CADI 2024
CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Nº: 966

PERCRETISMO PLACENTARIO EN EL CONTEXTO DE UNA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Autores: Leuful Piano, María Luz; Barceló, Gabriel Hernán; Delieutraz, Gisele.

Bahía Blanca, Buenos Aires.

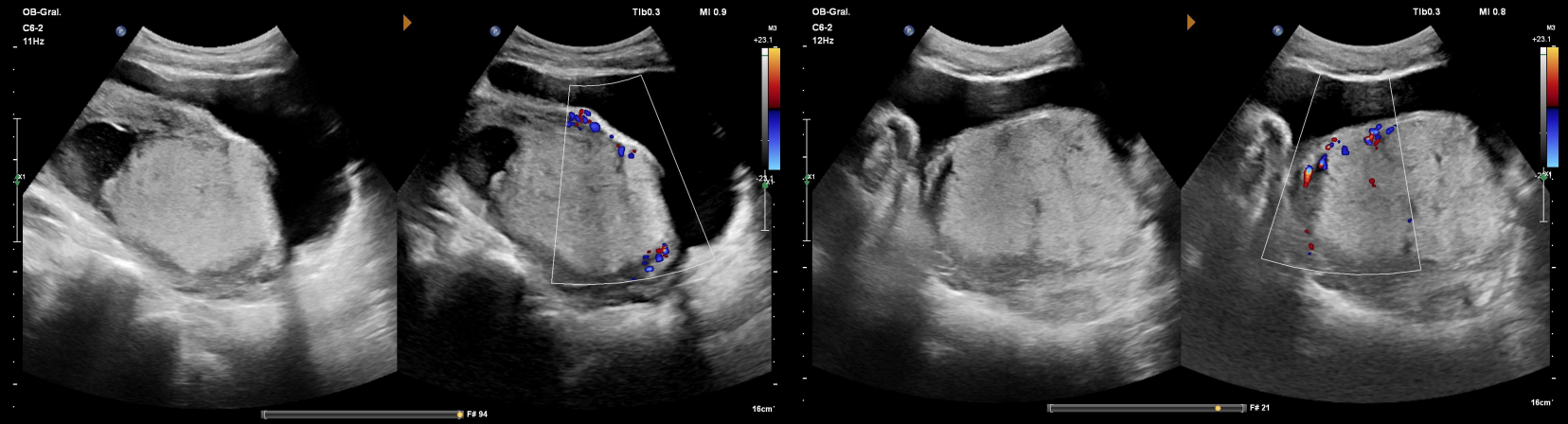
Email: mluzleuful@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL
DR. JOSÉ PENNA - BAHÍA BLANCA

PRESENTACIÓN DEL CASO

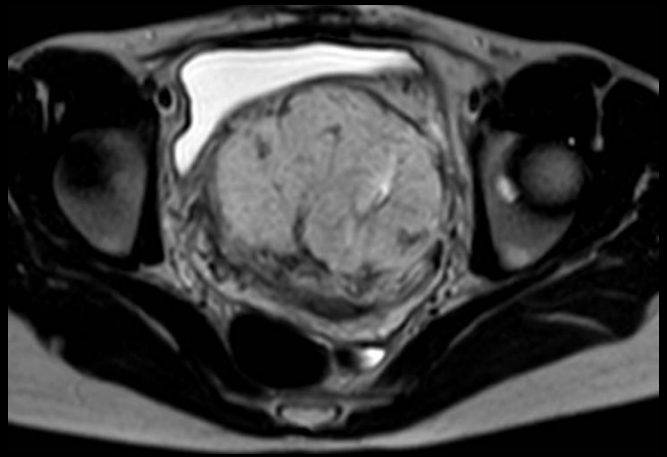
Paciente de 24 años, G2**C1**A0, que consulta para solicitar interrupción legal del embarazo. Se realiza ecografia obstetrica transabdominal para datar edad gestacional.

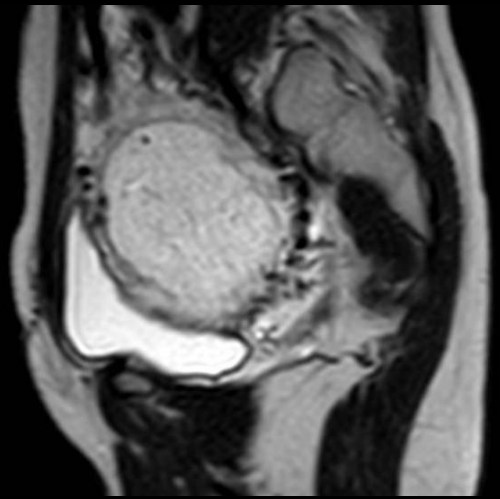


Feto único de 19,6 semanas con cantidad de líquido amniótico habitual y **placenta previa oclusiva total y anterior; heterogénea, que se extiende a miometrio y protruye a pared vesical, presentaba aumento de la vascularización con Doppler color.** Sin poder confirmar por este método su afectación, por lo que se sugiere completar evaluación con RM de placenta.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

RMN:Placenta previa oclusiva total con bandas hipointensas en T2, marcada heterogeneidad para la EG, con signos de abultamiento hacia pared vesical y adelgazamiento miometrial. No se aprecia tejido placentario atravesando francamente la serosa, no obstante, discurren vasos sanguíneos en íntimo contacto con la misma.





Anatomía patológica: vellosidades coriales que penetran en las capas del miometrio sin decidua interpuesta. Asociado a leucocitos PMN entre las fibras musculares lisas y áreas de necrosis coagulativa: **percretismo placentario.**

DISCUSIÓN

El espectro de acretismo placentario es la implantación anómala de vellosidades coriónicas de la placenta adhiriéndose al miometrio.Factores de riesgo: placenta previa y cirugías uterinas previas. Asociado a aumento significativo de la morbilidad materna.

Según la profundidad de la invasión: acreta, las vellosidades se adhieren al miometrio; increta, invaden profundamente el miometrio; percreta, penetran a través del miometrio y pueden invadir órganos adyacentes.

El **US** es el primer método utilizado para el diagnóstico. Sus características son: *Pérdida del plano hipoecoico en el miometrio debajo del lecho placentario. *Presencia de múltiples lagunas placentarias. *Pérdida de la línea hiperecoica que separa la pared vesical del útero. *Adelgazamiento del miometrio a <1mm. *Abultamiento de la placenta hacia los órganos adyacentes. *Doppler color aumentado en la interfaz entre la placenta y el miometrio. Alcanza S del 90% y E del 96% con VPP:68% y VPN:98%.

RM: en T2, la placenta es hiperintensa y puede ser heterogénea. Evalúa el adelgazamiento focal del miometrio y la interrupción de la zona de unión.

Ambos métodos permiten reducir el riesgo de complicaciones maternas, facilitando la planificación del tratamiento para manejar la condición de forma segura y efectiva.

Según el grado de acretismo el tratamiento puede ser conservador con preservación del útero o no conservador mediante histerectomía con posible resección de órganos adyacentes si hay percretismo.

CONCLUSIÓN

La paciente presentaba antecedentes de cesárea y placenta previa oclusiva y anterior, como factores de riesgo. Los hallazgos ecográficos fueron S y E para el diagnóstico. La detección oportuna permitió programar el ILE sin complicaciones: histerectomía exitosa.

BIBLIOGRAFÍA

- Anomalías placentarias: placenta previa, placenta accreta y vasa previa. Clínic Barcelona.
- SERAM. Valoración mediante RM del acretismo placentario.
- SERAM 2014 / S-0873. Acretismos placentarios en RM. Descripción de la semiología radiológica, indicaciones y protocolos de actuación.