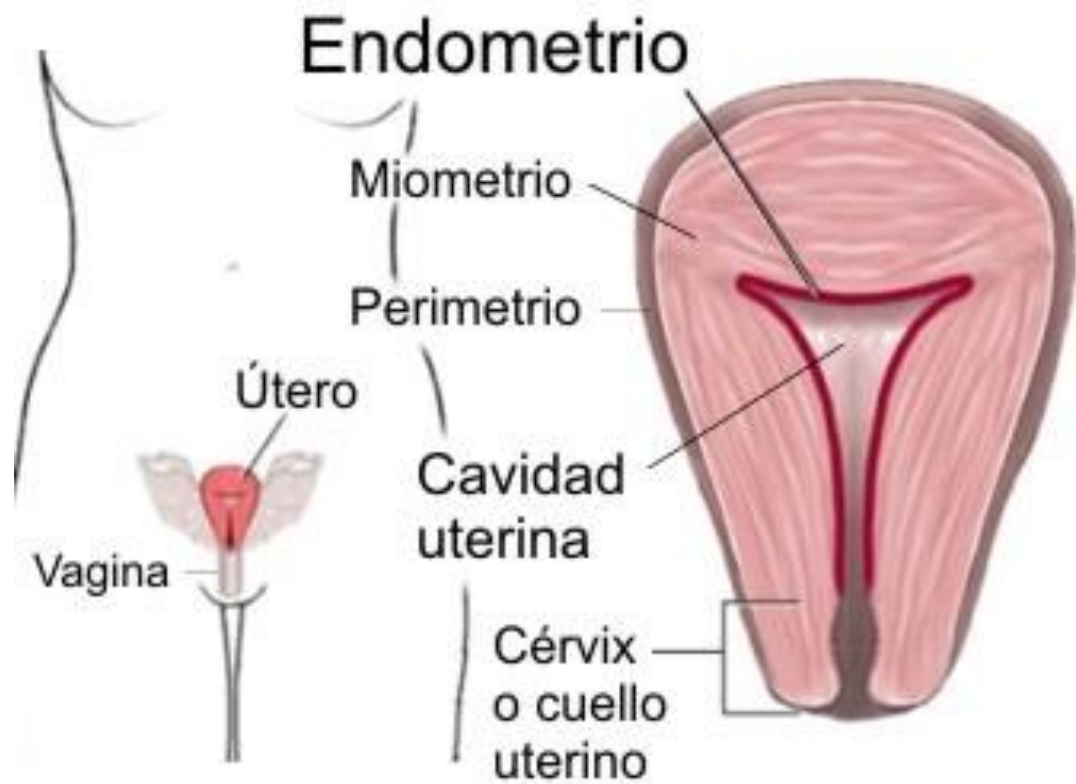


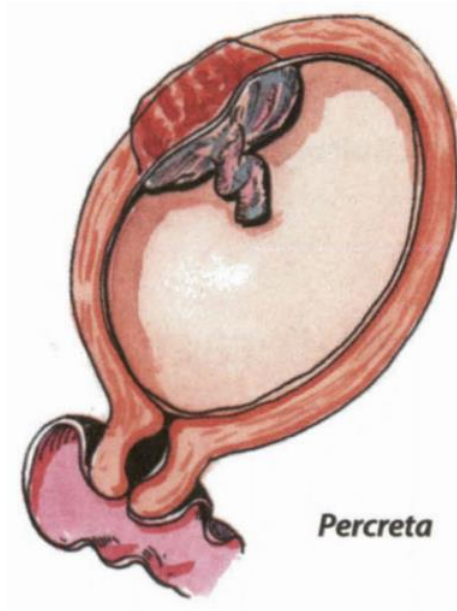
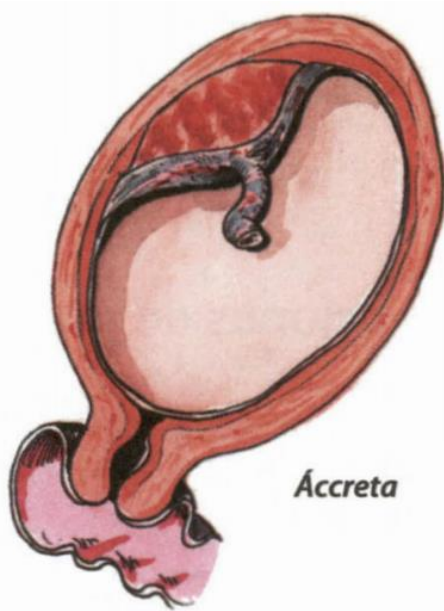
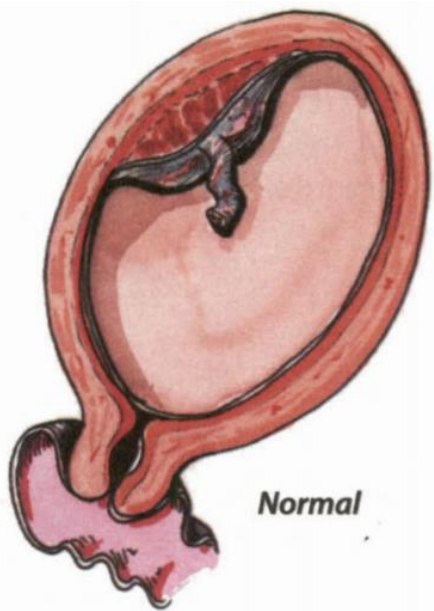


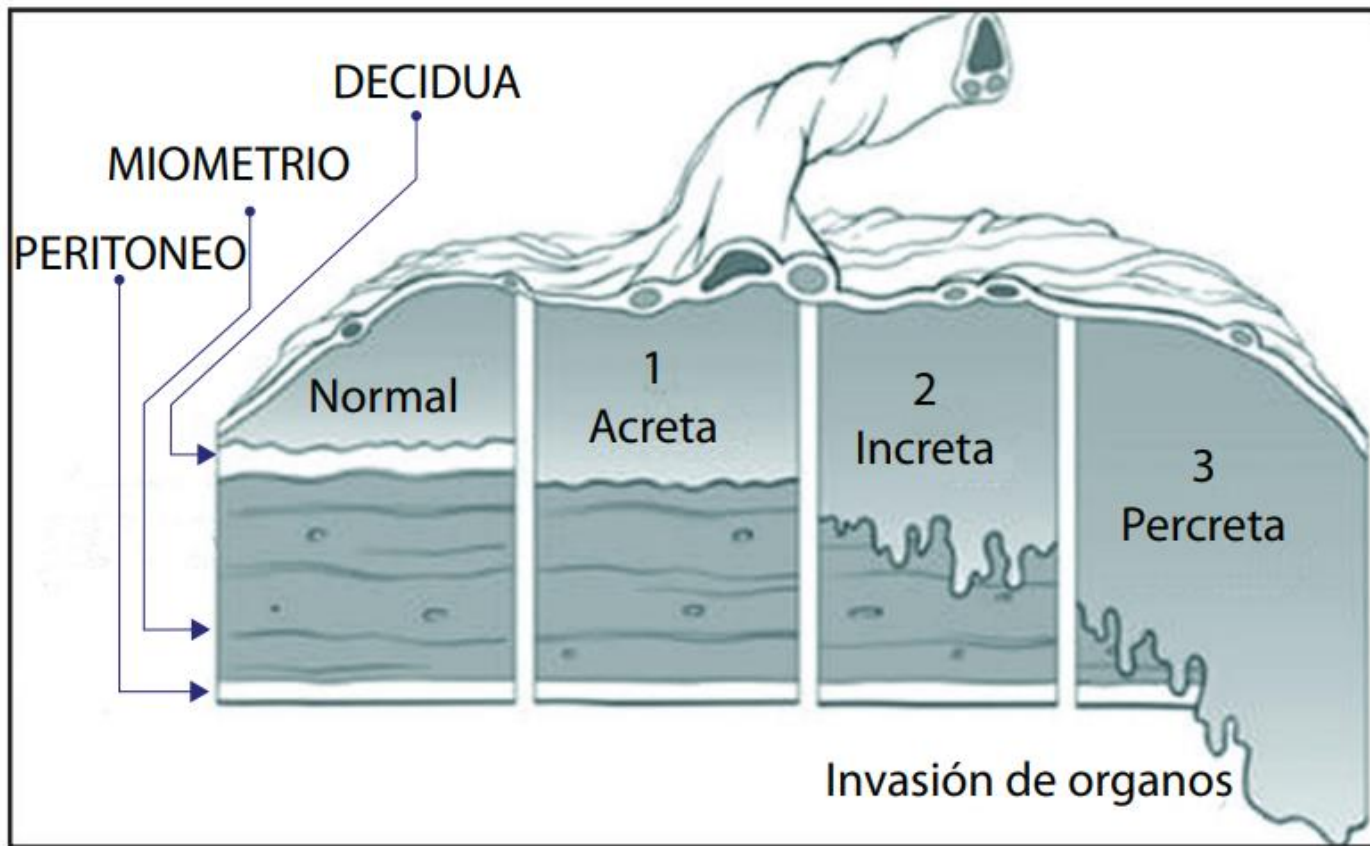
IMPLANTACION ANORMAL DE LA PLACENTA

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA**




CLASIFICACION





FACTORES DE RIESGO

- 
- Cesárea
 - Placenta previa
 - Legrado
 - Miomectomía
 - Multiparidad
 - Edad materna avanzada
 - Tabaquismo
 - Uso de cocaína
 - Embarazo múltiple
 - Antecedente de haberse sometido a técnicas de reproducción asistida.
- Más importantes**

PRESENTACION CLINICA

1er y 2do trimestre	
Con placenta previa	Existe hemorragia
Sin placenta previa	Generalmente hasta el parto

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Placenta previa
- Vasa previa
- Traumatismo genital
- Desprendimiento prematuro de placenta



DIAGNOSTICO

ECOGRAFIA

- Medición del grosor miometrial
- Pérdida de la zona retroplacentaria hipoecoica normal entre la placenta y el útero
- Lagunas vasculares de la placenta y
- La protuberancia placentaria en la pared posterior de la vejiga

Ecografía 3-D y
doppler de potencia

IMÁGENES POR RM

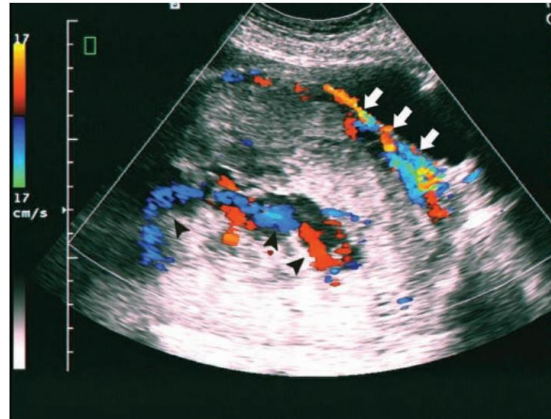
- Abultamiento uterino
- Intensidad de señal heterogénea dentro de la placenta indicativa de lagunas y
- Bandas intraplacentales oscuras en imágenes ponderadas en T2.

Ecografía no concluyente
o placenta de
localización posterior

Ecografía transvaginal de invasión placentaria con una placenta adherente mórbida.

Los vasos retroplacentarios (flechas blancas) invaden el miometrio y ocultan la interfaz vejiga-serosa.

Los lagos venosos intraplacentarios anormales (puntas de flecha negras) se ven comúnmente en este entorno.



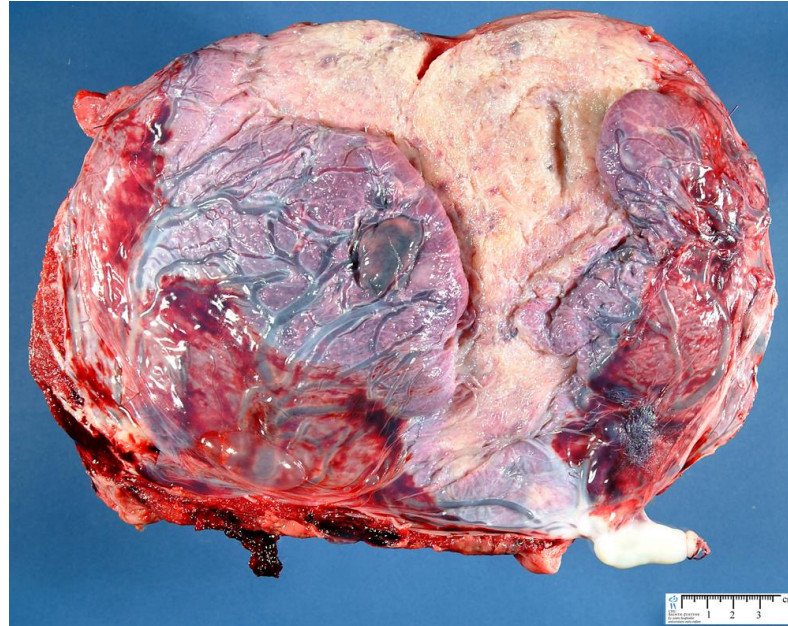
La ecografía transabdominal de la percreta placentaria muestra “lagos” o “lagunas” placentarias múltiples y masivas.

Diagnóstico histológico

Requiere la placenta
y
muestras de miometrio



Diagnostico confirmatorio



MANEJO

CUADRO 41-5 Criterios para la consideración de un parto con placenta acreta en un centro de mayor nivel de atención

Sospecha de placenta con adherencia mórbida en la ecografía

Placenta previa con aparición anormal de ultrasonido

Placenta previa con ≥ 3 partos por cesárea

Cesárea clásica previa y placentación anterior

Ablación endometrial previa o irradiación pélvica

Incapacidad para evaluar o excluir adecuadamente la placenta acreta

Cualquier otro motivo para sospechar placenta adherente mórbida

- **Tiempo de parto:** entre 34 y 37 semanas
- **Cateterización profiláctica preoperatoria:** ocluir el flujo sanguíneo pélvico e identificación de las lesiones
- **Parto:** La placenta se deja in situ.
- **Cesárea:** diagnóstico anteparto de acretismo placentario extenso
- **Histerectomía:** La confirmación de una placenta percreta o increta casi siempre requiere histerectomía.
- **Hemorragia:** reemplazo de sangre inmediata
- **Conservador:** pérdida hemática durante la tercera fase del parto sea mínima, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, y desee preservar la fertilidad

CASO CLINICO

Paciente de 31 años, cuartigesta (1 aborto y 2 cesáreas, la primera de ellas por no progresión del parto y la segunda por presentación podálica y cesárea anterior). Sin antecedentes familiares de importancia.

El embarazo fue controlado ambulatoriamente. Analítica normal. Se realizaron 5 ecografías acordes con amenorrea. En la semana 15 se realizó amniocentesis diagnóstica con resultado normal, diagnosticándose en ese momento una placenta previa oclusiva total. En las siguientes ecografías persiste el diagnóstico. A las 29 semanas acude de urgencia por dinámica uterina que requiere hospitalización y tratamiento tocolítico con ritodrine. A las 35 semanas de amenorrea acude nuevamente de urgencia por dinámica uterina, por lo que se decide cesárea por placenta previa oclusiva total y cesárea iterativa.

Durante el ingreso la paciente manifiesta dolor abdominal que coincide con la expulsión de sangre roja por vagina, por lo que se pasa inmediatamente a quirófano donde se realiza bajo anestesia epidural, laparotomía media infraumbilical sobre cicatrices anteriores.

La cesárea se realiza mediante histerotomía segmentaria transversa, extrayendo recién nacida de 2.300 gramos, Apgar de 9/10.

Durante la extracción fetal se objetiva sangrado importante, con extracción placentaria muy dificultosa, siendo prácticamente imposible su despegamiento en la cara anterior, con la existencia de tejido placentario invadiendo miometrio, y que se extiende a plica vésico-uterina, cara posterior de vejiga y cara anterior de vagina, pasando a anestesia general y precisando múltiples transfusiones.

La hemorragia profusa no cede, por lo que se realiza histerectomía total simple. Pese a esto continua el sangrado a nivel de cara posterior de vejiga y anterior de vagina, por lo que se procede a ligadura de arterias hipogástricas y extirpación de todos los implantes de tejido placentario visibles. Tras el cese de la hemorragia se procede al cierre de la laparotomía

La paciente pasa a cuidados intensivos donde, tras mejoría de su analítica y buena mecánica respiratoria, se procede a la extubación. Pasadas 5 horas, presenta cuadro de hipotensión súbita, taquicardia y taquipnea con disminución del nivel de conciencia. Se realiza nueva laparotomía, en lo que se objetiva importante hemoperitoneo por hemorragia masiva. A pesar de maniobras de resucitación y compresión de zonas sangrantes, la paciente entra en paro cardiaco y fallece





1. ¿CUÁL SERIA EL DIAGNOSTICO?

PLACENTA PERCRETA

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

- **2 cesáreas**
- En la semana 15 se diagnostica una **placenta previa** oclusiva total. Persistiendo el diagnostico en las siguientes ecografías.
- A las 29 semanas acude de urgencia por dinámica uterina que requiere hospitalización y tratamiento tocolítico con ritodrine.
- A las 35 semanas de amenorrea acude nuevamente de urgencia por dinámica uterina, por lo que se decide cesárea por placenta previa oclusiva total y cesárea iterativa.

INGRESO

Dolor abdominal que coincide con la **expulsión de sangre roja por vagina**

PARTO

- Durante la extracción fetal se objetiva **sangrado importante**, con **extracción placentaria muy dificultosa**, siendo prácticamente imposible su despegamiento en la cara anterior, con la existencia de **tejido placentario invadiendo miometrio**, y que **se extiende a plica vésico-uterina, cara posterior de vejiga y cara anterior de vagina**
- Requiere múltiples transfusiones
- La **hemorragia profusa no cede**, se realiza **histerectomía total simple**





2.- ¿CUÁLES SON LOS DOS FACTORES DE RIESGO MÁS IMPORTANTES PARA PRESENTAR ADHERENCIA PLACENTARIA MORBIDA?

PLACENTA PREVIA Y PARTO POR CESÁREA



3.- ¿Cuál ES EL DIAGNOSTICO CONFIRMATORIO DE LA ADHERENCIA PLACENTARIA MORBIDA?

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO



BIBLIOGRAFIA

- Cunningham, F. et al. (2019). *Williams obstetricia*. México: Mc Graw Hill Interamericana.