

REPORTE DE CASO

Placenta acreta en mioma intramural uterino en una paciente primigestante: reporte de caso y revisión de la literatura

[Placenta accreta in uterine intramural myoma in a primigestating patient: case report and review of the literature]

Jaime Andrés Machado Bernal¹ , Arturo Alberto Montaña Mendoza²

1) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, Barranquilla, Atlántico, Colombia; 2) Universidad Libre, Barranquilla, Atlántico, Colombia.

Resumen

La placenta acreta se define como una invasión trofoblástica anormal de una parte o de toda la placenta a nivel de las paredes miometriales del útero. La incidencia de acretismo placentario viene cada vez más y más en aumento. El factor de riesgo más común es la presencia de cesárea y la posibilidad de cursar con acretismo placentario aumenta entre más cesáreas tenga la paciente. Hay pocos datos acerca de acretismo placentario localizado en mioma uterino, sobre todo en el contexto de una paciente primigestante.

Se presenta el caso de una primigestante tardía, quien cursó con embarazo de alto riesgo dado por acretismo placentario localizado en mioma intramural; asimismo, hacemos una revisión de la literatura acerca del diagnóstico oportuno y pronóstico de esta condición.

ABSTRACT

Placenta accreta is defined as an abnormal trophoblastic invasion of part or all of the placenta at the level of the myometrial walls of the uterus. The incidence of placental accreta is increasingly on the rise. The most common risk factor is the presence of cesarean section and the likelihood of placental accreta increases the more cesarean sections the patient

has. There is little data on placental accreta located in uterine myoma, especially in the context of a primigestational patient. We present the case of a late primigestation, who had a high-risk pregnancy due to placental accreta located in an intramural myoma; we also review the literature on the timely diagnosis and prognosis of this condition.

Autor correspondiente

Jaime Andrés Machado Bernal
janama1996@gmail.com

Palabras claves

placenta acreta, resonancia magnética, mioma, diagnóstico prenatal.

Key words

placenta accreta, magnetic resonance imaging, myoma, prenatal diagnosis.

Fecha de Recibido

04 de enero de 2023

Fecha de Aceptación

20 de febrero de 2023

Fecha de Publicado

30 de abril de 2023

Aspectos bioéticos

Los autores declaran que se obtuvo consentimiento informado de los participantes.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo financiamiento externo para la realización de este trabajo.

Uso de datos

Los datos crudos anonimizados serán provistos a solicitud por el autor correspondiente.

Reproducción

Artículo de acceso gratuito para uso académico personal e individual. Prohibida reproducción para otros usos o derivados.

INTRODUCCIÓN

La placenta acreta se define como una invasión trofoblástica anormal de una parte o de toda la placenta a nivel de las paredes miometriales del útero [1], este concepto no ha cambiado a lo largo de los años. De acuerdo a la profundidad se divide en: acreta si existe compromiso de la capa superficial, increta si invade el miometrio y percreta si invade la serosa pudiendo afectar los tejidos adyacentes [2].

La incidencia de acretismo placentario viene cada vez más y más en aumento. El factor de riesgo más común es la presencia de cesárea y la posibilidad de cursar con acretismo placentario aumenta entre más cesáreas anteriores tenga la paciente [3].

Hay varias investigaciones que soportan dichos datos, tal como lo plantea Marshall en su revisión sistemática [4], en donde se evidencia que la tasa de espectro de placenta acreta aumentó del 0,3% en mujeres con un parto por cesárea al 6,74 % para mujeres con cinco o más partos por cesárea.

El diagnóstico prenatal es fundamental porque permite una mejor planificación quirúrgica y mejora las tasas de morbilidad de las pacientes con un diagnóstico oportuno [5,6]. La primera modalidad diagnóstica que debe considerarse en una paciente con sospecha de acretismo placentario es la ecografía obstétrica, específicamente el doppler fetoplacentario [7], en donde usualmente los hallazgos encontrados son: placenta previa (con una asociación de aproximadamente 80%), múltiples lagunas vasculares dentro de la placenta, pérdida de la zona hipoeoica normal entre la placenta y el miometrio, disminución del grosor del miometrio retroplacentario (menos de 1 mm), y anomalías de la interfase de la serosa uterina-vejiga.

Otros hallazgos Doppler del espectro de placenta accreta incluyen aumento de la vascularización subplacentaria, brechas en el flujo sanguíneo miometrial y vasos que unen la placenta con el margen uterino [8].

Por otra parte, también puede usarse la resonancia magnética nuclear como método diagnóstico en el contexto de acretismo placentario. Ha demostrado similar sensibilidad y especificidad que la ecografía [9]. Su uso se indica solamente en aquellos casos donde la ecografía no sea concluyente o se sospeche de acretismo placentario en placenta posterior.

A pesar de que se han propuesto tratamientos conservadores, el definitivo de acuerdo al último consenso propuesto por ACOG es la histerectomía con placenta in situ [10] dado a que se trata de una entidad en la cual se ve comprometida la morbilidad materna si no se extrae la placenta.

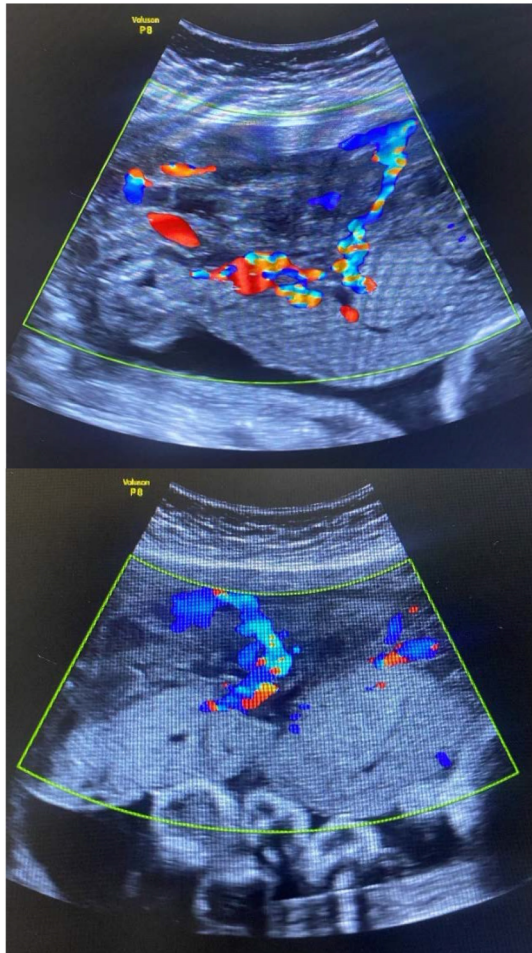
Se trata de una patología que viene en aumento, sin embargo, es poco frecuente encontrar un acretismo placentario localizado en un mioma en el contexto de una paciente primigestante. Por otra parte, no se identificaron reportes en la literatura nacional de estos casos; por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo describir un caso de acretismo placentario localizado en mioma en una paciente primigestante, así como hacer una revisión de la literatura con el objetivo de describir cómo se ha realizado el diagnóstico y cuál es el pronóstico de las pacientes diagnosticadas con esta enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente nulípara de 40 años, grupo sanguíneo A Rh positivo, quien cursó con embarazo de alto riesgo obstétrico, sin antecedentes de importancia, con 29,1 semanas al momento del diagnóstico de acretismo placentario localizado en mioma intramural; asiste a su control prenatal con el servicio de medicina materno-fetal dado a que se encontraba en seguimiento por feto pequeño para la edad gestacional a quien se le realiza ecografía doppler fetoplacentario en donde se evidencia hipervascularización de la placenta adyacente al mioma (Figura 1).

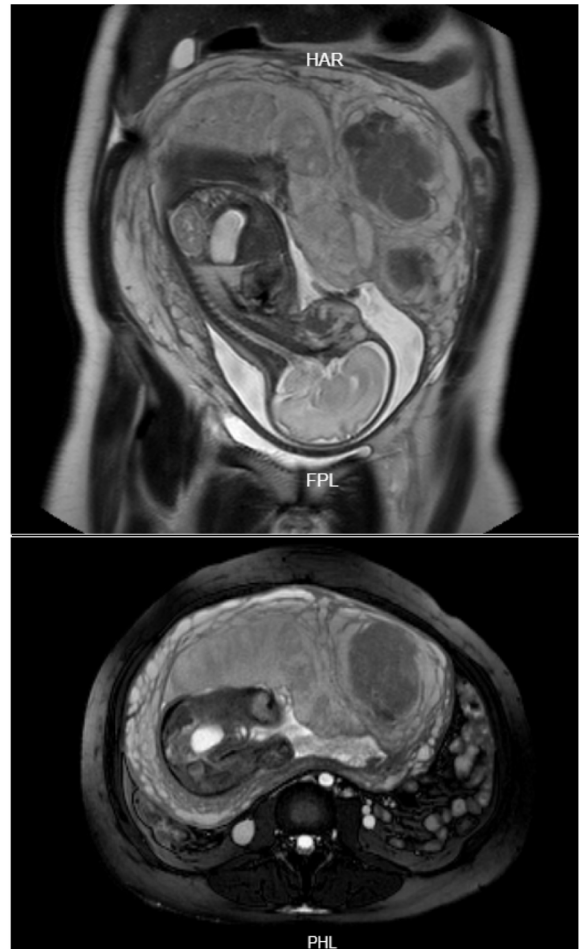
Sin embargo, las imágenes ecográficas no son muy concluyentes por lo cual se solicita resonancia magnética nu-

Figura 1. Hallazgos en doppler fetoplacentario, imágenes.



Ecografía con doppler color, corte sagital, en donde se evidencia hipervascularización de la placenta adyacente al mioma. **Fuente:** Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, Barranquilla

Figura 2. Hallazgos en resonancia magnética, imágenes.



Corte coronal y axial de resonancia magnética nuclear en donde se evidencia acretismo placentaria localizado en mioma uterino. **Fuente:** Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, Barranquilla.

clear como imagen diagnóstica adicional, la cual confirma los hallazgos ecográficos (Figura 2). En la resonancia reportan placenta anterior con un grosor de 55 mm con pérdida de la línea miometrial en límites con formaciones miomatosas hacia cuadrante superior externo izquierdo los miomas de 31 x 40 mm y 89 x 60 mm hipointensos y con áreas de abultamiento a este nivel e importante adelgazamiento miometrial de predominio en cuadrante superior externo izquierdo compatible con acretismo más miomatosis uterina intramural Figo 3.

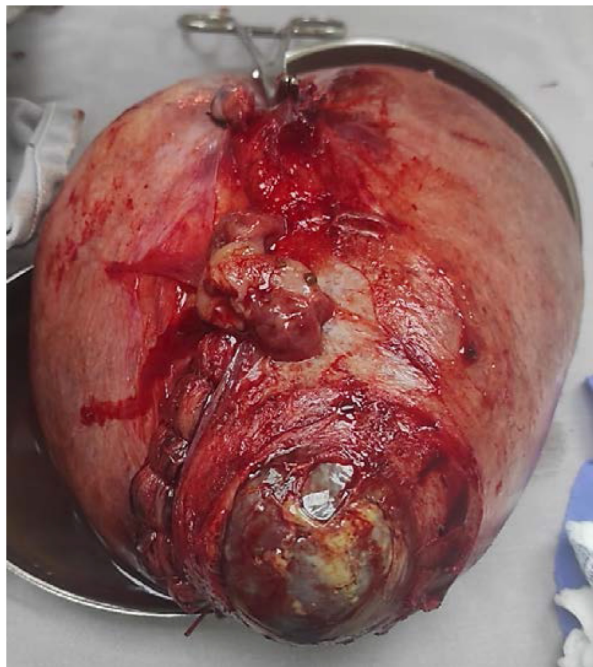
Posteriormente en semana 36 se realizó protocolo de cesárea-histerectomía con placenta in situ previa realización de esquema de maduración pulmonar fetal, se ob-

tuvo pieza macroscópica (Figura 3) la cual finalmente fue enviada a estudio histopatológico, el cual reportó: vellosidades placentarias en contacto con el miometrio, placenta acreta que compromete los dos tercios internos del miometrio.

DISCUSIÓN

En la mayoría de los casos la miomatosis uterina durante la gestación generalmente es asintomática, pero un porcentaje de las pacientes embarazadas desarrollan complicaciones durante la gestación [11]. Hasta el momento hay muy pocos reportes en donde se reporte acretismo placentario localizado en mioma uterino y basados en la re-

Figura 3. Pieza macroscópica post histerectomía.



Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, Barranquilla.

visión científica de la literatura, solamente se encontró un caso reportado [12] en donde, aparte del acretismo, se documentó la presencia de dos miomas subserosos.

Con respecto a la aproximación diagnóstica, la literatura nos dice que debemos hacer uso de la ecografía y solo en aquellos casos excepcionales solicitar resonancia magnética nuclear [9]. En el caso de nuestra paciente, la sospecha diagnóstica siempre estuvo desde el momento en que se le realizaron los estudios ecográficos de control prenatal a la paciente; dicha sospecha diagnóstica se confirmó tanto con la resonancia magnética como intraoperatoriamente y con reporte de patología.

De acuerdo a la serie de casos reportada por Parra-Anaya et. al. [13] la imagen diagnóstica más usada fue la ecografía obstétrica con énfasis en doppler fetoplacentario en donde en la mayoría de los casos se encontró pérdida de la interfase placenta-miometrio y con respecto a los hallazgos en resonancia magnética nuclear, se evidenció pérdida de la línea hipointensa entre miometrio y placenta; dichos datos son concordantes con nuestro reporte de caso y los hallazgos que en él se describen.

Por último, se debe aclarar de que si bien en la literatura hay descritas opciones de tratamiento conservador en el contexto de acretismo placentario; dicha opción no fue tomada en el caso de nuestra paciente debido al tamaño del mioma uterino y al riesgo aumentado de morbilidad que existe con esta entidad. Tal y como lo plantea el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) en su guía más reciente [14], se debe hacer una planeación quirúrgica para minimizar riesgos y complicaciones.

CONCLUSIONES

La información sobre la utilidad diagnóstica de la ecografía y la resonancia magnética nuclear en el contexto de acretismo placentario está completamente establecida y es fundamental para la planificación quirúrgica. El tratamiento definitivo es la histerectomía teniendo en cuenta la morbilidad de las pacientes con dicho diagnóstico. No hay estudios publicados hasta el momento acerca de la asociación de acretismo placentario localizado en mioma uterino. Se requieren más estudios que documenten de manera más detallada esta asociación, por lo tanto, con este reporte también se pretenden incentivar a la investigación y educación médica.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento es para la paciente, que nos permitió la divulgación de este caso clínico previo consentimiento informado, permitiendo la generación de nuevo conocimiento científico.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1045 – 9
- [2] Wortman AC, Alexander JM. Placenta Accreta, Increta, and Percreta. *Obstet Gynecol Clin North. Am.* 2013; 40:137-54.

- [3] Bowman ZS, Eller AG, Bardsley TR, Greene T, Varner MW, Silver RM. Risk factors for placenta accreta: a large prospective cohort. *Am J Perinatol* 2014; 31: 799 – 804
- [4] Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205: 262.e1 – 8
- [5] Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG* 2009; 116: 648 – 54.
- [6] Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP, Dodson M, et al. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 331 – 7.
- [7] Comstock CH, Bronsteen RA. The antenatal diagnosis of placenta accreta. *BJOG* 2014; 121: 2.
- [8] Berkley EM, Abuhamad AZ. Prenatal diagnosis of placenta accreta: is sonography all we need? *J Ultrasound Med* 2013; 32: 1345 – 50.
- [9] D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42: 509 – 17.
- [10] Obstetric care consensus no. 7: Placenta accreta spectrum: Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;132(6): e259–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000002983>
- [11] Milazzo G, Catalano A, Badia V, Mallozzi M, Caserta D. Myoma and myomectomy: poor evidence concern in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43:1789-804.
- [12] Pardo-Novak AJ, Adauto-Luizaga JV, DuranFlores DS, Cordova-Galarza L. Mioma submucoso y acretismo placentario: reporte de un caso. *Rev Méd-Cient "Luz Vida".* 2014;5(1):52-5.
- [13] Wilches-Llanos A, Palazuelos-Jiménez G, Trujillo-Calderón S, Romero-Enciso J. Diagnóstico prenatal de acretismo placentario: hallazgos y utilidad del ultrasonido y la resonancia magnética. Reporte de casos en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2014;65(4):346. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.39>
- [14] Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, Dorman S, Jurkovic D, Kayem G, Kingdom J, Silver R, Sentilhes L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. *BJOG* 2018