UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

" PLACENTA ACRETA "

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS, REALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

CARLO BONATTO MERIDA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1.- INTRODUCCION

2.- OBJETIVOS

3.- JUSTIFICACION

4.- ALCANCES Y LIMITACIONES

5.- HIPOTESIS

6.- MATERIAL Y METODO

7.- ANTECEDENTES

8.- ASPECTOS BIBLIOGRAFICOS

9.- FICHA DE DATOS

10.- RESULTADOS

11.- GRAFICAS

12.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

13.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Siendo este el paso fundamental de estudiante a profesional, deseo hacer constar que he puesto todo mi empeño en la elaboración del presente trabajo y motivado por el estudio de una entidad patológica tan interesante y poco estudiada, como lo es la "PLACENTA ACRETA".

Espero que las conclusiones y los beneficios que nos brinde esta investigación, tengan el fundamento y el valor científico necesario para reforzar nuestra formación académica como una experiencia valiosa en el campo de la medicina.

Carlo Bonatto M.

OBJETIVOS

A.- GENERALES:

1- Conocer la importancia de una entidad patológica tan interesante como lo es la " PLACENTA ACRETA ".

2- Establecer la incidencia de esta patología en nuestro medio.

3- Analizar y comparar la incidencia de nuestra morbilidad y mortalidad.

4- Evaluar el diagnóstico y conducta a seguir en nuestro medio.

5- Adquirir conocimientos acerca de los métodos de investigación hospitalaria y de la aplicación de los mismos al estudio del problema.

B.- ESPECIFICOS:

1- Conocer la anatomía y fisiología de la placenta.

2- Conocer los métodos existentes para diagnóstico de " PLACENTA ACRETA ".

3- Conocer la importancia de la anatomía patológica para confirmar el diagnóstico clínico.

4- Obtener conocimientos derivados de la investigación, aplicables a la realidad.

5- Valorar justamente los recursos bibliográficos, como parte importante en la resolución del método científico.

6- Aumentar nuestras habilidades intelectuales, mediante la adquisición de conocimientos, sobre hechos, y lograr una interpretación y análisis de los datos obtenidos, para alcanzar un conocimiento lógico de los mismos.

7- Promover interés por la búsqueda de valores objetivos que nos permitan obtener conclusiones aplicables.

8- Aprender a utilizar técnicas estadísticas, adaptables a la mejor interpretación de la investigación.

JUSTIFICACION

La mayor justificación está dada por la importancia de conocer una entidad clínica tan interesante como poco estudiada como lo es la " PLACENTA ACRETA ", para decidir y poder actuar correctamente ante un problema de esta índole.

ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES:

Se encuentran comprendidos entre las siguientes variables:

Lugar:

Hospital Roosevelt. Departamento de Obstetricia. - Oficina de Registros Médicos.

Tiempo:

El trabajo se realizó, haciendo una revisión de papeletas de los años 1,972, 73, 74, 75 y 76. (Investigación retrospectiva de 5 años).

Pacientes:

Todas de sexo femenino. Que se les halla efectuado el diagnóstico de " PLACENTA ACRETA ".

LIMITACIONES:

- Población exclusiva, dada por los 5 años de revisión de papeletas.
- Limitación dada por el problema y que se circunscribe al mismo tema, "PLACENTA ACRETA".
- Limitación dada por las variables. (Lugar, tiempo, y pacientes).
- Por ser entidad poco frecuente, tendremos número limitado de casos.
- La mayoría de los casos son tratados de emergencia; lo cual nos limita una buena historia clínica anterior.

HIPOTESIS

" La PLACENTA ACRETA es frecuente en pacientes multíparas, o con antecedentes de legrado, o bien en casos de placenta previa ".

ACLARACION DE LOS TERMINOS DE LA HIPOTESIS:

Placenta acreta:

Es una adherencia anormal de la placenta, a la pared uterina, que resulta de una formación defectuosa de la decidua, estando las vellosidades coriónicas en contacto directo con el músculo uterino.

Multípara:

Toda paciente que halla tenido, 2 ó más partos.

Legrado:

Operación gineco-obstétrica, consistente en la evacuación o raspado del contenido uterino, con fin diagnóstico o terapeútico.

Paciente:

Personas de sexo femenino que se les halla efectuado el diagnóstico de Placenta Acreta, según las variables de lugar y tiempo.

RAZONAMIENTO DE LA HIPOTESIS

Basados en la definición que anteriormente dimos de Placenta Acreta y considerando que resulta de una formación defectuosa de la decidua; podemos razonar y exponer lógicamente lo

siguiente: (con respecto a los términos de la hipótesis).

Multípara:

Al efectuarse uno o varios alumbramientos, ya sea naturales o artificiales, es probable que esto condicione a una anomalía en la capa basal uterina; y en un posterior embarazo se condicione a una deformación de la decidua y por lo tanto nos puede formar una " PLACENTA ACRETA".

Legrado:

Una paciente con antecedentes de legrado también es importante. Al efectuarle éste, es probable que el médico que lo realizó se halla portado muy entusiasta y en su afán de evacuar completamente el útero, ocasione alguna anomalía en la capa basal; y posteriormente se puede instituir una "PLACENTA ACRETA".

Placenta Previa:

Entendiendo por placenta previa, la inserción de esta en el segmento inferior del útero, y habiendo la información que en esta porción se ha visto con mayor frecuencia la deformación de la decidua, esto también probablemente nos lleve a una " PLACENTA ACRETA ".

MATERIAL Y METODO

MATERIAL:

- Papelería y material bibliográfico adecuado al tema, Placenta Acreta.
- Papeleta clínica de pacientes que se les efectuó el diagnóstico de Placenta Acreta, según las variables de lugar y tiempo.
- Libro de sala de operaciones del Departamento de Obstetricia.
- Resultados de Anatomía Patológica, de pacientes que se les efectuó Histerectomía o Legrado como tratamiento de dicha entidad.

METODO:

"Método Científico de Resolución de Problemas".

ANTECEDENTES

En Guatemala:

"Tesis del Dr. Herbert Wilfred Macz: Acretinismo Placentario, revisión de 25 casos reportados en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, en 147,063 partos desde el año 1955 a 1969".

ASPECTOS BIBLIOGRAFICOS

PLACENTA ACRETA

BREVE RESEÑA HISTORICA:

El primer caso de placenta acreta reportado en la literatura se remonta al año 1641, respecto a una paciente a la cuál no se le pudo efectuar el alumbramiento y su consecuencia fue fatal; el estudio post-mortem señaló una adherencia anormal entre placenta y útero. (18)

En 1937 Irving y Herting, estudiaron el tema y señalaron la importancia de la placenta acreta parcial (17), haciendo alución que no solo hay parcial o completa ausencia de decidua basalis, sino también de decidua vera defectiva. (6)

Posteriormente en 1945 la placenta acreta fue más ampliamente estudiada y llegó a clasificarse por medio de los estudios de Berg y Reid quienes propusieron tres categorías: Adherencia Total (de toda la placenta) adherencia parcial (de 1 o más cotiledones) y adherencia focal (de un solo cotiledón). (3)

Kaltreider solo encontró 177 casos reportados en la literatura médica hasta el año de 1945. (21)

CONCEPTO:

Williams: "La placenta acreta es una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina, que resulta de una formación defectuosa de la decidua, estando las vellocidades coriónicas en contacto directo con el

músculo uterino". (21)

Schwarcks: "El huevo, al implantarse y buscar fuentes nutricias no pasa normalmente de la decidua, si lo hace contrae adherencias anormales, denominándose placenta acreta" (19)

De Lee: "Placenta que está totalmente adherida, en parte o en su totalidad a la pared uterina, y que carece total o parcialmente de caduca basal, especialmente de la capa esponjosa". (4)

Litzemberg: "Cuando la placenta está adherida inseparablemente a la pared uterina, a causa del insuficiente desarrollo de las membranas, caduca o decidua; las vellosidades penetran la capa muscular del útero". (12)

Beck: "Falta de los elementos deciduales, a tal grado, que gran número de vellosidades penetran a la musculatura uterina y causan una fijación más firme de la placenta". (1)

Moragues: "Es una variedad anatómica de la placenta caracterizada por la penetración exagerada en profundidad, de las vellosidades coriales". (16)

Clifford: "Es la placenta adherente y no separable. Se produce al invadir la pared uterina las vellosidades placentarias, con ausencia parcial o total de la capa esponjosa de la caduca basal".

Breen: "La placenta acreta representa una anormalidad específica de placentación en donde las vellosidades -

se pegan al miometrio sin intervenir la decidua". (3)

Novack: "No sólo es una anormalidad de separación, sino también de implantación". (17)

Greehill: "Es una adherencia anormal de una parte o toda la placenta a la pared uterina, con una completa o parcial ausencia de decidua basalis especialmente en la capa esponjosa". (6)

Rosembasser: "La placenta acreta es debida a un impulso exagerado de la actividad angioclástica de las vellosidades, estas se introducen en pleno miometrio". (18)

UNIFICANDO CONCEPTOS:

"La placenta acreta es una adherencia defectuosa de la placenta a la pared uterina, puede ser parcial o total; causada por una anormalidad en la capa decidua, logrando con esto que las vellosidades coriónicas penetren la capa muscular del útero provocando una fijación firme de la placenta".

ETIOLOGIA:

La ausencia de decidua, o insuficiente desarrollo de la misma es una característica patológica constante de los casos de placenta acreta. Esto tiende a confirmar la teoría generalmente aceptada que, una insuficiencia simple endometrial es básica para la patogénesis del acretinismo. En teoría, cualquier causa que afecte adversamente al endometrio puede causar una placenta acreta". (3)

Todos los autores que la literatura consultada coinciden en

que la causa de placenta acreta es una anormalidad, atrofia o ausencia de la caduca basal producida por varios factores entre los cuales podemos mencionar

Causas Uterinas:

Legrados profundos, infecciones intrauterinas, cicatrices anteriores en útero (como post-cesárea o miomectomías), medicamentos caústicos intrauterinos, miomas submucosos, capa densa de fibrina, hialinización del músculo uterino, hipoplasia uterina, hipoproducción de enzimas mielinizantes de la acción citolítica del trofoblasto y dilataciones previas.

Causas placentarias:

Inserción anormal (Placenta previa).

FRECUENCIA:

Autor	Año	Frecuencia
Brosin	1891	1/10,000
Polak y Phelan	1924	1/ 6,000
Kraul	1928	1/20,000
Blagodarow	1929	1/16,000
Irving y Herting	1937	1/ 1,956
Lawson y Oginz	1938	1/40,000
Wilens	1942	1/14,000
Kaltreider	1945	1/67,000
Arbogast	1950	1/14,622
Burke	1951	1/31,000
Kistner	1952	1/14,622
Putterman y Detrane	1953	1/15,500
Dyer et al	1954	1/ 8,032
Donnefield y Tanz	1954	1/ 2,000
Harer	1956	1/10,000
Eastman	1957	1/70,000
Millar	1959	1/ 5,332
Hauptman y Waters	1960	1/54,000
Sumawoge et al	1966	10/ 5,400
Marqueo-topete et al	1968	1/ 2,915
Ochshorn et al	1968	1/ 1,667
Weekes y Greig	1972	1/14,193

(3)

Breen: Una investigación desde 1891 (cuadro anterior) demuestra que las incidencias reportadas varían desde 1/70,000 nacimientos a 1/500. El promedio de incidencia de estos reportes es más o menos 1/7,000 - embarazos. La incidencia más alta de 1/540 es reportada desde Thailandia, y se puede especular que está relacionada con la alta frecuencia de enfermedad trofoblástica en el lejano oriente. (3)

Moragues: "Una vez cada 15,000 partos". (16)

De Lee: "Una vez cada 2,000 partos". (4)

Greenhill: "Ocurre cada 2,000 nacimientos". (6)

Johns Hopkins Hospital: "De 70,000 partos, no reportaron ningún caso de placenta acreta completa". (21)

Martland Hospital: Reportó una incidencia de 1 en 2,700-partos. (3)

Tamis: "La frecuencia de placenta acreta varía según diferentes reportes; de 1/5322, de 1/10,000; y con extremos que abarcan desde 1/948 a 1/31,000. (20)

Van Thiel: Reportó una incidencia de 4.4% (4 pacientes) con placenta acreta, de un grupo de 90 tratada con quimioterápicos por enfermedad trofoblástica. (3)

Kaltreider: Recopiló 177 casos hasta el año de 1945, reportando un 26% de recién nacidos prematuros". (4)

CLASIFICACION:

A) POR SU EXTENSION:

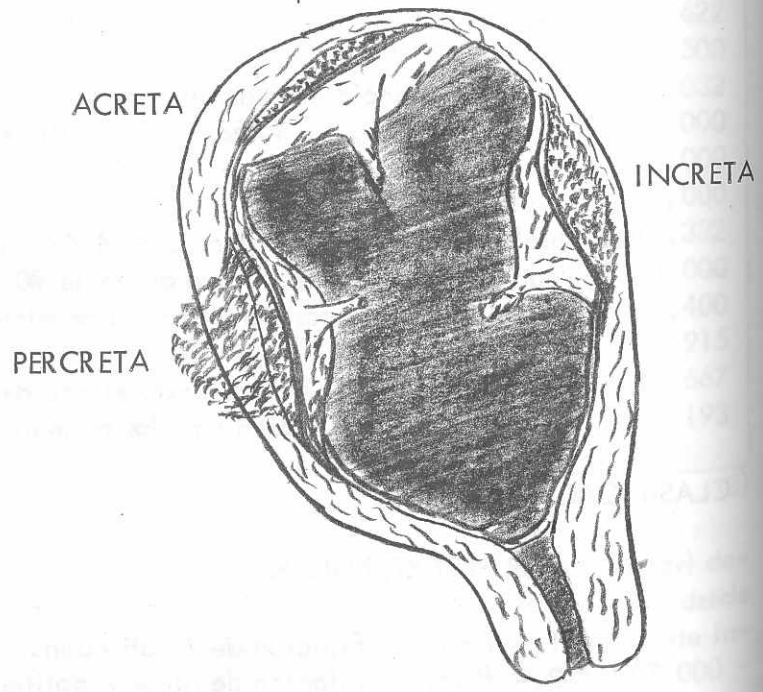
1.- Focal: Fijación de 1 cotiledón.
2.- Parcial: Fijación de algunos cotiledones.
3.- Total: Fijación de todos los cotiledones. (3,9)

B) SEGUN SU PROFUNDIDAD:

1.- Acreta: Cuando las vellosidades están fuertemente adheridas al miometrio sin penetrar en él.

2.- Increta: Cuando las vellosidades se introducen en el miometrio pero no lo atraviesan.

3.- Percreta: Cuando las vellosidades atraviesan el miometrio llegando hasta la serosa, y en ocasiones penetran hasta la cavidad peritoneal. (19).



SINTOMATOLOGIA:

Durante el transcurso del embarazo no se presenta ningún síntoma o signo que permita sospechar placenta acreta, haciéndose realidad en el tercer período, al no efectuarse el alumbramiento.

Cuando en algunos casos se acompaña de hemorragia antes del nacimiento es porque va asociada con placenta previa. Luego posteriormente al nacimiento si la placenta acreta es parcial se acompaña de hemorragia que puede ser profusa o difusa, pero si la placenta acreta es total, no existe hemorragia, puesto que no hay zonas de despegamiento de la placenta. Por lo tanto, la placenta acreta se considera asintomática completamente hasta el tercer período, al no efectuarse el alumbramiento.

DIAGNOSTICO:

La placenta acreta se reporta que ocurre tan pronto como a las 12 semanas de embarazo. Se tiene conocimiento de un caso de aborto incompleto de 18 semanas de gestación, al cuál se le practicó dilatación y legrado no pudiendo controlarse la hemorragia, decidiéndose por efectuar histerectomía sub-total, que reveló una placenta acreta. (3)

Estos casos de pronta detección son significativos, ya que indican que en ciertas ocasiones, al menos, la placenta acreta no se desarrolla en los últimos meses de embarazo como resultado de una separación secundaria o absorción de la decidua, pero puede hacerse real durante el proceso de implantación y desarrollo placentario. Es por lo tanto interesante especular que deben haber numerosos casos de placenta acreta sin diagnosticar en casos de abortos tempranos e incompletos.

Aún más, en ciertos casos de abortos frustrados la retención de los productos de la concepción puede interpretarse como secundario a placenta acreta. Esto hace que la evacuación de un útero así, se constituya en un procedimiento peligroso.

El diagnóstico se efectúa al no haber alumbramiento espontáneo ni natural; entonces se lleva a cabo el tacto intrauterino, comprobándose que la placenta está fuertemente fija a la cavidad uterina siendo imposible desprenderla. Si se insiste, únicamente se conseguirá desgarrarla pero no separarla y extraerla por pedazos y en forma incompleta.

En otras palabras, los intentos de extracción manual son inútiles; persistiendo solo se logrará arrancar pedazos de músculo uterino con peligro de perforación (21), luego hemorragia, schock y por último muerte si no se toman las precauciones debidas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON PLACENTA ADHERENTE:

La placenta acreta se trata felizmente de una rareza, y no debe confundirse con las adherencias exageradas de la placenta (adherente), cuadro relativamente frecuente en la práctica.

Tanto uno como otro cuadro, solo se descubren durante el alumbramiento, adquiriendo entonces realidad clínica, (hemorragia y alumbramiento prolongado).

Mientras que la placenta acreta hace fracasar todos los procedimientos de expulsión o extracción placentaria, la placenta adherente es venciada por éstos; principalmente el alumbramiento manual.

La placenta acreta no es simplemente la exageración de las

adherencia anormales; es una variedad patológica de la placenta, y hace de ésto una situación grave, tanto más cuanto más tiempo se pierda. Si la hemorragia es profusa deben tomarse precausiones (Transfusiones sanguíneas, plasmoterapia, etc.) mientras se decide la conducta; ya que a estas alturas el pronóstico materno no es alentador. (16)

PLACENTA ACRETA Y PLACENTA PREVIA:

La placenta previa asociada con placenta acreta es una entidad patológica cuya existencia es insospechada y puede causar un dilema quirúrgico con numerosas complicaciones. No existen ni signos ni síntomas prodromicos que señalen una placenta acreta. El verdadero diagnóstico se hace efectivo posterior al nacimiento. (20)

Aunque la placenta acreta es poco frecuente, aparece en coexistencia con placenta previa, con mayor frecuencia de lo que podría esperarse. Esta unión, puede deberse a causa del desarrollo deficiente de la decidua en el segmento uterino inferior. (21)

Breen: Encontró un 17% de incidencia de placenta previa que coincidía con acreta. Mientras que la literatura que revisó reportó un 15%. (3)

Millar: Menciona una incidencia de 21 % de placenta acreta con previa. (1 caso de placenta acreta por cada 5 de placenta previa). Posteriormente junto con Malkasian, citaron 72 casos de placenta previa acreta. (20, 21)

Fuentes Americanas y Británicas: Reportaron 43 casos de esta patología.

Rubenstein y Lash: Reportaron 9 casos de placenta previa asociada con acreta; tratados con remoción manual y empaque uterino, dejando de saldo 6 casos de muerte (66.6%). Comparándolos con 35 casos tratados con histerectomía que solo tuvieron 2 muertes. (5.7 %).

TRATAMIENTO:

La tendencia actual es hacia el tratamiento radical, o sea la histerectomía.

Lo conveniente e ideal en este tipo de casos es que el diagnóstico sea efectuado sin ningún intento previo de extracción manual; por la hemorragia que de él depende, y que la paciente se encontraría en malas condiciones.

Sin embargo, se ha sugerido la conveniencia de evitar el tratamiento en estos casos y permitir que el útero reblandezca - por necrósis, para los casos en que la placenta tenga pocas zonas de adherencias anormales, o sea extrayendo lo más que se pueda y dejando parte de los cotiledones sin separar. Esto puede resultar sumamente peligroso, porque quedan vasos abiertos que puedan continuar sangrando, también existe la posibilidad de perforación uterina, inversión uterina e infección.

La remoción y extracciones manuales no son satisfactorias, y deben ser abandonadas al ser obvio el diagnóstico de placenta acreta. (20)

La histerectomía es el procedimiento más seguro, y el tipo que se recomienda es la sub-total o supraístmica, sin resección - de anexos. Con esta terapeútica radical se han comunicado excelentes resultados con escasa mortalidad materna, o bien total

materna, o bien total si estuviera asociada a placenta previa. - (19, 21)

Por el contrario la conservación del útero representa grandes riesgos de hemorragia e infección, y está asociada a gran mortalidad materna. (20)

De Lee: De 45 pacientes con Dx. de placenta acreta o alguna de sus variantes vivieron 38. (15.5% de mortalidad). Tratamiento histerectomía.
De 11 pacientes con Dx. de placenta acreta; murieron 8. (72.7% de mortalidad). Tratamiento extracción manual.
De 14 pacientes con Dx. de placenta acreta; vivieron todas. (0% de mortalidad). Tratamiento taponamiento intrauterino. (4)

Mackeogh y D'erico: De 4 pacientes con Dx. de placenta acreta; vivieron 3. (25% de mortalidad). Tratamiento histerectomía.
De 9 pacientes con Dx. de placenta acreta; vivieron todas. (0% de mortalidad). Tratamiento conservador. (15)

Breen: De un estudio de 40 pacientes, 38 fueron tratadas por medio de histerectomía (20 totales y 18 sub-totales); 1 a base de tratamiento conservador, y otra falleció antes de poder practicarle la cirugía. De las pacientes que fueron tratadas no se reportó ningún fallecimiento. (3)

Schuman: Anotó conocimiento de 4 casos con Dx. de Placenta Acreta a las cuales no se les efectuó remoción placentaria. Estas pacientes se recuperaron sin ma-

yores complicaciones pero tuvieron un puerperio febril. 2 de estas pacientes posteriormente concibieron más hijos sin ninguna anormalidad durante embarazo, parto o puerperio. (20)

COMPLICACIONES:

Solo ocurren en el tercer período:

1.- Retención de placenta no desprendible. (Total o parcial)
2.- Extracción manual inútil.
3.- Hemorragia profusa.
4.- Perforación del útero.
5.- Inversión uterina.
6.- Infección.
7.- Shock.
8.- Muerte.

PRONOSTICO:

El pronóstico depende de varios factores, condiciones de la paciente, grado de acretinismo, cantidad de hemorragia y tiempo de diagnóstico y tratamiento.

Si se decide por la histerectomía, a pesar de ser baja la mortalidad materna con esta terapeútica el pronóstico sigue siendo reservado.

HISTOPATOLOGIA:

La característica predominante de los casos de placenta acreta es la ausencia o falta de desarrollo de la capa decidua. En muchos casos residuos de decidua se encuentran presentes.

La penetración de las vellosidades placentarias dentro del miometrio caracteriza la placenta increta, y la penetración a través de la pared uterina a la percreta. Las vellosidades no tienen indicio de degeneración trofoblástica como la que aparece en la mola hidatidiforme o los corioadenomas destruens.

Al retirar las fibrinas de la capa coriónica la musculatura es normal, con excepción de las fibrinas que se quitaron y la hialinización alrededor del área de penetración placentaria.

SINTESIS DE LO QUE OCURRE EN UN CASO DE PROBABLE PLACENTA ACRETA:

Estando en el tercer período, y tomando en cuenta que: "El pronóstico de placenta acreta es reservado, el de placenta adherente bueno, y el de retención placentaria muy favorable". (12)

1.- Si no hay hemorragia copiosa debe esperarse hasta la expulsión espontánea. Generalmente 30 minutos o 1 hora.

2.- Luego de esperar este tiempo razonable, debe prepararse para una extracción manual, buscando las zonas de separación cuidadosamente.

3.- Si no hay zonas de separación, y la placenta se encuentra firmemente adherida y fija, se desiste de todo intento de despegarla; se hace el diagnóstico de placenta acreta y se decide la histerectomía.

SILOGISMO:

"Toda retención de placenta es placenta acreta
hasta no demostrar lo contrario"

Siempre debemos recordar que el precipitarnos puede traernos consecuencias fatales, y más aún en estos casos en que las extracciones manuales y las histerectomías no son procedimientos que estén salvos de complicaciones y por lo mismo de mortalidad.

Y a pesar de la baja incidencia de esta patología; siempre debemos estar preparados para diagnosticarla y tratarla adecuadamente.

" PLACENTA ACRETA "

FICHA DE RECOPILACION DE DATOS

DATOS GENERALES

1.- Nombre de la paciente:

2.- Historia Clínica Número:

3.- Edad Cronológica:

4.- Edad de Embarazo por A. U.

5.- Edad de Embarazo por U. R.

6.- Historia Obstétrica: G: P. Ab: C;
Control prenatal: Si No Donde:

DATOS ESPECIFICOS

1.- Legrados anteriores: 0 1 2 3 +

2.- Retención Placenta anterior: 0 1 2

3.- Peso del RN.

4.- Condiciones del RN. B: R: M: F:

5.- Síntomas durante embarazo: Si No

Describirlos

6.- Placenta Previa Si No

7.- Se efectuó Cesárea: Si No

Indicaciones:

8.- Tratamiento: Histerectomía Legrado

Taponamiento uterino Antibióticos

9.- Si fue Histerectomía: Total Sub-Total

10.- Hallazgos de Patología: Acreta Increta

percreta

11.- Otros:

12.- Como se efectuó el Diagnóstico: Al efectuar alumbramiento artificial

Al efectuar Cesárea

Otras formas:

PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro # 1. INCIDENCIA

	No. de casos	Incidencia
1. 71,948 partos	24	0.033 %
2. 5,816 cesáreas	14	0.240 %
3. 113 histerec.	21	18.580 %

1.1 Un caso de placenta acreta por cada 2,997 partos.
1.2 Un caso de placenta acreta por cada 415 cesáreas.
1.3 Un caso de placenta acreta por cada 5.38 histerectomías.

Cuadro # 2. EDAD

	No. de casos	Porcentaje
1. 21 - 25 años	5	20.83 %
2. 26 - 30	8	33.33 %
3. 31 - 35	7	29.16 %
4. 36 - 40	4	16.66 %

2.2, 2.3 Las edades más afectadas estuvieron comprendidas en la década de 26 a 35 años con una frecuencia de 15 casos y un porcentaje de 62.49%.

Cuadro # 3. PARIDAD

Paridad	No. de casos	Porcentaje
1. 2 - 4 partos	12	50.00 %
2. 5 - o más partos	12	50.00 %

3. No se reportó ningún caso en primigestas.

Cuadro # 4. ANTECEDENTES

	No. de casos	Porcentaje
1. Sin abortos	13	54.16 %
Con abortos	11	45.83 %
2. Sin cesárea	15	62.50 %
Con cesárea	9	37.50 %
3. Sin legrado	16	66.66 %
Con legrado	8	33.33 %
4. Sin retención plac.	20	83.33 %
Con retención plac.	4	16.16 %

4. Esto demuestra que no es necesario que existan antecedentes de aborto, cesárea, legrado o retención de placenta ya que en la mayoría de los casos estos no se presentaron.

Cuadro # 5. SINTOMATOLOGIA DURANTE EMBARAZO

	No. de casos	Porcentaje
1. Con sintomatología	0	0 %
Sin sintomatología	24	100.00 %

5.1 Como se mencionó en nuestras limitaciones las pacientes estudiadas carecen de buenas historias clínicas y en ellas no se menciona ningún síntoma de importancia, como tampoco en la papelería de las que asistieron a control pre-natal. - (en el hospital Roosevelt). Sin embargo coincide con lo dicho por la literatura universal que "la placenta acreta es asintomática durante la gravidez".

Cuadro # 6. DIAGNOSTICO

	No. de casos	Porcentaje
1. Al efectuar operación cesárea	14	58.33 %
2. Al ser inútil alumbramiento manual	10	41.66 %

Cuadro # 7. RECIEN NACIDO

	No. de casos	Porcentaje
1. RN buenas condiciones	9	37.50 %
RN reg. condiciones	9	37.50 %
RN malas condiciones	3	12.50 %
RN muertos	3	12.50 %
2. RN normales peso	13	54.16 %
RN de bajo peso	11	45.83 %

7.1 Las condiciones del recién nacido fueron tomadas en base a lo descrito en la nota de parto, tomando también en cuenta el APGAR de la forma siguiente: buenas condiciones - (de 7 a 10 puntos), regulares condiciones (comprendidas entre 5 y 7), malas condiciones (4 y menos puntos).

7.2 Se tomó como recién nacido normal en peso a todo aquél de 4.9 libs. (inclusive) en adelante.
Se clasificó como recién nacido de bajo peso aquellos de menos de 4.9 lbs.

Cuadro # 8. PLACENTA PREVIA

	No. de casos	Porcentaje
1. Sin placenta previa	17	70.83 %
Con placenta previa	7	29.16 %

Cuadro # 9. TRATAMIENTO

	No. de casos	Porcentaje
1. Histerectomía	18	75.00 %
2. Legrado e histerec.	3	12.50 %
3. Legrado	3	12.50 %
4. Antibióticos	0	0 %

9.4 En nuestra ficha de recopilación de datos, como en el cuadro anterior, aparecen antibióticos; pero nos referimos a ellos como tratamiento único y no en combinación con otros de los mencionados.

Cuadro # 10. TIPO DE HISTERECTOMIA

	No. de casos	Porcentaje
1. Histerec. sub-total	13	61.90 %
2. Histerec. total	8	38.09 %

10.2 De los 8 casos que fueron tratados por medio de histerectomía total, el 75% (6 casos) se debió a placenta previa. El 25% restante (2 casos), se les efectuó histerectomía total a pesar de la normoinserción placentaria. Y un caso de placenta previa tratado por medio de histerectomía sub-total. (?)

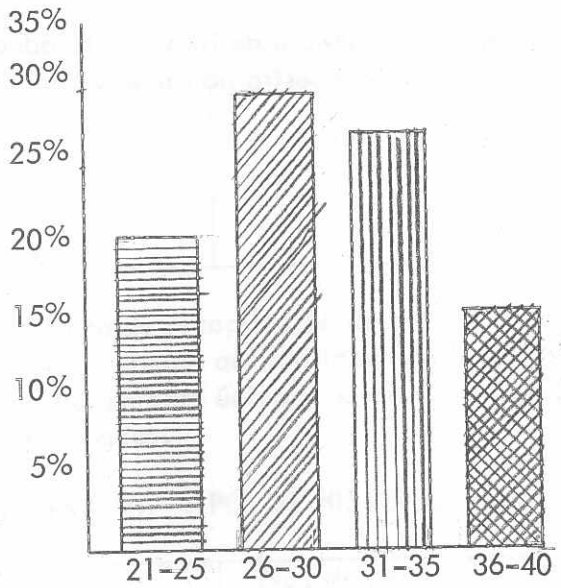
Cuadro # 11. PATOLOGIA

	No. de casos	Porcentaje
1. Placenta acreta	17	70.83 %
2. Placenta percreta	1	4.16 %
3. Ausencia de informe	6	25.00 %

11.3 En los casos de ausencia de informe, se aduce que se extravió (?), o bien la muestra no fue enviada.

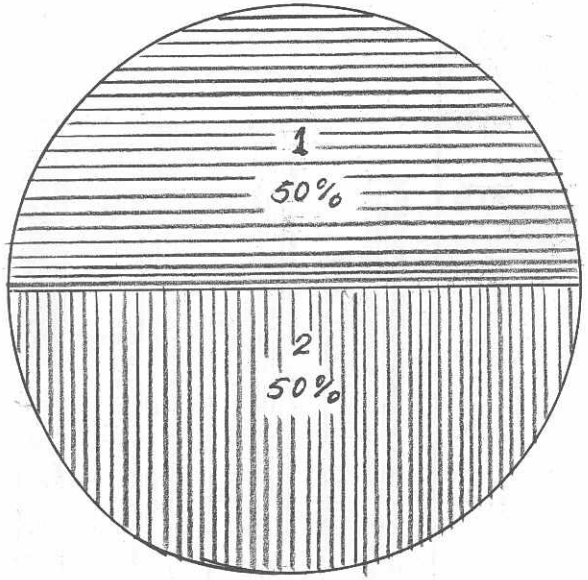
GRAFICAS

Gráfica # 1. P. ACRETA Y EDAD



La coordenada vertical está constituida por el porcentaje y la horizontal por los grupos etarios. Observando que la década comprendida entre los 26 y 35 años fue la más afectada; con un porcentaje de 62.49 % en conjunto.

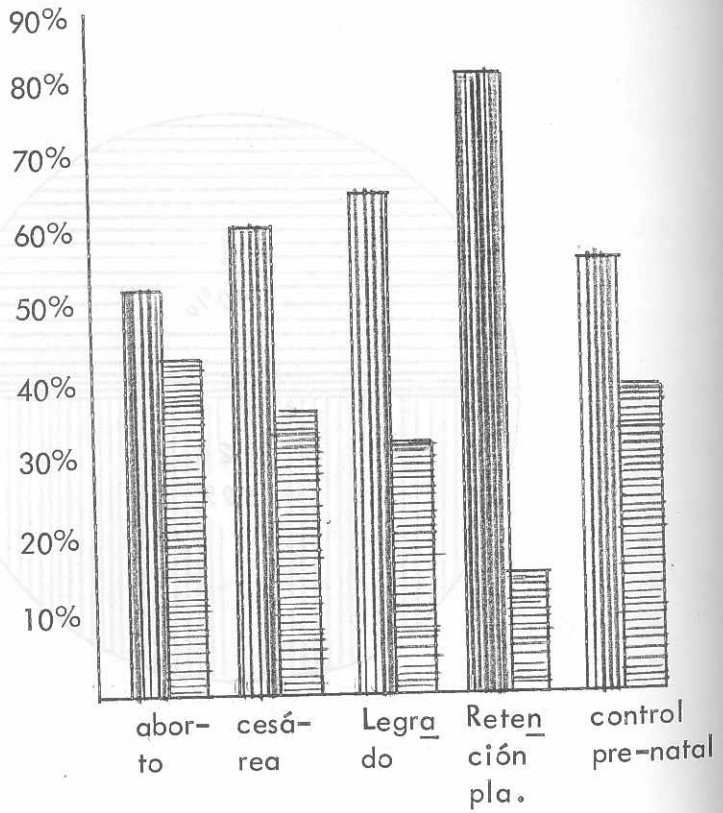
Gráfica # 2. P. ACRETA Y PARIDAD



1.- De 2 a 4 partos

2.- De 5 ó más partos.

Gráfica # 3. P. ACRETA Y ANTECEDENTES

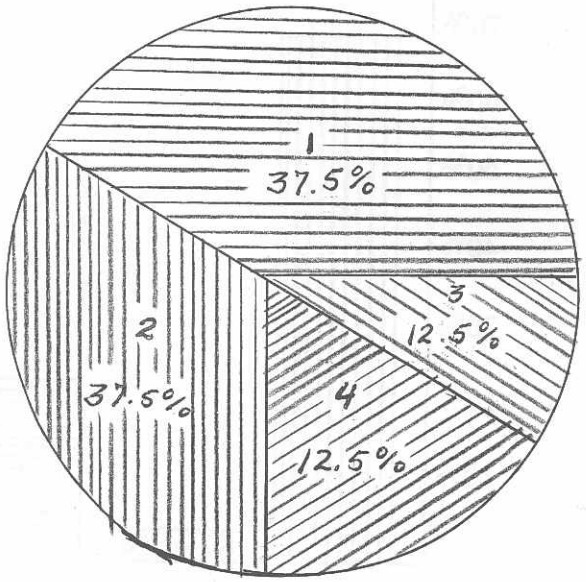


La coordenada vertical constituida por el porcentaje y la horizontal por los diferentes antecedentes investigados, donde:

Antecedentes negativos

Antecedentes positivos

Gráfica # 4. P. ACRETA Y CONDICIONES DEL RN.



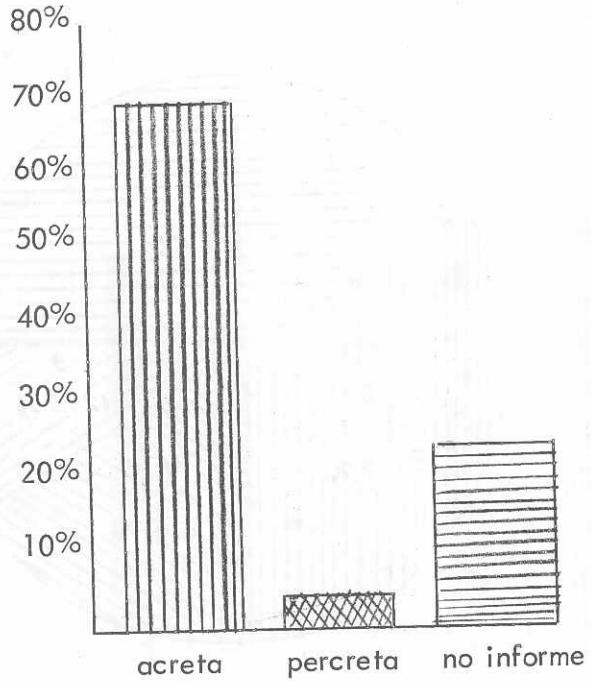
1.- Buenas condiciones

2.- Regulares condiciones

3.- Malas condiciones

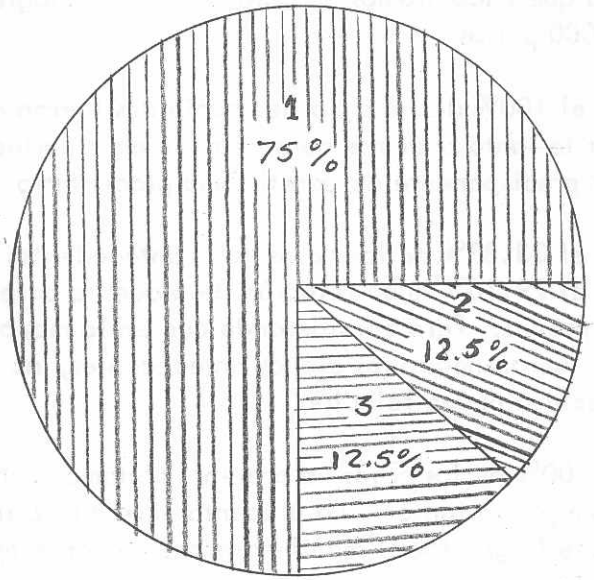
4.- Muerto.

Gráfica # 5. P. ACRETA Y PATOLOGIA



La coordenada vertical constituida por el porcentaje y la horizontal por los informes de patología. Observando que en el 70.83% de los casos la placenta fue acreta. No reportándose ningún caso de increta.

Gráfica # 6. P. ACRETA Y TRATAMIENTO



1.- Histerectomía

2.- Legrado e histerectomía

3.- Legrado

CONCLUSIONES

1.- La placenta acreta es una entidad patológica poco frecuente; en nuestro medio con una incidencia del 0.033%. O sea que encontramos un caso de esta patología por cada 3,000 partos.

2.- En el 100% de los casos las pacientes fueron multíparas. Por lo tanto podemos considerar la multiparidad como factor predisponente de acretinismo placentario.

3.- En el 33.33% de los casos hubo antecedentes de legrado; y en el 29.16% hubo relación de placenta acreta con placenta previa. Pero considerando que en la mayoría de los casos fueron negativos dichos antecedentes, no podemos establecer ninguna relación.

4.- El 100% de los casos no presentó síntomas durante el embarazo por lo tanto: "La placenta acreta es asintomática durante la gravidez, manifestándose únicamente en el tercer período".

5.- El 46% de los casos refirió historia de aborto y en el 38% hubo antecedentes de cesárea. Pero debido a que en la mayoría de los casos estos antecedentes fueron negativos, tampoco podemos establecer relación.

6.- En el 58.33% de los casos el diagnóstico se realizó al efectuar operación cesárea y en el 41.66% al ser inútil el alumbramiento manual. Por lo tanto: "El diagnóstico se efectúa cuando es imposible el alumbramiento artificial tanto después de un parto como durante una cesárea".

7.- En el 87.5% de los casos el tratamiento fue histerectomía, y de estos el 62% fue de tipo subtotal; debido a que en la mayoría de los casos la placenta fue normoinserta.
El 38% de pacientes que fueron tratados con histerectomía total (6/8) (75%) se debió a placenta previa.

8.- En el 71% de los casos el departamento de Patología demostró Placenta Acreta. Por lo tanto podemos considerar que: "La variedad de acretinismo placentario más frecuente es la Placenta acreta".

9.- En nuestra investigación de 24 casos no se reportó ninguno de mortalidad materna.

RECOMENDACIONES

"TODA RETENCION DE PLACENTA ES PLACENTA ACRETA HASTA NO DEMOSTRAR LO CONTRARIO"

1.- Como primera recomendación, enunciamos que se tome en cuenta el silogismo anterior; porque a pesar de la baja incidencia de esta patología, siempre debemos estar preparados para diagnosticarla y tratarla adecuadamente.

2.- En toda retención de placenta deben seguirse los pasos enunciados en el capítulo de "Síntesis de lo que ocurre en un caso probable de placenta acreta".
Debiendo siempre recordar que el precipitarnos trae consecuencias fatales, y más aún en estos casos donde las extracciones manuales y las histerectomías no son procedimientos que estén salvos de complicaciones y por lo mismo de mortalidad.

3.- Toda pieza operatoria debe ser enviada al departamento de Anatomía Patológica, pues de lo contrario le restan validez a trabajos de esta naturaleza.

BIBLIOGRAFIA

1.- Beck, Alfred C. Práctica de Obstetricia 3era. ed. México, Talleres Gráficos, 1965 Pp. 428, 639-644.

2.- Benson, Ralph O. Manual de Ginecología y Obstetricia México, El Manual Moderno, 1966. Pp. 251.

3.- Breen, James L. y cols. "Placenta accreta, Increta and Percreta" Obstetrics and Gynecology. New Jersey, 9 (1): 43-46 January 1977.

4.- De Lee, J. B. Principios y Práctica de Obstetricia. 2da. ed. Hispanoamericana, 1955. Pp. 362-363, 973-976.

5.- Gray, Ch. M. Goss. Anatomía 29ava. ed. Barcelona, Salvat, 1976. Pp. 44-46.

6.- Greenhill, J. P. Obstetrics 11ava. ed. Philadelphia, Saunders, 1955. Pp. 809-811.

7.- Guyton, Arthur C. Tratado de Fisiología Médica 4ta. ed. México, Interamericana, 1971. Pp. 1031-1042.

8.- Ham, Arthur T. Tratado de Histología 6ta. ed. México, Interamericana, 1969. Pp. 905-908.

9.- Herting, Arthur T. Human Trophoblast Springfield, Charles C. Thomas, 1968. Pp. 192-207.

10.- Kaltreider, D. F. "Placenta Acreta" Medicina University Maryland Maryland, 9 (2): Pp. 48-51 November 1945.

11.- Langman, Jan. Embriología Médica 2da. ed. México, Interamericana, 1969. Pp. 65-71.

12.- Litzemberg, H. Sinapsis de Obstetricia España, Labor S.A. 1954. Pp. 269-271.

13.- Macz, Wilfred S. Tesis "Acretinismo Placentario" Guatemala, Universitario, 1970. Pp. 5-12.

14.- Marcus, Steward L. y cols. Progresos en Obstetricia y Ginecología Barcelona, Espaxs, 1969. Pp. 24-35.

15.- Mckeogh, R. P. and D'erico "Placenta Accreta" Journal Médica New England, 24 (3): 24-35 August, 1951.

16.- Moragues, J. B. Clínica Obstétrica 8ava. ed. Argentina, El Ateneo, 1960. Pp. 240-249, 654-658.

17.- Novack, E. y cols. Gynecology and Phatology 3era. ed. Philadelphia, Saunders, 1956. Pp. 554.

18.- Rossembaser, Eliseo B. Terapeútica Obstétrica Buenos Aires, Talleres Gráficos Didot, 1962. Pp. 383-384, 533-534.

19.- Schwarcz, R. y cols. Obstetricia 3era. ed. Buenos Aires, Ed. Talleres Gráficos Didot, 1975. Pp. 478-482, 688.

20.- Tamis, A. B. and Cols. "Placenta Previa Accreta". Obstetrics Gynecology. New York, 28 (1): 120-122 January, 1965.

21.- Williams, J. Louis M. Hellman. Obstetricia México, Salvat, 1973. Pp. 834-835, 510-517, 533-541.

CBT17

Br. Carlo Bonatto Mérida.

Asesor Dr. Edgar Dieguez.

Revisor
Dr. José Luis Chac

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Raúl A. Castillo R.
Secretario General

Vo.Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.