



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

Instituto Nacional de Perinatología
“Isidro Espinosa de los Reyes”

“INCIDENCIA DE ACRETISMO PLACENTARIO EN PACIENTES CON PLACENTA PREVIA DE ACUERDO AL SITIO DE INSERCIÓN PLACENTARIA.”

Protocolo de investigación

Presenta

Dra. Diana Laura Castro Pileño

Asesor:

Dr. José Antonio Ramírez Calvo

Marzo, 2023





UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCIÓN:

Actualmente es conocido que la cesárea es la cirugía abdominal mayor que se realiza con mayor frecuencia en las mujeres.¹ En México, la técnica quirúrgica más empleada es la descrita por Munro-Kerr, la cual consiste en una incisión transversal del útero en su segmento uterino inferior.²

En las mujeres que se someten a la primera cesárea por indicaciones distintas a la placenta previa, la incidencia de placenta acreta es de alrededor del 0,03 %. Una segunda o posterior cesárea sin placenta previa se asocia con un aumento en el riesgo de acretismo que aumenta con cada cesárea posterior. Para una segunda a una quinta cesárea, la incidencia se mantiene por debajo del 1%, aunque se observa un aumento al 4,7% en la sexta y siguientes cesáreas.³ Por lo cual es importante destacar que el factor de riesgo predominante para la placenta acreta es la presencia de una cicatriz uterina de una cesárea anterior.³ Por otro lado, se ha demostrado que en los casos en los que tenemos el antecedente de 1 cesárea previa más placenta previa se asocia con un riesgo de placenta acreta del 11 %, 2 cesáreas previas un riesgo del 40 %, 3 cesáreas previas del 61 % y 4 o más cesáreas previas del 67 %.³ Con estos resultados se deduce que el aumento en la repetición de cesáreas, la tasa y el número de casos de placenta acreta que se produzcan.³

En la actualidad, durante la práctica clínica el espectro de la placenta acreta (EPA), se diagnostica con marcadores ultrasonográficos y se corrobora en tiempo quirúrgico e histopatología. La placenta acreta ocurre cuando toda o parte de la placenta se adhiere de manera anormal al miometrio. Se definen tres grados de fijación placentaria anormal según la profundidad de la invasión:

Accreta. Las vellosidades coriónicas se adhieren al miometrio, en lugar de estar restringidas dentro de la decidua basal; Increta. Las vellosidades coriónicas invaden el miometrio; Percreta. Las vellosidades coriónicas invaden a través del miometrio.⁴

El útero cicatriza por segunda intención y se ha sugerido que el área cicatrizada no se decidualiza normalmente, lo que conduce a una placentación anormal y a la

pérdida del plano de división normal por encima de la decidua basal.³ La escarificación del miometrio uterino se asocia con un depósito de colágeno y fibrina en y alrededor de la incisión quirúrgica.⁵ El área de la cicatrización uterina puede estar hipóxica, lo que a su vez puede ser la causa de la decidualización anormal como de la invasión tisular del trofoblasto.³

El segmento uterino inferior contiene menos miofibras y más tejido conectivo elástico que el segmento superior y, por lo tanto, es más vulnerable al desarrollo del defecto de cicatriz de cesárea. Por lo cual la reparación de una cicatriz quirúrgica del segmento superior rara vez se asocia con un defecto importante de la pared, lo que reduce el riesgo de implantación de la cicatriz.⁵

Es por eso por lo que la localización de la placenta debe incluirse en la exploración anatómica entre las semanas 18 y 20. Las imágenes iniciales deben ser transabdominales y aquellas con una placenta aparentemente baja deben evaluarse con ecografía transvaginal. Si se identifica una placenta previa completa o parcial, se recomiendan imágenes posteriores a las 28-32 semanas para evaluar la posición de la placenta y la necesidad de un parto por cesarea.³

Es por eso por lo que, con los antecedentes antes descritos, este estudio pretende evaluar si el sitio de inserción placentaria en pacientes que presenten placenta previa influye sobre la aparición o no del acretismo.

OBJETIVO:

Determinar si la presencia de placenta previa con inserción anterior aumenta el riesgo de presentar acretismo placentario, en comparación con aquellas pacientes que presentan placenta previa de inserción posterior.

METODOLOGÍA:

El estudio consiste en una cohorte retroelectiva en la que se incluyeron a todas las pacientes que ingresaron a control prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología en el período del 1ro de enero del 2019 al 31 de enero del 2022, agrupando por el número de cesáreas y la presencia o no de placenta previa, que a su vez se

subagruparon en la presencia de placenta previa anterior, central o posterior, en el cual se analizó para cada grupo la incidencia de acretismo placentario.

Los criterios de inclusión fueron todas las pacientes que tuvieron resolución de su embarazo en el Instituto Nacional de Perinatología 1ro de enero del 2019 al 31 de enero del 2022. Se excluyeron aquellas pacientes que no tuvieron resolución del embarazo en el instituto.

El análisis de las pacientes en las que se confirmó el diagnóstico de placenta previa fue por medio de ultrasonido a cargo del departamento de medicina materno-fetal, donde se identificaron diferentes signos, tales como pérdida de la clear zone, hipervascularidad placentaria, vasos puente, adelgazamiento miometrial, lagunas placentarias, interrupción de la pared vesical, abultamiento placentario y masa exofítica focal. Mientras que el acretismo placentario, se confirmó en el acto quirúrgico, durante la resolución del embarazo y por estudio de histopatología.

Con todos los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos de excel. Donde identificamos nuestras variables predictoras, que fueron: Antecedentes de número de cesareas, Presencia o ausencia de placenta previa, si esta fue anterior, posterior o central;

Presencia o ausencia de acretismo placentario y a su vez si fue acreta, increta o percreta.

Una vez obtenidos los datos se calculó la incidencia de acretismo placentario por el antecedente del número de cesareas y la presencia o ausencia de placenta previa anterior, posterior y central,

RESULTADOS:

En este estudio se obtuvieron un total de 7,930 pacientes, las cuales ingresaron a control prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología en el período del 1ro de enero del 2019 al 31 de enero del 2022. De las 7,930 pacientes, 4,965 tuvieron resolución del embarazo por vía abdominal; 290 presentaron placenta previa, y a su vez, 144 presentaron acretismo placentario.

En donde se encontró que el 37.4%(IC 0.35-0.39), 36.2% (IC 0.34-0.37), 18.1% (IC 0.16-0.19) y 7%(IC 0.66-0.73), presentaban 0,1,2 y 3 antecedentes de cesareas previas con una moda de 1 cesarea. (Gráfica 1)

El diagnóstico de placenta previa se presentó en 290 pacientes (3.6%), de las cuales 116 (40%(IC 0.34-0.45), fueron diagnosticadas como inserción anterior, 97 (33.4%(IC 0.27-0.38) como central y 77 (26.5% (IC 0.20-0.31) como posterior. (Tabla 1). De las cuales 144 (49.6% (IC 0.43-0.54) presentaron acretismo placentario y 146 (50.3% IC 0.44-0.55) no. Sin embargo. Se realizó el cálculo de incidencias respecto a ninguna, 1, 2 y 3 antecedentes de cesareas previas, aunado a la presencia de placenta previa, encontrandose un 9.8%(IC 0.96-0.99), 43% (IC 0.37-0.48), 60.9% (IC 0.54-0.65) y 75% (IC 0.70-0.79) de probabilidad de presentar acretismo placentario respectivamente. (Tabla 2)

El análisis individual de los antecedentes de cesareas, de acuerdo a su inserción placentaria se resume en la tabla (Tabla 3).

En la (Gráfica 2) podemos observar como hay una aumento marcado y líneal en las pacientes que tuvieron placenta previa de inserción anterior y central, existiendo una diferencia poco significativa, en comparación con las que tuvieron una inserción posterior.

DISCUSIÓN:

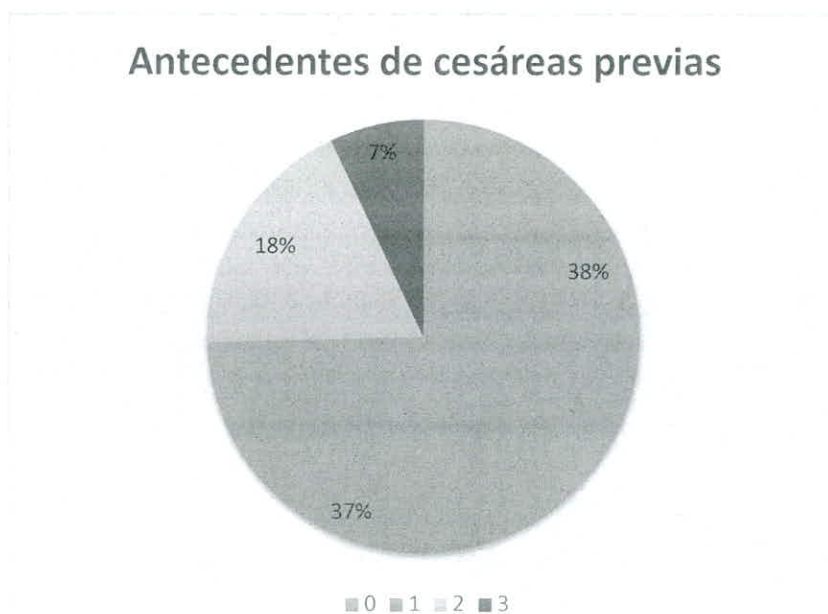
El EPA se asocia con un importante aumento de la morbilidad y mortalidad materna, por lo que el diagnóstico prenatal preciso es esencial para lograr minimizar estos riesgos, ya que permite la atención multidisciplinaria y una mejor planificación quirurgica, reduciendo así, la mortalidad materna. (6)

La ecografía es la principal herramienta de detección para la placenta previa y el acretismo placentario, ya que es de costo reducido y de amplia disponibilidad.

En este estudio se encontró un aumento exponencial en el riesgo de presentar acretismo placentario conforme aumentaba el número de cesáreas previas, en las pacientes que tuvieron placenta previa con una inserción anterior, central y

posterior, sin embargo el riesgo fue mucho mayor en aquellas que tuvieron inserción central y anterior, en comparación con las que tuvieron inserción de placenta previa posterior. Teniendo un riesgo de hasta el 75-80% en aquellas pacientes con inserción anterior y central con 2 cesareas previas, en comparación con un 36% de inserción posterior, con lo que podemos deducir que el presentar una placenta previa de inserción anterior o central, más cesareas previas nos incrementa el riesgo de presentar acretismo placentario.

TABLAS Y GRÁFICOS:



Grafica 1. Porcentaje de antecedentes de cesáreas previas en todas las pacientes que ingresaron al instituto.

| TOTAL DE PACIENTES | SITIO DE INSERCIÓN | PORCENTAJE |
|--------------------|--------------------|----------------------|
| 116 | Anterior | 40% (IC 0.34-0.45) |
| 97 | Central | 33.4% (IC 0.27-0.38) |
| 77 | Posterior | 26.5% (IC 0.20-0.31) |

Tabla 1. Pacientes con placenta previa de acuerdo al sitio de inserción.

| NINGUNA | 9.8% (IC 0.96-0.99) |
|----------------|----------------------------|
| 1 | 43% (IC 0.37-0.48) |
| 2 | 60.9% (IC 0.54-0.6) |
| 3 | 75% (IC 0.70-0.79) |

Tabla 2. Incidencia de acretismo de acuerdo con el número de cesáreas previas y la presencia de placenta previa.

| ANTECEDENTES DE CESÁREAS | INSERCIÓN ANTERIOR | INSERCIÓN CENTRAL | INSERCIÓN POSTERIOR |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|
| NINGUNA | 9% (IC 0.88-0.91) | 13.6% (IC 0.11-0.14) | 5.5% (IC 0.53-0.56) |
| 1 CESÁREA | 51% (IC 0.49-0.52) | 50% (IC 0.48-0.51) | 16% (IC 0.14-0.17) |
| 2 CESÁREA | 75% (IC 0.72-0.77) | 81% (IC 0.78-0.83) | 36% (IC 0.33-0.38) |
| 3 CESÁREA | 81% (IC 0.77-0.84) | 80% (IC 0.76-0.83) | 33.3% (IC 0.29-0.36) |

Tabla 3. Incidencia de acretismo de acuerdo con el número de cesáreas previas y la presencia de placenta previa dependiendo su sitio de inserción.

INCIDENCIA DE ACRETISMO DE ACUERDO AL SITIO DE INSERCIÓN EN PLACENTA PREVIA

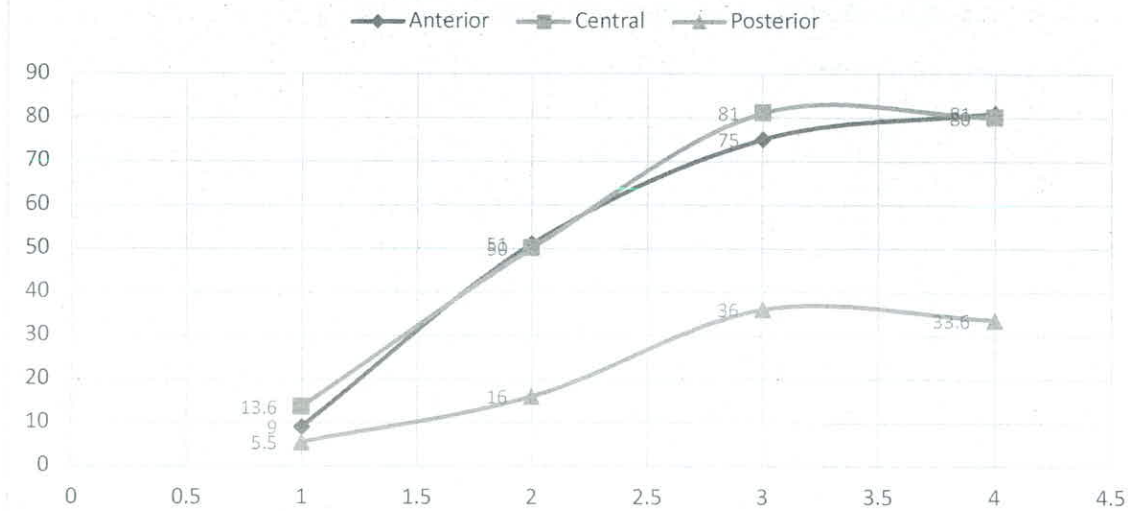


Gráfico 2. Incidencia de acretismo de acuerdo con el número de cesáreas previas y la presencia de placenta previa dependiendo su sitio de inserción.

CONCLUSIÓN:

Los hallazgos de este estudio demuestran que el tener un antecedente de cesárea y una placenta previa incrementa exponencialmente el riesgo de presentar acretismo placentario, así mismo se demostró que tener una placenta previa de inserción anterior o central representa un mayor riesgo de presentar acretismo, en comparación a las que presentan una inserción posterior, que es menor. Por lo cual el sitio de inserción placentario, más el antecedente de cesáreas previas funge como pronóstico, de tal forma que se considera generar razones de verosimilitud para pruebas diagnósticas de acretismo placentario, por lo que debería de establecerse como herramienta diagnóstica para la prevención de esta complicación.

REFERENCIAS:

- 1.- Kerr JM. The technique of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. Am J Obstet Gynecol 1926; 12:729–734..
- 2.- David Peleg, Yechiel Z. Burke, Ido Solt MD and Menachem Fisher MD. (2018). The History of the Low Transverse Cesarean Section: The Pivotal Role of Munro Kerr.
- 3.- Andrew D. Hull, Thomas R. Moore, Multiple Repeat Cesareans and the Threat of Placenta Accreta: Incidence, Diagnosis, Management. (2011) Clin Perinatology, 285–296
- 4.- Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, with the assistance of Michael A. Belfort, Placenta accreta,(2010), American Journal of Obstetrics and Gynecology,
- 5.- Eric Jauniaux; Davor Jurkovic; Ahmed M. Hussein; Graham J. Burton, New insights into the etiopathology of placenta accreta spectrum, (2022), American Journal of Obstetrics and Gynecology,
- 6.- Cahill, A. G., Beigi, R., Heine, R. P., Silver, R. M., & Wax, J. R. (2018). Placenta Accreta Spectrum. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 219(6), B2–B16.