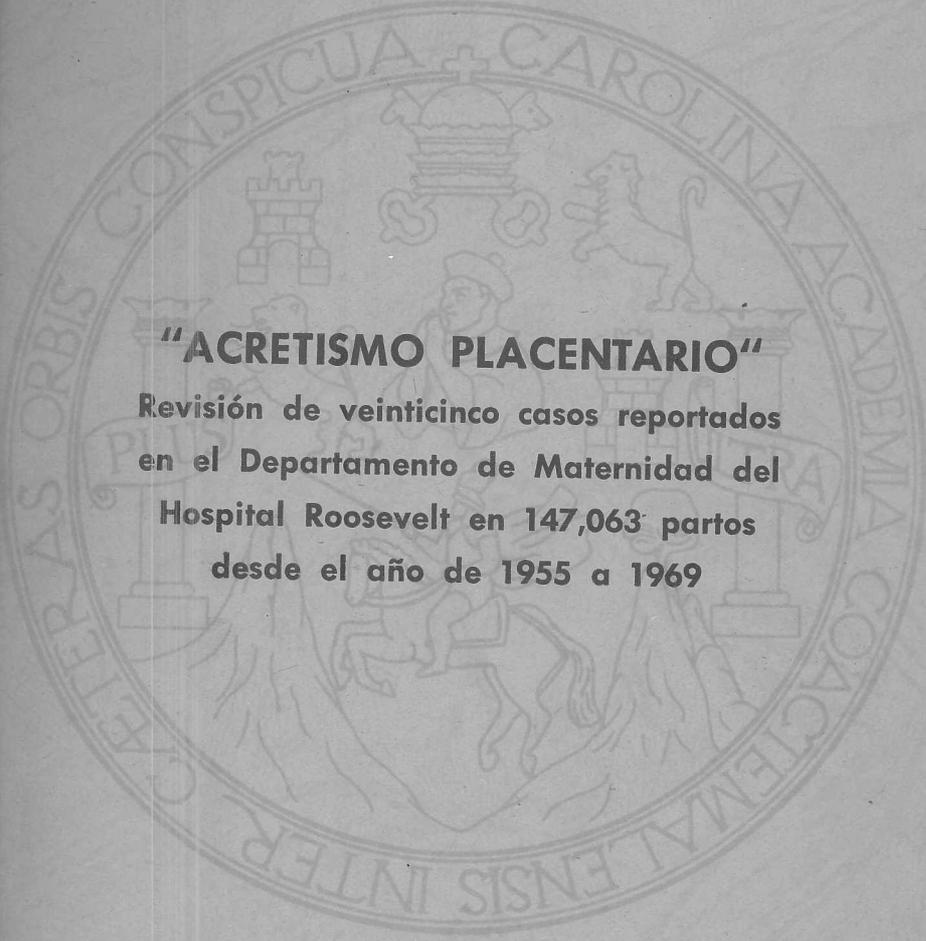


C1 1970
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ACRETISMO PLACENTARIO"

Revisión de veinticinco casos reportados
en el Departamento de Maternidad del
Hospital Roosevelt en 147,063 partos
desde el año de 1955 a 1969

HERBERT WILFRID MACZ

1970

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL METODOS
- V. DESARROLLO
 - 1. Descripción microscópica de la placenta
 - 2. Descripción macroscópica de la placenta
 - 3. Tipos de placenta
 - 4. Placenta Acreta
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Consideramos necesario aclarar en principio, los motivos que nos indujeron a realizar el presente trabajo.

De todos es conocido el acretismo placentario como complicación obstétrica durante el alumbramiento y las conductas que se siguen para su diagnóstico y el tratamiento.

Existen pocos estudios en Guatemala, y aún en la literatura mundial, razón por la cual nos ha interesado hacer el presente estudio, y revisar los archivos del Hospital Roosevelt, desde su inicio el 15 de diciembre de 1955 al 31 de diciembre de 1969, para ver la incidencia, el diagnóstico y el tratamiento de acretismo placentario.

Se encontraron 25 casos reportados en 147,063 partos efectuados y el diagnóstico, el tratamiento y la conducta que se siguió fue similar a la que se ha seguido en otros países en donde se ha encontrado también este problema obstétrico.

Se obtuvieron resultados favorables en lo que respecta a mortalidad materna, con el diagnóstico y tratamiento efectuado, lamentablemente hubo dos casos en los que por la severidad de la hemorragia y el shock irreversible no se le pudo dar ningún tratamiento a las pacientes.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se comprobó por anatomía patológica.

II. ANTECEDENTES

En cualquier texto de obstetricia se hace referencia al acretismo placentario, su diagnóstico, su tratamiento y su evolución.

Además, trabajos efectuados y revisión de casos por autores extranjeros en diversas referencias, tales como la correlación anatómo-patológica de 35 casos por Chávez Azuela y colaboradores en México; Manejo del Acretismo Placentario por Espinoza de los Reyes y colaboradores, estudio de 6 casos en México. Revisión de los tres primeros casos reportados en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala, por el doctor Eduardo Fuentes Spross, 1962.

Así, se han hecho estudios en diferentes centros especializados y los autores más versados en esta materia han profundizado estudios sobre este tema, sin embargo, todos concluyen en que la etiología, diagnóstico y tratamiento es el mismo.

Están de acuerdo en que el mejor tratamiento es la HISTERECTOMIA, salvo en casos en que el diagnóstico clínico no es preciso y se lleva a cabo un tratamiento conservador.

III. OBJETIVOS

1. Establecer la incidencia de esta patología en nuestro medio.
2. Con el presente estudio evaluar el diagnóstico, y la conducta a seguir en nuestro medio.
3. Analizar y comparar la incidencia de nuestra mortalidad y morbilidad.

IV. MATERIAL Y METODOS

1. Revisión de archivos del Hospital Roosevelt, encontrando 25 casos de placenta acreta en 147,063 partos efectuados.
2. Revisión de los 25 casos para sacar estadísticas de incidencia, diagnósticos, complicaciones, etc.
3. Revisión de referencias de literatura extranjera y nacional.
4. Resumen de casos clínicos interesantes ilustrativos desde el punto de vista diagnóstico, tratamiento y evolución de los casos.
5. Revisión de anatomía patológica (Departamento de Anatomía Patológica Hospital Roosevelt) de los casos reportados.

V. DESARROLLO

1. DESCRIPCIÓN MICROSCOPICA DE LA PLACENTA

La placenta consiste en corion amnios, cordón umbilical y decidua basal del endometrio materno (14). El corion, el amnios y el cordón umbilical, provienen de las células del trofoblasto del huevo. Al avanzar el embarazo, el corion del embrión se fusiona con la decidua basal del endometrio y se forma la placenta, cuya superficie fetal está revestida de amnios. El cordón umbilical está revestido de amnios y comunica directamente la circulación fetal con la circulación dentro de la matriz vascular de las vellosidades coriales.

El citotrofoblasto proliferará rápidamente, da origen a células amniógenas y a las que van a convertirse en mesodermo extra-embriónico. El citotrofoblasto continúa proliferando rápidamente y forma masas celulares macizas que se convertirán en vellosidades coriónicas primarias y se observan por primera vez al décimo primer día.

Poco después, aparecen bandas de angioblastos multinucleados dentro de los centros mesodérmicos de las vellosidades, las células en la periferia de estas bandas, se alargan y forman endotelio, el citoplasma de algunos elementos centrales se convierte en vasos sanguíneos de las vellosidades.

Los extremos de las vellosidades que sobresalen en los lagos sanguíneos

endometriales, están situadas de manera óptima en lo que se refiere a adquirir nutrimentos de la sangre materna. Para el final de la segunda semana, las vellosidades se han arborizado suficientemente en los lagos endometriales, lo cual produce el espacio intervelloso.

En el segundo mes de gestación, la vellosidad promedio tiene 150-200 micras de diámetro y consiste en centro mesodérmico vascular revestido de dos capas de epitelio (5).

La capa interna o de Langhans de revestimiento epitelial, consiste en células ovoides o poliédricas con límites precisos, que producen escotaduras en el sincitio suprayacente y se apoyan en una condensación periférica del retículo fibrilar del estroma vellosos.

El centro mesodérmico de la vellosidad, consiste en fibroblastos en estrella esparcidos en los intersticios de un retículo fibrilar abierto. Dentro de este estroma laxo están los vasos sanguíneos vellosos y alguna que otra célula redonda con núcleo vesicular, que se llaman células de Hofbauer.

Al continuar el desarrollo embrionario, las vellosidades se alargan, se tornan más gruesas y se ramifican cada vez más. Para el segundo mes de gestación en la zona de frontera entre el trofoblasto y la capa compacta subyacente de decidua, se advierten áreas de formación de fibrina, éstas crecen y forman en definitiva la zona de transición entre placenta y útero.

El huevo crece más rápidamente que la decidua, sobresale en la cavidad uterina y queda cubierto por una capa delgada de decidua capsular, el corion subyacente tiene nutrición inadecuada y las vellosidades se atrofian, de manera que, para el tercer mes es bastante liso y se llama corion leve o calvo. Las vellosidades en la zona de la decidua basal, por otra parte, tienen riego sanguíneo abundante, continúan desarrollándose y forman la porción fetal de la placenta o corion frondoso. El corion frondoso aumenta en área y grosor hasta la mitad de la gestación y después de ella, el incremento es principalmente en la superficie.

Al avanzar el embarazo, las vellosidades se alargan y presentan ramificaciones cada vez más complicadas. Asimismo, aumento de su calibre, hasta el cuarto mes cuando alcanza diámetro máximo de 400 micras aproximadamente, después se adelgazan y se contraen progresivamente hasta tener grosor de 150-75 micras en los últimos meses (8).

Para el quinto mes de gestación, las células de Langhans han desaparecido casi por completo, sin embargo, persisten algunas al término de la gestación y se advierten células aisladas de Langhans incluidas en el sincitio.

Al alargarse y disminuir de calibre las vellosidades, el estroma se torna más denso y celular, los vasos vellosos aumentan de número y los capilares presentan dilatación notable. El revestimiento epitelial de los capilares se adelgaza progresivamente y, donde los capilares sobresalen contra las láminas epiteliales sobredistendidas es en donde la sangre fetal está separada de la materna en el espacio vellosos sólo por tres capas delgadas de tejido.

Por el carácter frágil de las vellosidades producido en el último trimestre del embarazo y principalmente durante el parto, pueden ocurrir soluciones de continuidad en el sincitio de revestimiento y rotura de los capilares vellosos de la pared delgada.

Durante toda la gestación se advierten cambios degenerativos en el trofoblasto. Al llegar a la formación definitiva de la placenta, la zona de transición entre tejidos maternos y fetales se torna estable y cesa la actividad del trofoblasto adyacente.

DECIDUA O CADUCA

La decidua vera o caduca verdadera es la porción de revestimiento endotelial del útero que no está en contacto con el huevo, se extiende hasta el revestimiento del cuello uterino pero no lo incluye (14).

En poco tiempo, las células de estroma de crecimiento rápido que rodean al cuello, se cierran parcialmente produciendo acumulación de troncos glandulares en la porción más profunda del endometrio. Ello diferencia la decidua en dos zonas que difieren en morfología y función a saber, el estrato compacto de consistencia maciza y el estrato esponjoso de consistencia alveolar.

El estrato compacto consiste en células modificadas de estroma que tienen aspecto epitelioide, están muy aumentadas de volumen, ya que algunas de ellas miden 50 micras. Estas células están íntimamente empacadas y desplazan a las glándulas uterinas excepto las del cuello hacia la zona más profunda del endometrio. Las glándulas de esta región pronto son cerradas por el estroma celular que crece rápidamente y terminan por desaparecer.

El estrato esponjoso o capa alveolar consiste principalmente en glándulas tortuosas y distendidas que se desarrollan hasta exceder bastante de la etapa observada en el endometrio pregrávido. Las glándulas endometriales constan de células cilíndricas altas que presentan síntomas de actividad secretoria. Posteriormente son revestidas por células epiteliales bajas, que guardan semejanza con endotelio. Entre las glándulas se advierten tabiques delgados de tejido conectivo, que en las regiones más superficiales presentan algunas que

otras células deciduales, pero que al acercarse al endometrio son sustituidas por células de tipo fibroblástico.

Después del tercer mes, las cavidades se tornan lisas y amplias por la distensión de la decidua considerada globalmente y que acompaña al crecimiento del útero. Al progresar la gestación, la capa esponjosa se convierte en una red delgada de espacios glandulares aplanados, separados por trabéculas frágiles de espacio interglandular. En esta zona ocurre el despegamiento cuando la placenta y las membranas se separan y se expulsan al final del parto.

La decidua vera en su desarrollo máximo para el final del tercer mes llega hasta 1 cm. de grosor aproximadamente. Después cuando la decidua capsular se pone en contacto con la decidua vera y oblitera la cavidad uterina, ésta experimenta compresión por la distensión creciente del útero y se adelgaza de manera progresiva.

La decidua basal es la parte de la decidua que forma la porción materna de la placenta, tiene estructura semejante a la decidua vera, pero por la acción destructora del trofoblasto y la compresión del huevo en crecimiento, disminuye el grosor de la capa compacta por lo que es difícil diferenciar las células deciduales de las de la corteza citotrofoblástica, encontrando que las células trofoblásticas pueden romper capilares y la decidua, penetrando en el espesor del miometrio (casos de placenta acreta).

No se ha dilucidado el mecanismo por el cual la decidua detiene la invasión del trofoblasto, algunos autores consideran que los productos de la destrucción parcial de la decidua, además de la acumulación de fibrina que forma la capa de Nitabush entre los elementos fetales y maternos de la placenta son el factor limitante (14).

2. DESCRIPCION MACROSCOPICA DE LA PLACENTA

En estado normal y al término de la gestación, es de forma circular irregular, mide de 15-20 cms. de diámetro, alrededor de 2.5 cms. en su parte más gruesa (donde se inserta el cordón) y se va adelgazando hasta más o menos 1 cm. en la periferia.

Está formada por dos caras, la materna y la fetal. La cara fetal lisa brillante cubierta por el amnios en la cual las ramas de los vasos umbilicales cursan debajo de esta membrana antes de introducirse en la placenta.

La porción materna de la placenta, está constituida por hojas comprimidas de decidua basal, vestigios vasculares y en su periferia, por la decidua esponjosa. Está dividida en cotiledones más o menos 22, con surcos o hendiduras irregulares que los separan.

3. TIPOS DE PLACENTA

A. Por su forma:

- a. Placenta membranácea o papirácea: cuando persisten las vellosidades bien desarrolladas en el corion.
- b. Placentas múltiples: divididas en uno o más lóbulos cada una con su propia circulación.
- c. Placenta circunvalata: cuando se forma un anillo periférico de tejido fibroso amarillento y opaco sobre la superficie de la cara fetal.
- d. Placenta succenturiata: placenta bilobulada con la misma irrigación.

B. Por su localización:

- a. Normoinserta
- b. Placenta previa
 - b.1 Central total
 - b.2 Central parcial
 - b.3 Marginal
 - b.4 Inserción baja

C. Por el tipo de inserción:

- a. Placenta normoinserta
- b. Placenta adherente
- c. Placenta acreta

4. PLACENTA ACRETA

Concepto: que penetra o traspasa el endometrio (13).

Clasificación:

A. Por su extensión:

- a. Focal: parte del cotiledón
- b. Parcial: algunos cotiledones

c. Total: todos los cotiledones

B. Según su profundidad (4, 5, 6, 12)

- a. Increta: las vellosidades han llegado hasta el miometrio y penetran en él.
- b. Percreta: las vellosidades han llegado hasta el peritoneo pasando a través de la pared uterina.
- c. Percreta destruens: cuando las vellosidades atraviesan la pared uterina e interesan e incluyen la serosa peritoneal.

RESUMEN HISTORICO

El primer caso de placenta acreta reportado en la literatura se remonta al año 1641 (4, 13) respecto a una paciente en la cual no se pudo efectuar el alumbramiento y cuya consecuencia fue fatal, el estudio postmortem reveló una adherencia anormal entre placenta y útero; fue hasta 1899 que se conoció el aspecto microscópico, observando como hecho fundamental ausencia de la capa esponjosa de la decidua. No se tenía una verdadera descripción anatómica y mejor conocimiento clínico de este problema, hasta los estudios de Irving y Hertig, en 1937 y varios años después (1945) en que Aaberg y Reid, exponen su clasificación que se ha adoptado como clásica hasta la actualidad. Desde los estudios de Irving y Hertig el interés despertado en el conocimiento de este problema ha ido en aumento y los reportes de la literatura son cada vez más frecuentes. Sin embargo, pocos estudios tienen un número suficiente de casos que permitan sacar conclusiones en grupos similares de pacientes y en general se mencionan casos aislados en los que se estudian diferentes variedades, criterios diagnósticos, complicaciones, tratamiento y mortalidad. Algunos más han hecho recopilaciones bibliográficas, logrando reunir números más o menos importantes, pero en grupos heterogéneos de pacientes y con criterios diferentes tanto en diagnóstico como en tratamientos. En junio de 1962 fue publicado un trabajo de placenta acreta por el doctor Eduardo Fuentes Spross en la recopilación de 3 casos reportados en el Hospital Roosevelt de Guatemala. Constituyendo esta patología obstétrica una complicación y por tener puntos importantes, que se prestan a discusión, sobre todo en su resolución obstétrica, se ha realizado el presente estudio, con el fin de observar los resultados en un número de casos que permitan validez en las conclusiones.

Resumiendo, la placenta acreta consiste en inserción anormal la cual en lugar de hacerlo en la caduca lo hace directamente en la pared uterina ya que la caduca en estos casos está ausente o atrófica y es por esto, que el desprendimiento placentario a la hora del alumbramiento no se efectúa o lo hace parcialmente; de aquí la división que se hace de placenta acreta parcial y

total.

ETIOLOGIA

La mayoría de autores están de acuerdo en que la causa directa de esta anomalía es la atrofia o la ausencia de la caduca basal, la que puede ser: primitiva (aplasia) y secundarias, que pueden ser por:

- a. Causas uterinas: legrados profundos, infecciones intrauterinas postpartum o postabortum, cicatrices uterinas postcesárea o miomectomías.
- b. Causas placentarias: placentas voluminosas, inserciones anormales como en el cuello uterino o cicatriz uterina.

SINTOMATOLOGIA

Durante el embarazo no existe sintomatología alguna que permita el diagnóstico; la sintomatología aparece durante el alumbramiento, el cual consiste en hemorragia la que puede ser escasa o profusa.

DIAGNOSTICO

Se efectúa cuando no hay alumbramiento espontáneo ni natural, y se recurre a la extracción manual de la placenta y revisión de cavidad, encontrando que la placenta está adherida a la pared uterina y es imposible efectuar desprendimiento de la placenta, logrando algunas veces extraer la placenta por pedazos, el diagnóstico definitivo se efectúa por anatomía patológica cuando hay pieza operatoria si se ha optado por la histerectomía.

TRATAMIENTO

El tratamiento primordial es tratar el shock, si existe, con los medios posibles, líquidos i.v., transfusión sanguínea. En lo que respecta al problema obstétrico hay tres caminos o conductas a seguir:

- 1o. Histerectomía abdominal
- 2o. Ocitósicos y antibióticos en grandes cantidades, dejando la placenta adherida en el útero.
- 3o. Extracción manual de placenta y legrado.

PRONOSTICO

Reservado, dependiendo de las condiciones de la paciente, de la hemorragia y el tipo de placenta acreta.

ANATOMIA PATOLOGICA

Macroscópicamente, se nota la placenta entera o fragmentos de ésta adheridos a la pared uterina. Microscópicamente se observan vellosidades coriales incrustadas en la pared uterina (tejido muscular).

INCIDENCIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

Se han revisado 147,063 partos atendidos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt desde su inauguración 15 de diciembre de 1955, hasta el 31 de diciembre de 1969, y se encontraron 25 casos de placenta acreta, dándonos una incidencia de 0.01 o/o o sea 1 caso por cada 5,882 partos distribuidos según el Cuadro 1.

CUADRO 1. INCIDENCIA POR AÑOS.

AÑO	No. PARTOS	CASOS PLACENTA ACRETA	o/o	FRECUENCIA
1955	258	0	0	0 casos en 258 partos
1956	6315	0	0	0 casos en 6315 partos
1957	7396	2	0.15	1 casos en 3698 partos
1958	8337	1	0.05	1 casos en 8337 partos
1959	9095	0	0	0 casos en 9095 partos
1960	9729	2	0.01	1 casos en 4864 partos
1961	10471	4	0.037	1 casos en 2618 partos
1962	10976	1	0.009	1 casos en 10976 partos
1963	11519	2	0.01	1 casos en 5759 partos
1964	11758	2	0.011	1 casos en 5879 partos
1965	11931	4	0.033	1 casos en 2984 partos
1966	12062	6	0.047	1 casos en 2010 partos
1967	12805	0	0	0 casos en 12805 partos
1968	12158	1	0.008	1 casos en 12158 partos
1969	11316	0	0	0 casos en 11316 partos
Totales	147,063	25	0.01	1 caso en 5882 partos

En lo que respecta a edad y paridad de paciente y el hallazgo de placenta acreta, la incidencia es más alta entre las edades comprendidas entre 21 a 25 años, siguiendo en incidencia entre 26 a 30 años, esto se debe a que las pacientes están comprendidas entre las edades más reproductoras de la mujer. La incidencia más baja es entre las edades comprendidas de 15 a 20 años, esto se resume en el Cuadro 2.

CUADRO 2. INFLUENCIA DE LA EDAD EN LO QUE RESPECTA A HALLAZGOS DE PLACENTA ACRETA

EDADES	No. DE CASOS	PORCENTAJE o/o
15-20	2	8
21-25	6	24
26-30	5	20
31-35	5	20
36-40	4	16
Más de 40	3	12
Total	25	100 o/o

Es importante notar que la incidencia es más alta en la gran múltipara tomando como ésta la que ha tenido 4 ó más embarazos, no está reportado ningún caso de primigesta ni aún en la literatura revisada. Esto se resume en el Cuadro 3.

CUADRO 3. RELACION DE PARIDAD CON PLACENTA ACRETA

PARIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE o/o
Primigesta	0	0
Peq. múltipara	10	40
Gran múltipara	15	60
Total	25	100 o/o

En la etiología de la Placenta Acreta se dijo que podía deberse a causas uterinas y causas placentarias, relacionándolo con esto se encontró: que 12 pacientes habían presentado aborto en embarazos anteriores y a 7 pacientes se les había practicado anteriormente cesáreas debidas a diferentes causas como: DCP, sufrimiento fetal, etc. Sólo en 9 pacientes no se encontró complicación anterior de cesárea o aborto, lo que se resume en el Cuadro 4.

CUADRO 4. OMPLICACION OBSTETRICA ANTERIOR

COMPLICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE o/o
Abortos	9	36
Cesárea anterior	4	16
Cesárea anterior y aborto	3	12
Sin complicación anterior (cesárea o aborto)	9	36
Totales	25	100o/o

DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico de Placenta Acreta en los 25 casos revisados, se llevó a cabo a la hora del alumbramiento, encontrando dificultad para que se efectuara éste; el diagnóstico se comprobó con revisión de cavidad, encontrando en los 25 casos revisados "placenta adherida" (Placenta Acreta).

Nueve pacientes (36o/o) fueron referidas al Hospital Roosevelt por retención de placenta y hemorragia vaginal. El parto fue atendido fuera de éste, por comadrona empírica. El resto (16 pacientes, 64o/o), el parto y el diagnóstico fue efectuado en el Hospital Roosevelt.

En Anatomía Patológica se comprobó el diagnóstico de placenta acreta en 15 casos (60 o/o), incluyendo las cinco autopsias, además se comprobó las rupturas uterinas y los dos casos de placenta previa. En 9 casos no se mandó pieza operatoria a anatomía patológica, a pesar de haber diagnóstico clínico preciso, además, está el caso tratado conservadoramente.

Los diagnósticos y clases de placenta acreta comprobada por anatomía patológica, se resumen en el Cuadro 5.

CUADRO 5. CLASE DE PLACENTA ACRETA SEGUN DIAGNOSTICO DE ANATOMIA PATOLOGICA

CLASES DE PLACENTA ACRETA	No. DE CASOS	PORCENTAJE o/o
Placenta acreta parcial	13	52
Placenta acreta total	1	4
Placenta increta	1	4
Total:	15	60

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Veinte pacientes (80 o/o) presentaron shock por hemorragia severa, (tratándose éste con soluciones i.v. y transfusión sanguínea), es importante hacer notar que las pacientes no presentaron infección después del tratamiento quirúrgico, sólo en 4 pacientes se observó alza de temperatura (38°C) que cedió en los dos días siguientes sin haber encontrado etiología de ésta.

Ocurrieron 5 muertes maternas (20 o/o), en pacientes que no respondieron al tratamiento del shock o que no resistieron el acto operatorio, como sucedió en dos casos en que, en la inducción de anestesia presentaron paro cardíaco.

Las complicaciones encontradas en los 25 casos revisados además de placenta acreta fueron las siguientes: rupturas uterinas: 2; placenta previa: 2; (1 marginal y otra central total).

TRATAMIENTO

El tratamiento inmediato, después del diagnóstico clínico de Placenta Acreta fue: soluciones i.v. acompañado de medicamentos hipertensores (Wyamine y/o Levofed), además de transfusiones sanguíneas; ya que por la hemorragia vaginal profusa que presentaron el 100 o/o de los casos, se hizo indispensable reponer sangre.

Lamentablemente dos pacientes ingresaron al hospital en shock severo no respondiendo al tratamiento de éste, presentando paro cardíaco que tampoco cedió al masaje externo.

Tres pacientes respondieron al tratamiento de shock parcialmente, pero, durante el acto operatorio, es decir, en la inducción de la anestesia e inicio de la operación presentaron de nuevo shock el cual fue irreversible acompañado

con paro cardíaco que no respondió al tratamiento.

En el resto de pacientes (20), que respondieron bien, el tratamiento seguido fue el siguiente: se practicaron 15 histerectomías, 4 legrados y 1 tratamiento conservador (empaqué uterino). En los actos operatorios se administraron soluciones i.v. y transfusión sanguínea. Esto se resume en el Cuadro 6.

CUADRO 6. TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE SOBREVIVIERON

TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE o/o
Histerectomías	15	60
Legrado uterino y empaqué	4	16
Tratamiento conservador (sólo empaqué uterino)	1	4
Total:	20	80 o/o

En el tratamiento postoperatorio, a todas las pacientes se les administró antibióticos tipo penicilina cristalina y procaína.

En las pacientes legradas y la tratada conservadoramente, además de penicilina se administró Syntocinón en soluciones i.v. y empaqué con gasa yodoformada.

CASUÍSTICA

Se encontraron varios casos interesantes, los cuales serán resumidos a continuación, para ilustrar mejor el presente trabajo.

Caso No. 1

R.H.F. de O. Reg. No. 189081, de 42 años de edad, grávida: 7, para: 4, abortos 2. Admitida en el Hospital Roosevelt el 6 de enero de 1966. No se conocen los antecedentes de partos anteriores.

Motivo de ingreso: trabajo de parto, se diagnosticó embarazo gemelar

en curso de 38 semanas por última regla, primer gemelo en OIIA, segundo gemelo en SIIA

El trabajo de parto fue normal, el parto del primer gemelo sin ninguna dificultad, feto de sexo masculino de 6 libras con 9. 1/2 onzas en buenas condiciones, en el segundo gemelo se practicó extracción pelviana bajo anestesia general sin ninguna dificultad, obteniéndose feto de sexo masculino de 6 libras con 6 onzas, en buenas condiciones.

Luego bajo anestesia general se procedió a extracción manual de placenta y efectuar revisión de cavidad, logrando desprender manualmente una placenta, quedando la segunda adherida al cuerpo uterino en su cara anterior, haciéndose diagnóstico de placenta acreta. La paciente sangró más o menos 500 a 600 cc., su presión arterial bajó a 50/0 por lo que se administra 1000 cc. de sangre, y se decide histerectomía en vista de la hemorragia masiva, durante el acto quirúrgico se administraron 1000 cc. de sangre y 1500 cc. de soluciones i.v. (Hartman) oscilando la presión arterial entre: 70-80-90/50-60-60.

Se comprueba el diagnóstico de placenta acreta en el acto quirúrgico, paciente sale bien de sala de operaciones.

Postoperatorio de 7 días sin complicaciones, sin fiebre y egresa del hospital en buenas condiciones, niños murieron a los 6 y 8 días postpartum por bronconeumonía por aspiración.

Reexamen 2 semanas postpartum paciente en buenas condiciones generales.

Caso No. 2

M.I.A. Reg. No. 7407/56, de 39 años de edad, grávida: 4 para: 3, abortos 1. Admitida en el Hospital el 16 de abril de 1957. Su primer parto fue distósico con aplicación de forceps; el segundo parto fue normal; el tercer embarazo terminó en aborto de 22 semanas completado con un legrado instrumental. Durante el presente embarazo no hubo anormalidad. Motivo de ingreso: hemorragia indolora. Se diagnosticó: embarazo simple de 38 semanas en OIIA, feto vivo. Placenta previa. Al examen con rayos X se clasificó como muy sospechosa de placenta previa. Pasó hospitalizada durante 19 días antes del parto y estuvo sangrando en escasa cantidad y de una manera intermitente. Se hace cesárea segmentaria transperitoneal sin contratiempo; al tratar de extraer la placenta y ser imposible, se diagnosticó: placenta previa central total y acreta total, se hace inmediatamente histerectomía en vista de la gran hemorragia. Se le administró una cantidad total de 1300 cc. de sangre más soluciones i.v. Postoperatorio de 10 días normal sólo hubo ascenso de 38° C; en el sexto día; la paciente egresó del hospital en buenas condiciones y con niño vivo.

Reexamen dos semanas después del egreso, paciente en buenas condiciones.

Caso No. 3

O.A.E. de M. Reg. No. 4133, de 30 años de edad. Grávida: 13, para: 10, abortos 2, 1 cesárea anterior por D.C.P. 2 partos anteriores con aplicación de forceps, no se encontró antecedentes de legrados en los abortos.

Admitida al hospital el 30 de marzo 1960 por hemorragia vaginal. El parto fue atendido en un municipio de Guatemala en centro asistencial por facultativo, 4 horas después del parto perdió más o menos 2000 cc. de sangre, tratada con 1000 cc. de sangre, 1000 cc. de D/A al 5 o/o con 10 unidades de Syntocinón, y se refiere al Hospital Roosevelt. Según nota, el alumbramiento fue normal, al igual que la revisión de cavidad.

Ingresa al hospital 12 horas postpartum en malas condiciones en estado de shock, con presión arterial de 40/0, se administran 2000 cc. de sangre y 1000 cc. de D/A al 5 o/o con Wyamine, con lo que la presión arterial mejoró (80/40), se efectúa revisión de cavidad, encontrando cotiledones firmemente adheridos a la pared uterina, en vista que la hemorragia persiste, se decide histerectomía.

Durante el acto operatorio paciente presentó paro cardíaco, se efectuó masaje cardíaco externo pero no respondió. Por autopsia se comprobó diagnóstico de Placenta Acreta Parcial.

Caso No. 4

C.M.A. Reg. No. 24800, de 23 años de edad. Grávida: 6, para: 5, abortos 1. No se conocen antecedentes de partos anteriores. Admitida al hospital el 6 de marzo de 1963. Parto efectuado fuera del hospital, atendido por comadrona empírica, ingresa 2 horas después del parto con hemorragia vaginal, mal estado general y shock con presión arterial de 70/20, se pasa a sala de operaciones, se efectúa revisión de cavidad, encontrando placenta adherida a pared uterina, se logra sacar parte de ésta, quedando restos placentarios, en el lado derecho del segmento. Se efectúa empacamiento de la cavidad uterina con gasa estéril yodoformada, se le administra 1000 cc. de sangre y 1000 cc. de D/A al 5 o/o con 10 unidades de Pitocín, el útero se contrajo y la hemorragia disminuyó, saliendo la paciente de sala de operaciones en buenas condiciones con presión arterial de 100/70. La gasa yodoformada se retiró a las 8 horas, no presentando hemorragia vaginal.

El puerperio tanto inmediato como mediato, fue sin ninguna complicación, dando egreso a la paciente a los 8 días de hospitalización en buenas condiciones generales; reexamen a las 2 semanas postparto normal.

Lamentablemente la paciente ya no consultó el hospital en fechas posteriores.

Caso No. 5

O.M.N. Reg. No. 127895, de 20 años de edad. Grávida: 4, para: 4, abortos: 0, embarazos anteriores sin ninguna complicación.

Admitida en el hospital el 16 de marzo de 1963, por hemorragia vaginal.

El parto, atendido por comadrona empírica en su domicilio, Santa Rosa, el 7 de marzo de 1963, viniendo al hospital 9 días después del parto, por hemorragia vaginal escasa pero constante, a su ingreso paciente en malas condiciones generales, sumamente pálida, fría con presión arterial 70/40, al examen se encontró hemorragia vaginal, por lo que, bajo anestesia general se efectúa revisión de cavidad, encontrando restos placentarios adheridos a pared uterina, por la dificultad de extraerlos manualmente, se efectúa legrado instrumental, obteniendo restos placentarios, luego se empacó cavidad uterina con gasa yodoformada, durante el acto operatorio se administró a paciente 1000 cc. de sangre y 1000 cc. de D/A al 5 o/o con 10 cc. de Pitocín; paciente sale bien de sala de operaciones con presión arterial de 100/50 y sin hemorragia vaginal.

Paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicación alguna, dándosele egreso a los 4 días de hospitalización, en buenas condiciones generales.

Paciente no regresó a reexamen de puerperio ni volvió a consultar al hospital en fechas posteriores.

Caso No. 6

S.R. de C. Reg. No. 51226, de 33 años de edad. Grávida: 2, para: 0, abortos: 0, 1 cesárea anterior por situación transversa y prolapso de mano, en 1959.

Admitida al Hospital el 20 de agosto de 1964 por: óbito fetal con embarazo en curso de 33 semanas por altura uterina y 38 semanas por última regla.

El diagnóstico de óbito e hidrocefalia se comprobó clínica y radiológicamente. El 27 de agosto inició trabajo de parto; por sospecha de amnioitís, el 28 de agosto, se practicó craneotomía con colocación de pinzas de Miusaux, atendándose bajo anestesia general parto distósico simple, óbito fetal, feto macerado. A la revisión de cavidad se encontró placenta adherida a pared uterina, además ruptura uterina de más o menos 3-4 cms, a nivel del segmento, al tratar de hacer extracción manual de placenta se produjo inversión uterina la que se corrigió inmediatamente.

En vista de la hemorragia severa, se decide histerectomía, durante el acto operatorio se comprobó ruptura uterina y placenta acreta. La paciente estuvo en shock durante el acto operatorio, habiéndosele administrado 2000 cc. de sangre, 1000 cc. de soluciones i.v.

Paciente evolucionó satisfactoriamente en su postoperatorio, no teniendo ninguna complicación se da egreso a los 10 días portoperatorios en buenas condiciones generales. Paciente no regresó a reexamen postoperatorio.

VI. CONCLUSIONES

1. Revisión de 25 casos de placenta acreta en 147,063 partos, por lo que podemos decir que en nuestro medio, la placenta acreta es una complicación rara 0.01 o/o.
2. No se encontró ningún caso de primigesta, en cambio es más frecuente en la gran multipara 60 o/o.
3. En todos los casos los síntomas predominantes son la retención de placenta y la hemorragia.
4. En todos los casos el diagnóstico fue hecho a la exploración uterina manual.
5. La incidencia de placenta acreta fue mayor entre los 21 y los 25 años.
6. Cuatro casos fueron tratados con legrado y empaque uterino.
7. Un caso fue tratado conservadoramente (sólo empaque uterino).
8. La mortalidad materna es alta, 20 o/o.
9. En nueve casos no se mandó pieza operatoria a anatomía patológica.
10. La conducta que se siguió en alto porcentaje fue la histerectomía, 60 o/o.
11. Hubo un caso de embarazo gemelar, en que, en el segundo gemelo se encontró retención de placenta (Acreta).
12. Nueve casos fueron referidos por retención de placenta con parto efectuado fuera del Hospital Roosevelt.
13. Se encontró un caso de placenta Increta, un caso de placenta Acreta Total y el resto de Acreta Parcial.
14. Los casos tratados por legrado y empaque uterino evolucionaron satisfactoriamente sin ninguna complicación.
15. Las pacientes operadas (histerectomía), que sobrevivieron no presentaron complicación postoperatoria, dándose egreso a las pacientes curadas.
16. A todos los casos se les practicó diagnóstico clínico preciso.

VII. RECOMENDACIONES

1. En todos los casos en que se efectúe una intervención quirúrgica mandar las piezas operatorias a anatomía patológica ya que en el presente estudio se encontró que 5 pacientes histerectomizadas y 4 pacientes legradas, no se mandó muestras para el diagnóstico anatomo-patológico.
2. Siendo, la Placenta Acreta, una complicación grave, es imperativo que sean tratadas en un medio hospitalario bien equipado y con personal adiestrado, para evitar la alta incidencia de mortalidad materna.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. BABCOCK, RICHARD J. Smooth muscle in the human placenta. American Journal of Obstetrics and Gynecology C.V. Mosby Co. 105(4): 612-615. October 15, 1969.
2. BENSON, RALPH C. Complicaciones del postpartum inmediato. En su Manual de Ginecología y Obstetricia. México. El Manual Moderno, 1966. pp. 186-202.
3. BOWEN, GEORGE L. and BOOKMILLER, MAE M. Textbook of Obstetrics and Obstetrics Nursing. 4th ed. Philadelphia. W. B. Saunders Co., 1965. pp. 360-364.
4. BRODY, H. Canad. Med. Ass. 1963. pp. 89-296.
5. CHAVEZ AZUELA, J. et al. Acretismo placentario, correlación anatomo-clínica de 35 casos. Ginecología y Obstetricia de México. México. 21(124):713-742. Septiembre-octubre, 1966.
6. ESPINOZA DE LOS REYES, V. Y SALDAÑA GARCIA, RUBEN. Manejo del acretismo placentario (estudio de 6 casos). Ginecología y Obstetricia de México. México. 22(128):653-660. Mayo-junio, 1967.
7. FUENTES SPROSS, EDUARDO. 2:2-7, Revista de FCASOG. Placenta Acreta en el Hospital Roosevelt. 1962.
8. GREENHILL, J.P. Alumbramiento. In his: Obstetrics. 11th ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co., 1965. pp. 101-130, 812-816.
9. MENDOZA, HOMERO, et al. Placenta Acreta. Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Venezuela. 21(3):673-682. 1961.
10. MORAGUES BERNAT, JAIME. El alumbramiento patológico. Clínica Obstetrica. 8a. Ed. Buenos Aires. Editorial "El Ateneo", 1966. 240-248.
11. RIBLIN, M.E. Recurrent placenta praevia acereta. (Short Communications). The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth. London. 74(6):938-939.
12. Roffman, Blaine Y. and Simmons, Milton. Syncitial trophoblastic embolism associated with placenta increta and pre-eclamsia. American Journal of Obstetrics and Gynecology. C.V. Mosby Co.

104(8):1218-1220. August 15, 1969.

13. ROSEMBASSER, ELISEO B. *Terapéutica Obstétrica*. Buenos Aires. Talleres Gráficos Didot S.R.L. 1962. pp. 528-531

14. TAYLOR, STEWART E. *Placenta. En Obstetricia de Beck*. 8a. Ed. México. Editorial Interamericana, 1968. pp. 41 - 55

Vo. Bo.

1. CHAVEZ AZUETA, J. et al. Análisis placentario: correlación anatómico-clínica de 35 casos. *Ginecología y Obstetricia de México*. México. 21(124): 713-742. Septiembre-octubre, 1965.

2. ESPINOZA TORRES, V. Y SALDANA GARCIA, RUBEN. Manejo de la placenta (estudio de 6 casos). *Ginecología y Obstetricia de México*. México. 22(128):653-660. Mayo-junio, 1967.

Ruth de Amaya
Bibliotecaria

3. FUENTES SPROSS, EDUARDO. 2:27. *Revisión de FICASOG Placenta*. Acta en el Hospital Roosevelt, 1963.

4. GREENHILL, J.P. Alumbamiento. In: *Obstetricia*. 11th ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co., 1963. pp. 101-130, 812-816.

5. MENDOZA HOMERO, et al. Placenta Anómala. *Revista Obstétrica y Ginecológica de Venezuela*. Venezuela. 21(3):673-682. 1961.

6. MORAGUES BERNAT, JAIMÉ. El alumbamiento patológico. *Clinica Obstétrica*. No. 14. Buenos Aires. Editorial "El Ateneo", 1960. 240-248.

7. RIBLIN, M.T. Recurrent placenta previa. *Obstetrics and Gynecology*. London. 74(6):938-939. (Communications).

8. RICHMOND, BLAIR Y and SIMMONS, MITON. Syntrophal trophoblastic inter-relationships associated with placenta previa and pre-eclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. C.V. Mosby Co., 1967.