

Manejo expectante de los trastornos del espectro de placenta acreta en un centro designado

Expectant management of placenta accreta spectrum disorders in a designated center

Viviana de la Caridad Sáez Cantero¹ <https://orcid.org/0000-0003-1823-1643>

Mario Joel Arroyo Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-1730-0275>

Luis Enrique Pompa Montes de Oca¹ <https://orcid.org/0000-0003-4784-676X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas Enrique Cabrera, Hospital General Docente Enrique Cabrera. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: vamaya@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La conducta expectante sin remoción de placenta es cada vez más frecuente en gestantes con trastornos del espectro de placenta acreta. Evita la morbilidad asociada a la histerectomía, preserva la fertilidad y mejora las condiciones vasculares uterinas, para reducir las complicaciones por hemorragia.

Objetivo: Describir los resultados del manejo de los trastornos del espectro de placenta acreta en gestantes en las que se dejó la placenta *in situ*.

Métodos: Se realizó estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal, de noviembre 2018 a diciembre 2021, en el hospital general docente Enrique Cabrera de la Habana, que incluyó a cinco pacientes con diagnóstico de trastornos del espectro de placenta acreta, variedad percreta, en las cuales se decidió el manejo expectante, según el protocolo asistencial del centro para estos trastornos. Se analizaron variables demográficas, obstétricas y las relacionadas con el manejo impuesto y se procesaron mediante técnicas de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes).

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 32,4 años, todas tenían operación cesárea previa y estaban asociadas a placenta previa. La edad gestacional media al diagnóstico fue 32,9 y en la cesárea 36,4. En todas se realizó citoscopia diagnóstica, se

indicó ácido tranexámico preoperatorio, se practicó ligadura de arterias hipogástricas y se administró metotrexate en el posparto. La cesárea fue planificada en cuatro pacientes y urgente por hemorragia en otra. Tres pacientes precisaron histerectomía diferida por complicaciones y en una se removió el tejido placentario mediante dilatación y curetaje.

Conclusiones: Dejar la placenta in situ es una alternativa válida para el manejo de los trastornos del espectro de placenta acreta, pero requiere de conducción planificada y multidisciplinaria.

Palabras clave: trastornos del espectro de placenta acreta; manejo expectante; placenta *in situ*.

ABSTRACT

Introduction: Expectant management without removal of the placenta is becoming more frequent in pregnant women with placenta accreta spectrum disorders, it avoids the morbidity associated with hysterectomy, preserves fertility, and improves uterine vascular conditions, to reduce bleeding complications.

Objective: To describe the results of the management of placenta accreta spectrum disorders in pregnant women in which the placenta was left in situ.

Methods: A prospective, descriptive, longitudinal, study was carried out from November 2018 to December 2021, at Enrique Cabrera general teaching hospital, including five patients with diagnosis of placenta accreta spectrum disorders, percreta variety, in which expectant management was decided, according to the care protocol of the centre for these disorders. Demographic, obstetric variables and those related to the imposed management were analysed and processed using descriptive statistical techniques (frequencies and percentages).

Results: The mean age of patients was 32.4 years, all had previous caesarean section and association with placenta previa. Mean gestational age at diagnosis was 32.9 and in caesarean section 36.4. Diagnostic cytoscopy was performed in all of them, as well as preoperative tranexamic acid was indicated, hypogastric artery ligation was performed, and postpartum methotrexate was administered. Cesarean section was planned in four patients and was urgent, due to bleeding, in another.

Conclusions: Leaving the placenta in situ is a valid alternative for managing the placenta accreta spectrum disorders, but it requires planned and multidisciplinary management.

Keywords: placenta accreta spectrum disorders; expectant management; leave placenta in situ.

Recibido: 02/08/2023

Aceptado: 27/08/2023

Introducción

El manejo conservador de los trastornos del espectro de placenta acreta (TEPA), incluye todos los procedimientos que tienen como objetivo evitar la histerectomía periparto y sus complicaciones, e incluye cuatro técnicas diferentes: técnica de extirpación, manejo expectante, cirugía conservadora en un paso y procedimiento “Triple P”.⁽¹⁾

El manejo expectante consiste en la extracción fetal y dejar la placenta *in situ* con seguimiento hasta su completa reabsorción o expulsión. La reducción progresiva del aporte sanguíneo al útero y la placenta, resultará en necrosis del tejido placentario con posterior desprendimiento de la placenta del útero y del tejido percreto de los órganos adyacentes.^(1,2)

La conservación del útero disminuye las complicaciones a corto y largo plazo, lo que incluyen la pérdida masiva de sangre, la politransfusión, la coagulación intravascular diseminada (CID), el daño de órganos vecinos, las infecciones, así como las secuelas psicológicas por la pérdida de la fertilidad.⁽²⁾ Según informa la Sociedad Internacional para la Placenta Anormalmente Invasiva (SIPAI), con este tratamiento se alcanzan tasas de éxito entre el 60 y el 93 %.⁽³⁾

La conducta expectante sin la remoción de la placenta es cada vez más frecuente, para evitar la morbilidad materna grave y mantener la fertilidad futura. Consiste en retrasar la histerectomía con asociación de otras opciones terapéuticas médicas, hasta que mejoren las condiciones vasculares del útero que permitan reducir la morbilidad por hemorragia. Este manejo debe considerarse cuando los hallazgos intraoperatorios sugieren que la histerectomía será complicada y asociada con pérdida masiva de sangre o daño de órganos adyacentes.⁽⁴⁾

La designación de nuestro centro para el manejo de pacientes con diagnóstico de TEPA, nos planteó el reto de aplicar la mejor estrategia a seguir en estos casos y, aunque la cesárea-histerectomía es la principal técnica quirúrgica,⁽⁵⁾ el equipo multidisciplinario se planteó como problema la factibilidad de la adopción de la conducta expectante en

aquellas pacientes con variedad percreta confirmada o sospechada clínicamente, o por estudios de imagen o por los hallazgos quirúrgicos. Este trabajo se realizó con el objetivo de describir los resultados del manejo de los trastornos del espectro de placenta acreta en gestantes en quienes se dejó la placenta *in situ*.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte longitudinal en el servicio de obstetricia del hospital general docente Enrique Cabrera de la Habana, en las pacientes que ingresaron con diagnóstico de sospecha de trastornos del espectro de placenta acreta entre noviembre 2018 y diciembre 2021. La población estuvo constituida por 14 gestantes en las que se confirmó dicho diagnóstico, según ultrasonido de segunda opinión por experto. De ellas, en cinco pacientes con diagnóstico de variedad percreta, basado en los hallazgos imagenológicos y endoscópicos, se decidió el manejo expectante y constituyeron objeto de este estudio.

En todas las pacientes se siguió la conducta establecida en el protocolo asistencial titulado “estrategia de diagnóstico y manejo multidisciplinario del acretismo placentario”, aprobado por el Consejo Científico de la institución.

En una planilla, se recogieron los datos que se obtuvieron de las entrevistas a las pacientes y de las historias clínicas. Las variables estudiadas incluyeron edad materna, antecedentes de cesáreas y abortos provocados, edad gestacional (EG) diagnóstico del TEPA, diagnóstico de placenta previa, medios diagnósticos utilizados, EG en el momento de la cesárea, tipo de histerotomía, pérdidas hemáticas, complicaciones, medidas ahorradoras de sangre, uso de metotrexate, estadía hospitalaria y tiempo de reabsorción placentaria.

Los datos se registraron en una base de datos en Microsoft Excel 2013 y se procesaron mediante técnicas de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes). Se confeccionó un modelo de consentimiento informado a través del cual la paciente recibió la información necesaria sobre la placenta acreta y las posibles complicaciones del manejo conservador, para decidir su aceptación o no, lo cual expresó con su firma.

Resultados

Desde que comenzó en el hospital general docente Enrique Cabrera de La Habana la atención de las gestantes con diagnóstico de TEPA, el manejo expectante consistente en la realización de la cesárea para la extracción del feto, sin intentar remover la placenta, dejando esta *in situ* hasta su reabsorción o expulsión, se decidió en cinco pacientes.

Las características demográficas y obstétricas se resumen en la tabla 1. La mayoría de las pacientes estaban en la cuarta década de la vida y la edad media fue de 32,4 años. Todas tenían historia obstétrica de intervención cesárea, tres de ellas tenían abortos previos y en el 100 % de las pacientes existía la asociación con placenta previa.

Tabla 1 - Características demográficas y obstétricas de las pacientes con trastornos del espectro de la placenta acreta en la que decidió un manejo expectante

Pacientes con manejo expectante (n = 5)			
Edad materna (años)	20-29	1 (20)	Media: 32,41
	30-39	3 (60)	
	≥40	1 (20)	
Cesáreas previas	1	3 (60)	-
	2	2 (40)	-
Legrados previos	0	2 (40)	-
	1	1 (20)	-
	2	2 (40)	-
Placenta previa	-	5 (100)	-
EG al diagnóstico (semanas)	Min: 28,4 Max: 36	-	Media: 33
EG a la cesárea (semanas)	Min: 35,2 Max: 37,3	-	Media: 36,4

Fuente: Planilla de recolección.

Cuando el TEPA se diagnosticó, la edad gestacional media fue de 32,9 semanas. En el momento de la cesárea la edad gestacional media fue de 36,4 semanas.

En la tabla 2, se muestran algunas especificidades del diagnóstico y el manejo aplicado. En el 100 % de las pacientes se arribó al diagnóstico mediante el uso de la ecografía Doppler con el concurso de la citoscopia para valorar la afectación vesical. En dos pacientes se realizó rectosigmoidoscopia, por la sospecha ecográfica de invasión al sigmoides. La operación cesárea fue planificada en cuatro de las gestantes, mientras que en la quinta se realizó de manera emergente debido a una hemorragia anteparto. La incisión uterina fue corpórea,

Tabla 2 - Particularidades del diagnóstico y manejo impuesto a las las pacientes con trastornos del espectro de la placenta acreta en la que decidió un manejo expectante

Pacientes con manejo expectante (n = 5)		
Medios diagnósticos	Ecografía doppler	5 (100)
	Resonancia magnética	1 (20)
	Citoscopia	5 (100)
	Rectosigmoidoscopia	2 (40)
Momento de la cesárea	Planificada	4 (80)
	Emergencia	1 (20)
Histerotomía	Corpórea	3 (60)
	Fúndica	1 (20)
	órea-fúndica	1 (20)
Medidas adicionales	Ácido tranexámico	5 (100)
	Ligadura arterias hipogástricas	5 (100)
	Metotrexate	5 (100)
Complicaciones y manejo durante el seguimiento	HTA por hemorragia tardía	1 (20)
	HTA por infección uterina	1 (20)
	HTA por intoxicación por MTx	1 (20)
	Legrado de cavidad uterina	1 (20)
Tiempo de la HTA posparto	-	Media: 63,82
Estadía hospitalaria (días)	-	Media: 37,53 (27-45)

Fuente: Planilla de recolección; HTA: histerectomía; MTx: metotrexate.

En las cinco pacientes se aplicaron como medidas coadyuvantes, el ácido tranexámico pre-operatorio, la ligadura de arterias hipogástricas y el metotrexate en el posparto. Durante el seguimiento posoperatorio ambulatorio, tres pacientes reingresaron y precisaron histerectomía puerperal debido a hemorragia, infección y una estomatitis ulcerativa como reacción al metotrexate. La resección de tejido placentario retenido se realizó en una paciente mediante dilatación y curetaje, a los 91 días de la cesárea, en la cual la reabsorción del tejido placentario residual ocurrió a los 149 días.

Discusión

Desde hace más de medio siglo, el tratamiento estándar de la placenta acreta a nivel mundial, consiste en la histerectomía total abdominal.^(5,6) No obstante, existen alternativas conservadoras que evitan este proceder radical y sus complicaciones, y que, al mismo tiempo permiten preservar la fertilidad futura.^(2,6)

Entre las técnicas conservadoras se incluye el manejo expectante dejando la placenta *in situ*, que según los datos de la Sociedad Internacional para la Placenta Anormalmente Invasiva (SIPAI), parece estar asociado con menor pérdida sanguínea y menor necesidad

de transfusión. Este proceder, comparado con la histerectomía y las técnicas de útero-conservación, alcanza resultados satisfactorios entre el 60 % y el 93 % de los casos, mientras que el resto requerirán histerectomía por hemorragia o infección.⁽⁷⁾

En varias publicaciones se ha reportado el manejo expectante de los TEPA. La mayoría de los autores coinciden en la importancia de la conducción multidisciplinaria de estas pacientes y el seguimiento estrecho, para detectar cualquier complicación que pueda presentarse semanas o meses después de la cesárea.^(8,9,10)

En este estudio la edad gestacional media de la cesárea fue 36,4 semanas. En dos pacientes se realizó pasadas las 37 semanas, lo cual estuvo relacionado con diagnóstico tardío del trastorno del espectro de placenta acreta, que idealmente debe realizarse antes de las 32 semanas.⁽⁶⁾ En nuestro medio, se recomienda el diagnóstico imagenológico intencional desde el segundo trimestre en gestantes con factores de riesgo para estos trastornos.

Aunque el momento preciso para el parto en la mujer con TEPA es controversial es aceptable planificar la cesárea entre las 34,0 y 35,6 semanas de gestación, para evitar la intervención de emergencia y minimizar las complicaciones maternas y de la prematuridad extrema.^(6,8,11)

En todas las pacientes involucradas en este estudio se realizó citoscopia para confirmar o no, el compromiso de la pared vesical. La SIPAI no recomienda esta práctica preoperatoria de rutina porque los hallazgos citoscópicos no se correlacionan con el grado de compromiso vesical, incluso en presencia de hematuria macroscópica,⁽⁷⁾ por lo que la necesidad de su indicación sería un aspecto a evaluar en el futuro.

En esta serie de cinco casos, se administró metotrexate como terapia coadyuvante en todas las pacientes, una de ellas desarrolló una estomatitis ulcerativa como complicación, que es una de las reacciones adversas más frecuentes del medicamento.⁽¹²⁾

Se ha sugerido que la administración de metotrexate acelera la reabsorción placentaria en caso de manejo conservador, pero su eficacia para este propósito no se ha evidenciado porque solo aparecen publicados reportes de casos o pequeñas series de casos, por lo cual no se recomienda su uso.^(1,7) El metotrexate actúa únicamente en las células en división activa, lo cual es raro en gestaciones avanzadas y después del parto.⁽³⁾ Estos factores, además de la toxicidad grave que pueden causar, como la pancitopenia y la nefrotoxicidad⁽⁶⁾ cuestionan su indicación rutinaria.

Solo en una de las pacientes se produjo la reabsorción completa del tejido placentario, lo cual ocurrió en el día 149. La misma requirió revisión de la cavidad uterina bajo visión ecográfica en el 94 día posterior a la cesárea.⁽¹³⁾ Bluth y otros⁽¹⁴⁾ en 46 pacientes con

diagnóstico de TEPA realizaron cesárea dejando la placenta *in situ* en cinco pacientes. De ellas tres requirieron revisión de la cavidad uterina postparto en una media de 19 días.

De las 16 gestantes con diagnóstico de TEPA, en las cuales se dejó placenta *in situ*, *El Gelany* y otros⁽⁸⁾ intentaron, sin éxito, la remoción transvaginal del tejido placentario, requiriendo laparotomía. Otros autores, igualmente, reportaron la extracción mediante histeroscopia o dilatación y curetaje del tejido placentario residual.^(8,15)

En relación al tiempo requerido para la completa reabsorción de la placenta, este varía en los distintos reportes. En el estudio multicéntrico de *Miyakoshi* y otros⁽¹⁵⁾ la reabsorción se produjo entre 30-225 días después de resección histeroscópica del tejido placentario retenido. En el 33 % de la muestra de *Srinivasan* y otros⁽¹⁶⁾ se produjo la reabsorción espontánea de la placenta con una media de 181.1 ± 32.52 días. *Beekhuizen* y otros⁽⁹⁾ señalan que la media para la completa resolución por reabsorción o expulsión fue de 204 días (rango 150-280 días).

Cuando se deja la placenta *in situ* pueden ocurrir complicaciones como la infección y la hemorragia. Una de las pacientes incluidas en este estudio reingresó con signos clínicos de infección a los 100 días de la cesárea y precisó una histerectomía por la presencia de exudados purulentos intrauterinos. Otra paciente se hospitalizó con una hemorragia y signos de descompensación hemodinámica que requirieron una intervención urgente.

En el reporte de *Srinivasan* y otros⁽¹⁶⁾ el 8,33 % de las pacientes tratadas con placenta *in situ* precisaron histerectomía diferida. *Beekhuizen* y otros⁽⁷⁾ reportaron que en el 41,7 % de su muestra se realizó histerectomía aplazada, generalmente por sangrado e infección. La histerectomía prorrogada en casos con placenta *in situ* puede ser planificada o de emergencia por complicaciones. La histerectomía dilatada puede realizarse planificadamente, días o semanas después de la cesárea. Esta tiene el propósito de reducir la morbilidad de este proceder quirúrgico, ya que la perfusión uterina disminuye, pero no hay evidencia de su beneficio.⁽⁷⁾

Entre las limitaciones de este estudio se hallan el pequeño tamaño de la muestra y su práctica en una sola institución.

El incremento en la prevalencia de los TEPA nos impone estar preparados para afrontar su manejo adecuado. Dejar la placenta *in situ* es una alternativa válida, pero precisa de una decisión colegiada con participación de un equipo multidisciplinario, que permita la actuación inmediata y coordinada ante las eventuales complicaciones que pueden presentarse en estas pacientes. Además, el proceder debe reservarse para centros que cuenten con el personal calificado y la infraestructura necesaria.

Referencias bibliográficas

1. Abbas Riwa A, Nassar Anwar H. Placenta Accreta Spectrum: Conservative Management and Its Impact on Future Fertility. *Maternal-Fetal Medicine*. 2021 [acceso 30/07/2023];3(4):263-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/FM9.0000000000000077>
2. Patabendige M, Sanjeeva JPM, Amarasekara AMAKG, Herath RP. Conservative Management of Placenta Percreta: Three Cases and a Review of the Literature regarding Conservative Management of Placenta Accreta Spectrum (PAS) Disorders. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. 2020 [acceso 30/07/2023]:7. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/criog/2020/9065342>
3. Ramírez Cabrera JO, Zapata Díaz BM. Placenta accreta spectrum. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2020 [acceso 30/07/2023];66(1):49-55. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100049&lng=es
4. Morlando M, Collins S. Placenta Accreta Spectrum Disorders: Challenges, Risks, and Management Strategies. *Int J Women's Health*. 2020;12:1033-45. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S224191>
5. Allen L, Jauniaux E, Hobson S, Papillon-Smith J, Belfort MA. FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;140:281-90. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12409>
6. Kondoh E. Expectant Management of Placenta Accreta Spectrum Disorders. *Surg J (NY)*. 2021;7(1):2-6. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1722240>
7. Collins SL, Alemdar B, van Beekhuizen HJ, Bertholdt C, Braun T, Calda P, *et al*. Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(6):511-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.054>
8. LatifKhan Y, Rahim A, Gardezi J, Iqbal M, Hassan Z, Sumbal A, *et al*. Conventional and conservative management of placenta accreta is two ends of a single continuum: A report of three cases and literature review. *Clin Case Rep*. 2018;00:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1002/ccr3.1717>

9. Van Beekhuizen HJ, Stefanovic V, Schwickert A, Henrich W, Fox KA, MHallem Gziri M, *et al.* A multicenter observational survey of management strategies in 442 pregnancies with suspected placenta accreta spectrum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(1):12-20. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.14096>
10. El Gelany S, Mosbeh HM, Ibrahim EM, Mohammed M, Khalifa EM, Abdelhakium AK, *et al.* Placenta Accreta Spectrum (PAS) disorders: incidence, risk factors and outcomes of different management strategies in a tertiary referral hospital in Minia, Egypt: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2019;19:313. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2466-5>
11. Hernández Mendoza LD, Herrera Villalobos JE, Mendoza HF, Alaya Leythe EA. Acretismo placentario: Experiencia en Obstetricia crítica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana.* 2018;18(1):75-87.
12. Bazi da Silva A, Garcia de Araújo dos Santos MR. Terapia de oxigenoterapia hiperbárica como tratamiento a eventos adversos graves secundarios à toxicidade do metotrexato, relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba.* 2022;5(1):1935-46. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-171>
13. Sáez Cantero VC, Arroyo Díaz MJ, Averhoff Hernández F. Manejo sin complicaciones de un caso de placenta percreta dejando la placenta in situ. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2021 [acceso 05/02/2022];47(1):709. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/709>
14. Bluth A, Schindelhaue A, Nitzsche K, Wimberger P, Birdir C. Placenta accreta spectrum disorders—experience of management in a German tertiary perinatal centre. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2021;303:1451-60. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05875-x>
15. Miyakoshi K, Otani T, Kondoh E, Makino S, Tanaka M, Takeda S. The perinatal research network group in Japan. Retrospective multicenter study of leaving the placenta in situ for patients with placenta previa on a cesarean scar. *Int J Gynecol Obstet.* 2017:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12397>
16. Srinivasan B, Balasubramanian N, Vijayaraghavan J, Joseph S, Rani U, Vishwanath U, *et al.* Study on Outcomes of Pregnancy in Women with Placenta Accreta Spectrum: A 10-year Study in a Tertiary Care Center. *J South Asian Feder Obstet Gynaecol.* 2021;13(3):192-5. DOI: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-1903>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Viviana de la C. Sáez Cantero, Mario J Arroyo Díaz.

Diseño de la metodología: Viviana de la C. Sáez Cantero, Mario J Arroyo Díaz.

Análisis de los datos: Viviana de la C. Sáez Cantero, Mario J Arroyo Díaz.

Recolección de datos: Mario J Arroyo Díaz.

Redacción del borrador inicial: Mario J Arroyo Díaz.

Redacción de la versión final: Luis E. Pompa Montes de Oca.

Financiación

No se recibió financiación para el desarrollo del presente estudio.