asociada a acretismo placentario.