

## Acretismo Placentario - Revisión bibliográfica. Placenta Accreta- Bibliographical review.

Erik Garita Méndez<sup>1</sup>Luis Carlos Angulo Moya<sup>2</sup>Jose Pablo Salas Morgan<sup>3</sup>

1, 2 y 3 Médico general. Trabajador independiente, Costa Rica.

Contacto: erik.garita@gmail.com

### RESUMEN

En los últimos años, la patología de acretismo placentario ha adquirido gran importancia clínica, producto de su relación paralela con las cesáreas electivas. El término de acretismo placentario engloba una serie de patologías, dentro de las que se encuentran: i) la placenta acreta que se define como una invasión parcial por parte de las bilis placentarias hacia el miometrio, ii) el incretismo, que es la invasión total del miometrio sin penetración de la serosa y iii) el percretismo, que es la invasión total del miometrio más allá de la serosa uterina con posible invasión a estructuras adyacentes. El daño causado por un procedimiento intrauterino, sea este obstétrico o ginecológico, es el principal factor de riesgo para una placentación anormal. A su vez, la principal causa de esta placentación anormal es un defecto en la decidualización del área de cicatrización uterina. La decidualización provoca contacto directo de la bilis placentaria con el miometrio, generando su invasión. Clínicamente la paciente podría presentar un sangrado transvaginal durante el embarazo y el diagnóstico se podría realizar únicamente mediante un ultrasonido o resonancia magnética, sin embargo, el diagnóstico definitivo requiere de estudios histopatológicos para conocer con exactitud el nivel de invasión corial. En esta patología, el diagnóstico temprano es fundamental para la preparación del parto y el adecuado manejo de la persona gestante, con el fin de obtener los mejores resultados para la madre y el feto.

**Palabras Clave:** acreta, placenta, cesárea, histerectomía, post parto.

### ABSTRACT

In recent years, the pathology of placenta accrete has acquired significant clinical relevance due to its relationship with elective cesarean sections. Placenta accreta spectrum encompasses the following pathologies: i) acretism, a partial invasion of the placental villi into the myometrium, ii) incretism, total invasion of the villi into the myometrium without invading the uterine serosa, and iii) percretism, a total invasion of the villi including the serosa and, in some cases, adjacent structures. The damage caused by an intrauterine procedure, whether it is obstetric or gynecological, is the main risk factor for abnormal placentation. The main cause of abnormal placentation is a defect in the decidualization of a specific uterine segment containing a scar, this causes direct contact of the placental villi with the myometrium, in turn generating the

#### Cómo citar:

Garita Mendez, E., Salas Morgan, J. P. ., & Angulo Moya, L. C. . Acretismo Placentario: Revisión bibliográfica. Revista Ciencia Y Salud, 6(2), Pág. 39-48. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.390>

**Recibido:** 03/Nov/2021

**Aceptado:** 21/Feb/2022

**Publicado:** 08/Abr/2022



invasion. Clinically the patient will suffer from transvaginal bleeding during pregnancy and diagnosis can be achieved only through ultrasound or magnetic resonance, however, a definitive diagnosis requires histopathologic studies to determine the depth of corial invasion. In this pathology, early diagnosis is essential to prepare for labor, ensure the correct management of the patient and achieve the best outcome for the mother and fetus.

**Keywords: accreta, placenta, cesarean section, hysterectomy, post-partum.**

## INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario es una patología que ha adquirido gran importancia clínica en los últimos años, por lo cual, se ha publicado una diversidad de artículos en los cuales se analiza su fisiopatología, riesgos, manejos y tratamientos. El acretismo placentario engloba una serie de patologías, que se describen conforme al nivel de invasión placentaria al tejido uterino. Dentro de este término general se engloban las patologías de acretismo, incretismo o percretismo, (1) que se desarrollarán en el presente artículo.

La incidencia del acretismo placentario ha presentado un aumento sostenido en los últimos años, paralelo a la realización de partos quirúrgicos, sean electivos o por otros factores materno-fetales (2). El estudio de esta patología resulta especialmente relevante para los ginecobstetras, debido al mayor riesgo post parto que presentan los pacientes con este padecimiento. La materialización de este riesgo puede implicar diversas complicaciones, dentro de las cuales se encuentra una hemorragia incontrolable que requiera una histerectomía al momento post parto (3). De igual forma, resulta relevante su estudio detallado, ya que, actualmente el acretismo placentario cuenta con una morbilidad base de aproximadamente un siete por ciento (7%) (3).

Las estimaciones sobre la morbilidad del acretismo placentario han tenido un aumento exponencial con respecto al nivel de invasión placentaria (4). La patología más común es la denominada placenta accreta, con un nivel de aparición del 63%, la cual se describe como una invasión parcial y no total del miometrio por parte de la placenta. Luego se encuentra la placenta increta, que cuenta con un nivel de aparición del 15%; en esta se da una invasión total del miometrio, pero sin penetrar la serosa uterina. El 22% restante, conocido como percretismo, se encuentra representado por la invasión total del miometrio con penetración de serosa y con probable invasión de estructuras adyacentes al útero (5).

Existen múltiples factores de riesgo para que una mujer embarazada desarrolle una invasión placentaria más allá de las capas endometriales para el desarrollo fetal. Los principales factores de riesgo son: el parto por cesárea previa, el curetaje uterino, la cirugía uterina por otras indicaciones (por ejemplo, miomectomía), la ablación endometrial, o la irradiación pélvica (4). Otros factores de riesgo que se han identificado son la multiparidad, la edad materna avanzada, el tabaquismo, el uso de cocaína, el embarazo múltiple o haberse sometido a procedimientos de reproducción asistida (6).

El objetivo de este artículo es revisar, recopilar y analizar el diagnóstico y tratamiento recomendado para la patología de acretismo placentario, así como sus principales factores de riesgo y manifestaciones clínicas. Lo anterior con el fin de identificar cuál es el mejor manejo de esta patología, procurando el diagnóstico temprano de las pacientes embarazadas y con ello, proveer de una herramienta actualizada a los profesionales de salud para el manejo preparto, durante el parto y postparto del acretismo placentario.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Con el objetivo de aportar una herramienta a la comunidad médica sobre una patología con creciente prevalencia en la actualidad, se preparó la siguiente investigación como una síntesis actualizada sobre el manejo, diagnóstico y tratamiento del acretismo placentario. Para ello, se extrajo información derivada de 20 artículos médicos en los idiomas inglés y español, que se utilizaron como referencias bibliográficas. Los artículos consultados trataban sobre el acretismo placentario, su manejo clínico, quirúrgico, epidemiología, fisiopatología y su etiología. Dichos artículos son de reciente data y ninguno supera los cinco años de antigüedad. Para la presente investigación, se utilizaron palabras clave como acreta, placenta, cesárea, histerectomía y post parto. Las referencias bibliográficas fueron obtenidas de bases de datos como: Uptodate, Dynamed, Access Medicine, Science Direct y Clinical Key. Esta información extraída de los artículos médicos fue utilizada de manera referencial para preparar una síntesis de los estudios más recientes sobre esta patología..

## Epidemiología

En un metaanálisis realizado el año 2019 que incluía 7001 casos de entre 5.8 billones de nacimientos, la prevalencia del acretismo placentario era de 0.17%, con rangos de 0.01 a 1.1% (7). Los tipos y frecuencias de placentación anormal fueron: la placenta acreta con un nivel de aparición del 75%, la placenta increta con un nivel de aparición del 18% y la placenta percreta con un nivel de aparición del 7% (8). La incidencia de los síndromes de acretismo placentario fue de 1 en cada 533 entre los años 1982 al 2002; sin embargo, en la década de los años setenta se reportaron 1 por cada 2000 embarazos (8). Tomando en cuenta estos datos, se puede determinar que la patología de placenta acreta ha aumentado 10 veces en los últimos 20 años, convirtiéndose en uno de los problemas más serios de la obstetricia moderna (8,9,10). Ese aumento se puede relacionar actualmente con la tasa elevada de cesáreas (8,9).

Mediante estudios clínicos se ha reportado que el aumento en la incidencia de los síndromes de acretismo placentario se debe al uso indiscriminado que se le ha dado a la cesárea como método de parto (8,11). Como consecuencia del aumento en la incidencia de esta patología, se ha presentado también un aumento de la morbilidad materna y perinatal (8,11). La presencia de placenta previa en la gestación actual se asocia con un mayor riesgo de acretismo placentario (11). La frecuencia de placenta acreta en gestantes con placenta previa fue un 11.1% si la cesárea fue clásica y 13.6% si fue transversal de segmento bajo (11). Por lo cual, se ha demostrado que los mayores factores riesgo para acretismo placentario son placenta y cesárea previas (9).

El espectro de acretismo placentario actualmente es la causa más común de histerectomía asociada a cesárea y la histerectomía periparto (10). Además, es una gran y muy inusual contribución a la mortalidad materna en Estados Unidos (10). En el caso de histerectomía, hay un mayor riesgo de hemorragia masiva, comparado cuando la indicación es la atonía uterina (12). De igual manera, el daño vesical y uretral es más frecuente (12). La histerectomía post cesárea, indicada por placenta acreta, representa un riesgo de 1-6% de morbilidad y mortalidad (12).

## Patogénesis:

Actualmente no se conoce con certeza la fisiopatología de la enfermedad, sin embargo, se han desarrollado diferentes teorías que son aceptadas por la comunidad internacional (5). La teoría más aceptada describe una decidualización defectiva, sea delgadez, malformación parcial, ausente o disfuncional en un área de cicatrización uterina generada por una cirugía uterina previa; la cual a su vez causa una interacción directa de la bilis placentaria con el miometrio, provocando su penetración (5,3). La evidencia respalda con fuerza esta teoría porque se ha visto que en aproximadamente un 80% las pacientes con historia de cesárea, curetaje o miomectomía se desarrolla algún grado de acretismo placentario (5).

En un número reducido de casos de mujeres primigrávidas, sin historia de cirugía uterina previa, se ha presentado con algún grado de acretismo, estos casos se han atribuido a patologías uterinas, sean congénitas

(útero bicorne) o adquiridas (adenomiosis, quistes submucosos) (13). Estos defectos interfieren con la función endometrial normal y podrían causar una penetración anormal de la placenta hacia el miometrio (5,3).

Existen mecanismos, aún no conocidos en su totalidad, que regulan la extensión de la invasión placentaria (5). Los estudios clínicos demuestran que, entre mayor sea la edad gestacional mayor el nivel de penetración, pero, se han evidenciado casos en los que se verifica un percretismo placentario tempranamente a la semana 16, por lo que se concluye que el grado de invasión placentaria no depende de la edad gestacional (5).

### **Clasificación:**

La clasificación de los distintos síndromes de acretismo se realiza de acuerdo con la profundidad de la invasión del trofoblasto (8). En este sentido, el acretismo se presenta en tres formas: placenta acreta, cuando las vellosidades están adheridas parcialmente al miometrio, placenta increta donde las vellosidades penetran en totalidad al miometrio y placenta percreta cuando las vellosidades penetran hasta la serosa o más allá (8). Estos tres tipos de acretismo se pueden presentar como un acretismo total, si todos los cotiledones presentan anomalía de la adherencia o acretismo focal si solo uno o algunos de los cotiledones lo presentan (8). Como se indicó anteriormente, la variante más frecuente del acretismo placentario es la placenta acreta, luego la placenta increta y por último la placenta percreta (5,8).

### **Factores de riesgo:**

En la actualidad se conoce la existencia de múltiples factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario, como lo son: antecedente de placenta previa, antecedente de cesárea, la multiparidad, la edad materna avanzada, el legrado uterino, la ablación endometrial, antecedentes de procedimientos como histeroscopia quirúrgica y la embolización de la arteria uterina (8). Esta patología también se atribuye a zonas anormales o deficientes de decidua, lo que permite que las vellosidades coriónicas se adhieran al miometrio (3).

Un factor que aumenta la probabilidad de manera directa es la cirugía uterina previa, esto porque, se ha evidenciado que existe mayor incidencia de acretismo placentario en pacientes con cesárea de emergencia comparado con pacientes con cesárea electiva que además de eso cuentan con antecedentes de alguna otra cirugía uterina, como miomectomía o curetaje (8). El aumento de casos de acretismo placentario se relaciona con el aumento de procedimientos quirúrgicos, siendo la cesárea el principal de ellos (14). Como se ha mencionado, gran parte de los factores indicados involucran cierto grado de trauma uterino o cicatrices (3). Algunos biomarcadores como niveles elevados de alfafetoproteína, proteína A placentaria asociada al embarazo, pro-peptido natriurético cerebral se han visto asociados con el espectro de placenta acreta, sin embargo, ninguno ha sido útil para predicción clínica (8).

Manifestaciones clínicas y diagnóstico:

La manifestación clínica más frecuente es una presentación muy similar en primer (I) y segundo (II) trimestre de embarazo a la placenta previa, presentándose como un sangrado transvaginal (8). De otra manera esta patología se detectará en el momento del parto donde se refleja como una placenta anormalmente adherida (8).

Este diagnóstico se puede realizar solamente utilizando el ultrasonido y resonancia magnética, sin embargo, en el diagnóstico definitivo, la histopatología brinda resultados concretos al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el miometrio (8,14). Es posible realizar el diagnóstico desde la semana 18 en pacientes de riesgo o antes de esta semana en pacientes que tienen alta sospecha con cicatriz uterina y una placenta sobre la cicatriz, sin embargo, el diagnóstico más certero se hace cerca de la semana 32 (8,14).

En cuanto a la utilidad del ultrasonido, es posible utilizar tanto el ultrasonido transabdominal como transvaginal (8). De igual forma, se puede utilizar el doppler color como predictor confiable de invasión placentaria en el miometrio (8). Al analizar un doppler color o un ultrasonido transabdominal, los datos que evidencian una placentación normal son la presencia de un borde hipoecoico entre la placenta y la vejiga (8). En

cuanto a los hallazgos de estas pruebas de imagen, el dato encontrado más frecuentemente que resulta sugestivo de acretismo placentario es la presencia de grandes lagunas vasculares con flujo turbulento (8). Estas generalmente se dan en el segundo trimestre del embarazo, en el primer trimestre es frecuente la implantación baja del saco gestacional sobre una cicatriz uterina junto con múltiples espacios vasculares de forma irregular (8).

En cuanto al uso de la resonancia magnética, se recomienda implementarla entre la semana 24-30 (14). Es de utilidad para el diagnóstico cuando el ultrasonido brinda información dudosa (14). Cuando el ultrasonido brinda el diagnóstico, se utiliza la resonancia magnética para planear la interrupción del embarazo por vía alta (14).

Otro método que brinda información adicional es la cistoscopia, se han dado hallazgos sugestivos de acretismo placentario como el abombamiento de la pared posterior de la vejiga y neovascularización (9). De igual forma, se ha utilizado como recurso adicional los análisis de laboratorio, en donde se presenten factores sugestivos de acretismo placentario como elevación anormal de las concentraciones séricas maternas de alfa feto proteína en el segundo trimestre del embarazo mayor a 2 o 2.5 múltiplos de la media, aunque esto no tiene correlación predictiva ni diagnóstica (5).

Es importante tener en cuenta que idealmente el diagnóstico debe ser temprano; esto porque permite dar una proyección del manejo durante el parto, darle preparación e información al paciente sobre distintos manejos terapéuticos y las complicaciones de cada uno, colaborando con la reducción de morbilidad y mortalidad materna (15).

## **Manejo:**

Las recomendaciones sobre el manejo de esta patología se encuentran basadas en casos de series, reportes, experiencias personales, opiniones de expertos y buen juicio clínico; en virtud de que actualmente no existen guías definitivas establecidas para este manejo (5). Las recomendaciones sobre el manejo de esta patología indican que, todas las pacientes en que se sospeche la existencia del espectro de acretismo placentario deben ser informadas sobre el diagnóstico, sus posibles complicaciones y secuelas tales como hemorragia, transfusiones sanguíneas, histerectomía post cesárea y admisión a la unidad de cuidados intensivos (5,8).

La distancia entre el borde placentario y el orificio cervical interno medida por ultrasonido transvaginal después de las 35 semanas de gestación es valioso en el planeamiento de la ruta adecuada de parto (8). Usualmente, el manejo que se le da al acretismo placentario es similar al de placenta previa, en el cual se hace una corrección de anemia ferropénica (si esta estuviera presente), se administran corticosteroides prenatales entre las semanas 23 a 34 de embarazo (5). De igual forma, en caso de existir un riesgo aumentado de que ocurra el parto en los siguientes siete días, como en sangrados transvaginales, se debe evitar examen pélvico, actividad rigurosa y la actividad sexual y adicionalmente, se debe considerar descanso para la madre y/u hospitalización si se presentara sintomatología (5). Muchos cirujanos han optado por la utilización de stents ureterales pre o perioperatorios, sobre todo en el caso de placenta percreta, porque muchas veces causa distorsión de la vasculatura pélvica inferior (2).

Al tener el diagnóstico de acretismo placentario, el profesional en la salud debe programar el parto en un tercer nivel de atención, con un equipo multidisciplinario que incluya cirujanos capacitados y reservas sanguíneas listas con pruebas cruzadas, porque en estos casos resulta común que se presente una hemorragia masiva (8). Cuando se den casos de un diagnóstico prenatal o en los cuales la paciente se encuentre hemodinámicamente inestable, está indicada la anestesia general con intubación endotraqueal (8,10). El manejo clásico, universalmente aceptado y considerado como método estándar para esta complicación es la histerectomía (8,11). Adicionalmente, el abordaje quirúrgico preferido por la mayoría de los estudios, al mostrar mejores resultados, es la histerectomía planeada por cesárea (10). Esta se practica antes del

comienzo de la labor de parto o el sangrado por medio de una incisión abdominal de línea media o una incisión de Cherney (10).

En unas pruebas aleatorizadas realizadas a mujeres con hemorragia postparto (9% de estas tenía placenta previa o acreta), la administración de ácido tranexámico se asoció con menor muerte por sangrado, comparado al placebo (10).

La recomendación habitual para la realización del parto es a las 36 semanas de embarazo, cuando la paciente estuviera asintomática y estable, pero, los estudios demuestran que siempre se debe estar preparado para una eventualidad (5,8). Otra posibilidad a considerar es la cesárea en las semanas 34-35 del embarazo con maduración pulmonar, sobre todo en los casos de existir placenta previa concomitante o sintomatología (5,8,10). Al realizar la cesárea, el cirujano debe procurar abrir el útero lejos de la placenta y extraer el producto con una manipulación mínima de la primera, porque esto puede contribuir a sangrados, con una pérdida sanguínea promedio aproximada de 3 a 5 litros, lo cual ha resultado en que 90% de las pacientes afectadas con este padecimiento requiera hemoderivados (8). De igual forma, es recomendado hacer profilaxis de eventos trombóticos con dispositivos de compresión neumática, porque hay un incremento en el riesgo de trombosis post parto (5).

En caso de no existir una cesárea previa o existir factores de riesgo asociados, se recomienda interrumpir el embarazo en el segundo trimestre y realizar un manejo conservador (5, 8, 9,10). Si en estos casos la paciente desea mantener la fertilidad se le deben indicar las posibles complicaciones, tales como hemorragia, infección, histerectomía e inclusive la muerte (5,8,9,10). Siempre es relevante informar de los posibles efectos adversos a las pacientes sin factores de riesgo que deseen un manejo conservador para conservar la fertilidad (10).

Se puede optar por un manejo conservador en caso de deseo de mantener la fertilidad, al dejar la placenta in situ luego del parto, realizando embolización de la arteria uterina por medio de la oclusión de la arteria ilíaca común y de la aorta infrarrenal, además de administrar metrotexato en dosis bajas al 0,11% y con un curetaje guiado por ultrasonido, por lo cual, la placenta llegará a perder su flujo sanguíneo y se reabsorberá completamente (8,9,10). La mayor desventaja de un manejo conservador, es que, puede tardar hasta 20 semanas para que se reabsorba completamente el tejido placentario por necrosis progresiva, provocando en este período un mayor riesgo de hemorragia secundaria, sepsis y la necesidad potencial de realizar una histerectomía de emergencia (16).

Se puede realizar una conservación uterina con resección placentaria en el caso de que existiera una placenta acreta focalizada (diagnosticada ante parto), en el cual la placenta esté adecuadamente delineada en un área focal del útero, con un área adherente menor al 50% de la superficie de la pared anterior del útero y un borde accesible de un miometrio saludable, realizando una escisión en bloque de la placenta y miometrio con reparación posterior (5). Otra manera en la que se puede extraer la placenta con conservación uterina es en el caso de que la placenta acreta estuviera en posición fúndica o posterior, porque el sangrado luego de remover la placenta es más sencillo de controlar médicamente con radiología intervencionista y cirugía conservadora (5). En el caso de realizar una cirugía conservadora, no se recomienda utilizar oxitocina, ya que puede provocar el desprendimiento de los fragmentos no adheridos de la placenta, provocando el sangrado (12).

Si se realiza un manejo conservador por diagnóstico no sospechado de acretismo placentario o placenta percreta irreseccable, se puede utilizar una gran variedad de terapias adyuvantes (10). Estas incluyen medicamentos uterotónicos, antibióticos profilácticos, embolización profiláctica de la arteria uterina y utilización de metotrexato (10). Al estar frente a un caso de una placenta percreta que involucre la vejiga urinaria, la realización de una cistostomía junto con la histerectomía es inevitable, lo que va a resultar en una cateterización prolongada (12).



También, se ha planteado realizar la histerectomía en un momento diferente a la cesárea (6 semanas después del parto); porque se ha visto que hay mejores resultados; aunque decidir si aplicar esta forma de manejo puede acarrear mayores riesgos, en virtud de que se estarían realizando dos procedimientos invasivos sobre la paciente (5).

El método más novedoso para el manejo conservador de acretismo placentario es el procedimiento de triple P, que consiste en el perioperatorio para ubicar por medio de un ultrasonido abdominal la localización placentaria con el fin de delinear el borde superior de la placenta, luego, se realiza una desvascularización pélvica al insuflar unos catéteres localizados en las arterias pélvicas para reducir la irrigación arterial a la cama placentaria y, por último, una escisión del tejido placentario adherido al miometrio sin separarlos, seguido por una reconstrucción del defecto en el miometrio (16). Esta técnica requiere de un radiólogo intervencionista que coloque balones oclusivos en la división anterior de la arteria ilíaca interna la placenta, previos a la escisión miometrial (16). La mayor ventaja de este procedimiento es que reduce significativamente la morbilidad en las pacientes (16).

El manejo postnatal de estas pacientes involucra cuantificación de la hormona gonadotropina coriónica humana luego de la cirugía y seis semanas post natal, además de un ultrasonido pélvico (16). Para las seis semanas la mayoría de las pacientes (>92%) han completado la reabsorción del tejido placentario restante in situ, además de la involución normal de la placenta (16). La utilización de un método conservador ha resultado en la recurrencia en futuros embarazos de un 22 a un 29% (5).

El manejo del espectro de acretismo placentario puede variar dependiendo de la paciente y sus deseos de fertilidad, el centro en el que se está realizando el parto y la experiencia clínica de los médicos tratantes (15). Siempre hay que considerar el contexto individualizado en el que se presente la paciente; si la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, el método preferido será la histerectomía postparto (10). Si se presenta el caso de un parto sin complicaciones, se puede recomendar el manejo conservador, siempre recordándole a la paciente, por motivos medicolegales, los posibles riesgos de cada tipo de intervención (5,8,9,10).

## **CONCLUSIÓN:**

Luego de la investigación realizada se puede establecer que, el correcto manejo de esta patología es sumamente importante para el cuidado prenatal de las mujeres con factores de riesgo. Este aspecto ha adquirido, con el paso de los años, mayor relevancia debido al incremento en el nivel de aparición del acretismo placentario. Contar con una historia clínica completa es fundamental para la sospecha clínica y para conocer los factores de riesgo con el fin de dirigir los exámenes de forma adecuada y así obtener un diagnóstico certero.

Actualmente, no existe una guía técnica definitiva que permita a los profesionales en la salud y especialmente a los ginecobstetras manejar esta patología de una única forma, sin embargo, se cuenta con una gran cantidad de estudios que facilitan el manejo y tratamiento de una forma orientada.

El diagnóstico temprano es ideal para obtener los mejores resultados para la madre y el feto. Con el mismo, se puede realizar una programación previa del parto, una interrupción del embarazo u otros métodos novedosos que permitan evitar un resultado adverso, y así, disminuir la mortalidad de esta patología. Con un diagnóstico temprano, el profesional podrá contar una mejor preparación para complicaciones, lo cual resulta fundamental para el manejo adecuado y más seguro de la enfermedad.

Cabe recalcar que, la comunicación con la paciente resulta vital en el manejo de esta patología, porque, una mujer con maternidad satisfecha podría encontrarse anuente a realizarse una interrupción del embarazo con una histerectomía y así evitar futuras recurrencias o complicaciones que podrían implicar llevar el embarazo a término. Por el otro lado, esa comunicación resulta importante cuando una mujer que sí desea llevar el embarazo a término y además busca tener más embarazos futuros. Al presentarse un caso como este, se

debe indicar de forma clara a la paciente las posibles complicaciones y además se puede ofrecer diversos tratamientos más conservadores para mantener su fertilidad.

Con la presente investigación, se evidencia que el estudio, análisis y conocimiento de esta patología es imprescindible para el personal de salud, con el fin de evitar complicaciones materno-fetales, porque se debe tener presente que un diagnóstico temprano, una adecuada clasificación y la selección del manejo más adecuado tendrán una repercusión directa y significativa en la morbilidad y mortalidad de la paciente y el feto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR. Placenta Accreta Spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2018;132:259-75. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.042>.
2. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA. Clasificación FIGO para el diagnóstico clínico de los trastornos del espectro del acretismo placentario. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2019. doi:<https://doi.org/10.1002/ijgo.12761>.
3. Carusi DA. The Placenta Accreta Spectrum: Epidemiology and Risk Factors. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY* 2018;61:733-42. doi:0.1097/GRF.0000000000000391.
4. Tripp N. The morbidly adherent placenta. *Revista Peruana De Ginecología y Obstetricia* 2016:411-9.
5. Resnik RM, Silver RM. Management of the placenta accreta spectrum (placenta accreta, increta, and percreta). Elsevier Publishing 2020;42:1-23.
6. Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; 2019 [20 de Abril, 2020]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
7. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 221:208.
8. Darcia SÁ, Moya TA, Soriano JO. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica Escuela De Medicina UCR-HSJD*. 2016; 6:11-20.
9. Narváez J, Cárdenas R del C, Macías A, González A, Baqueiro R, Padrón G. Placenta accreta sin cesárea previa. *REVISTA SALUD QUINTANA ROO* 2018;11:21-4.
10. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2018;73:515-7. doi:10.1097/O1.ogx.0000546166.19167.d7.
11. Torres KI, Cárdenas RA. Universidad Norbert Wiener. Universidad Norbert Wiener 2018. [http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2739/trabajo\\_académico\\_Cárdenas\\_Rosario\\_Torres\\_Karla.pdf?sequence=4&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2739/trabajo_académico_Cárdenas_Rosario_Torres_Karla.pdf?sequence=4&isAllowed=y) (accessed April 20, 2020).
12. Reyes H, Soto GA, Pérez RA, Sepúlveda R, García C, García LF, et al. Tratamiento multidisciplinario de pacientes con acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex* 2019;87:726|733. doi:<https://doi.org/10.24245/gom.v87i11.3435>.
13. Jauniaux E, et al. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *PubMed*, 2018: 75.



14. Kably AA, Acosta MM, Bustamante QY, et al. Tratamiento conservador del acretismo placentario. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Acta Med.* 2018;16(1):72-75.
15. Véliz O Francisca, Núñez S Alfredo, Selman A. Alberto. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2018 Nov [citado 2020 Mayo 05] ; 83( 5 ): 513-526. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000500513&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500513&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513>.
16. Carrillo AP, Chandraharan E. Placenta accreta spectrum: Risk factors, diagnosis and management with special reference to the Triple P procedure. *Women's Health* 2019;15:1-8. doi:10.1177/1745506519878081.

