

ACRETISMO PLACENTARIO, LO QUE DEBEMOS RECORDAR

Autores: Soria, Andrea Isabel, Tomás, Silvia Belén, Tirado, Cecilia Inés, Abraham Bernardo, María Silvana, Castagnaro Rosini, Nelda María, Vera, Gabriel.

Lugar de trabajo: INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGIA NUESTRA SEÑORA DE LA MERCEDES - San Miguel de Tucumán.

Objetivos de aprendizaje: describir los hallazgos imagenológicos del acretismo placentario mediante ecografía y RM.

Revisión del tema: El acretismo placentario (AP) es un fenómeno infrecuente del embarazo caracterizado por la inserción anormal de parte o del total de la placenta, pudiendo tener ausencia parcial o total de la decidua basal por un defecto de la interfase endometriometrial secundario a un procedimiento quirúrgico. Se clasifica en placenta acreta con vellosidades que se fijan superficialmente en el miometrio pero no lo invaden (75%), increta las vellosidades penetran hasta el interior del miometrio (15%), placenta percreta donde las vellosidades llegan la serosa peritoneal o incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos (5%).

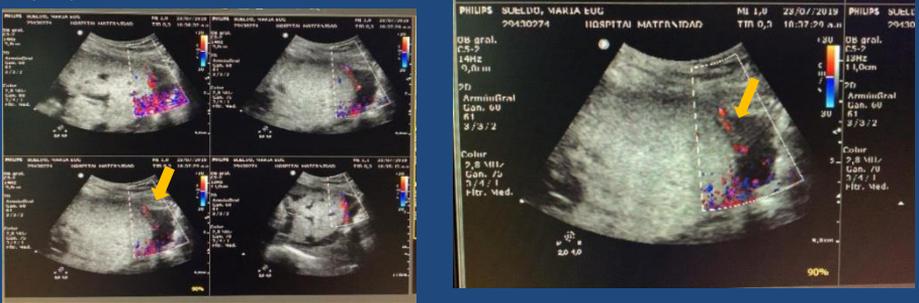


Fig. 1 y 2: Ecografía doppler color de un embarazo de del tercer trimestre, donde se identifica infiltrado de la pared vesical por el tejido placentario.

El principal factor de riesgo es la cesárea o cirugía uterina, asociado a una implantación placentaria baja. El AP es asintomático y habitualmente es un hallazgo durante el control ecográfico asociado a factor de riesgo. Las características ecográficas del AP incluyen: a) pérdida de la línea hipocóica retroplacentario en la interfase placentamiometrio, b) adelgazamiento (menos de 1 mm) o pérdida del contorno miometrial anterior c) lagunas intraplacentarias, d) adelgazamiento o interrupción, con aumento de vascularidad en la interfase hiperecogénica entre la pared uterina y la vejiga, e) extensión del tejido placentario hacia al pared vesical. El Power Doppler valora la angioarquitectura de la placenta. La resonancia magnética (RM) esta indicada cuando la ecografía es dudosa, y evaluar compromiso de los órganos vecinos. Se recomienda realizar este estudio entre las 24 y 30 semanas. Los hallazgos: - Las bandas intraplacentarias, áreas nodulares o lineales hipointensas en T2. El engrosamiento y deformidad del contorno uterino. – las heterogeneidades en la intensidad de la señal intraplacentaria.

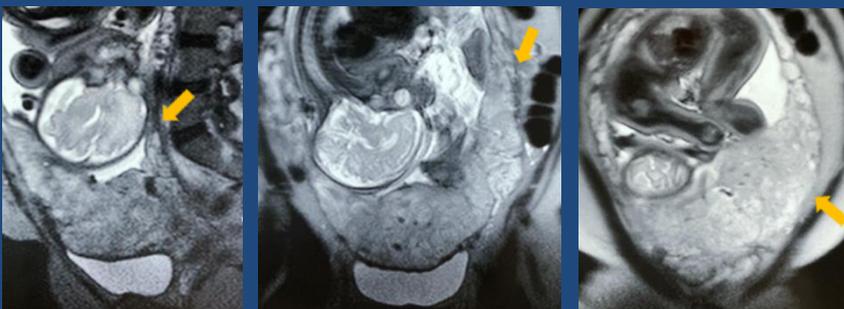


Fig. 3, 4 y 5 : RMN de embarazo del trimestre, donde logra con mejor valoración del infiltrado del tejido placentario a órganos vecinos.

Conclusión: El AP se asocia con morbilidad y mortalidad elevadas, donde el ultrasonido es la primera modalidad de imagen para evaluar una placenta con sospecha de acretismo, es económico y con altas sensibilidad y especificidad. La RM es esencial cuando la ecografía no es concluyente, en placentas posteriores o para la estadificación de la extensión. Ambos métodos imagenológicos se complementan y permiten adoptar la conducta terapéutica más adecuada en cada paciente.