

Acretismo placentario

Actualizado noviembre 2012

INTRODUCCIÓN

Se define la placenta ácreta o acretismo placentario, como la inserción anormal de las vellosidades coriales directamente en el miometrio, en ausencia de la decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch. La terminología utilizada en el texto, será la de placenta ácreta o acretismo placentario, para referirse conjuntamente a las tres formas de presentación: placenta ácreta, ícreta o pécreta.

Su etiología no es bien conocida, aunque podría ser consecuencia de un fallo en la decidualización, un defecto primario del trofoblasto que desemboca en una excesiva invasión en el miometrio.

La incidencia de placenta ácreta ha aumentado en los últimos años como consecuencia del incremento de la tasa de cesáreas, pasando de 0,8 casos por 1000 partos en los años 80 del siglo pasado, a 3 por 1000 partos en la década pasada ^(1, 2, 3).

Se describen tres grados de acretismo:

- **Placenta ácreta:** las vellosidades se insertan directamente en el miometrio por un defecto en el desarrollo de la decidua.
- **Placenta ícreta:** las vellosidades penetran hasta el interior del miometrio.
- **Placenta pécreta:** las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal o incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos.

Entre las pacientes con diagnóstico histológico confirmado de acretismo, la placenta ácreta representa el 81,6% de los casos, la placenta ícreta el 11,8% y la placenta pécreta el 6,6% ⁽⁴⁾.

FACTORES DE RIESGO

- El principal factor de riesgo es la presencia de una **placenta previa asentada sobre una cicatriz uterina** (siendo la cesárea previa la más habitual). El riesgo aumenta con el número de cesáreas. En la tabla 1 se observa la frecuencia de placenta ácreta en función del número de cesáreas previas y de la presencia o ausencia de placenta previa ⁽⁵⁾.
- **Placenta previa:** mediante análisis multivariante se ha podido comprobar que la placenta previa se comporta como un factor de riesgo independiente para placenta ácreta (OR 54; IC 95% 18-166) ⁽⁶⁾.

- **Cicatriz uterina previa:** es el factor más importante, pero principalmente por su asociación con la placenta previa ^(1, 3, 6). El riesgo de placenta ácreta en ausencia de placenta previa aumenta sólo ligeramente con el número de cesáreas (0,8% tras 4 cesáreas previas; ver Tabla 1).
- **Otros factores de riesgo** descritos, aunque no se puede cuantificar su contribución al incremento de riesgo de placenta ácreta son:
 - Edad superior a 35 años.
 - Multiparidad.
 - Defectos endometriales (síndrome de Asherman).
 - Miomas submucosos.
 - Tabaco.

Cesáreas	Placenta previa (%)	No placenta previa (%)
Primera	3,3	0,03
Segunda	11	0,2
Tercera	40	0,1
Cuarta	61	0,8
Quinta	67	0,8
Sexta o más	67	4,7

Tabla 1. Frecuencia de acretismo placentario en función del número de cesáreas y de la presencia o ausencia de placenta previa ⁽⁵⁾.

La utilidad del conocimiento de los factores de riesgo estriba en que se ha podido definir un grupo de población en el que es necesario tener en cuenta la mayor probabilidad de este diagnóstico: presencia de una placenta previa y antecedentes de cesárea anterior ^(1, 2, 7, 8).

Ante la presencia de una placenta previa y antecedente de cesárea anterior, debe tenerse en cuenta la posible existencia de una placenta ácreta. (C)

MORBIMORTALIDAD

Morbilidad materna. La mortalidad materna ha disminuido en las últimas décadas desde el 9,5% de los años 60 del siglo pasado, hasta cifras <1% en la actualidad. Las principales causas de morbimortalidad materna son hemorragia (90%), transfusión (55%) y complicaciones derivadas de la politransfusión. Otras causas serían la rotura uterina, invasión de órganos adyacentes (vejiga, uréter, estructuras neurovasculares del retroperitoneo, intestino, etc...), infección, retención de restos ovulares, embolia de líquido amniótico, coagulación intravascular diseminada o la pérdida de la capacidad reproductiva.

Morbilidad fetal. Al igual que en los casos de placenta previa, la morbilidad se debe sobre todo a la prematuridad (56-70%). La mortalidad fetal en los últimos años ha disminuido desde el 9,6% a cifras próximas al 2% ^(1, 8).

CLÍNICA

Durante el embarazo habitualmente es asintomática, salvo que se asocie con placenta previa, en cuyo caso la sintomatología corresponderá a la de la placenta previa a la que acompaña. La primera manifestación clínica del acretismo placentario suele aparecer en el periodo del alumbramiento, en el que se detectará la falta de cotiledones durante la revisión placentaria (**acretismo parcial**) o la ausencia de desprendimiento de la placenta (**acretismo total**).

Cuando se trata de una placenta pércreta, la invasión de estructuras vecinas puede causar síntomas en función del órgano invadido (por ejemplo: hematuria por invasión de la vejiga).

DIAGNÓSTICO INTRAPARTO

El diagnóstico clásico del acretismo placentario se realizaba habitualmente en el momento del parto. Durante el alumbramiento no se produce la expulsión espontánea de la placenta y cuando se intenta un alumbramiento manual de la misma, aparece la imposibilidad de extracción o bien tan sólo se puede realizar una extracción parcial, con signos evidentes de desgarro en los cotiledones o en el útero y aparición de hemorragia masiva.

El diagnóstico intraparto se realiza en base a uno o más de los siguientes criterios clínicos e histológicos:

- Ausencia de plano de clivaje entre la placenta y el miometrio.
- Imposibilidad de una extracción manual completa de la placenta siendo evidente la retención.
- Sangrado importante en el lugar de la inserción placentaria después de una extracción forzada.
- Ausencia de decidua o presencia de fibras musculares en contacto con las vellosidades placentarias.

DIAGNÓSTICO ANTEPARTO

Un factor clave para el manejo del acretismo placentario es su diagnóstico temprano, en base a la identificación de la presencia de factores de riesgo prenatales. Debido a la morbilidad asociada a esta patología, el diagnóstico precoz anteparto nos permitirá estar preparados ante la posible aparición de complicaciones intraparto, evitando el diagnóstico intraoperatorio. Este proceder es de gran utilidad porque permite orientar a la gestante sobre las distintas alternativas de tratamiento y realizar una planificación adecuada de la intervención.

La placenta ácreta es una de las principales causas de hemorragia masiva y de histerectomía obstétrica ⁽⁹⁾. Ya que cerca del 95% de las pacientes con este diagnóstico tienen factores de riesgo identificables, es importante ser conscientes de los mismos para poder sospechar precozmente el acretismo placentario. De cualquier manera, el diagnóstico es siempre difícil ⁽⁹⁾.

Para su detección anteparto disponemos de pruebas de imagen como son la ecografía (a emplear como prueba de primer nivel) y la resonancia magnética (RM) ⁽¹⁰⁾. Ambas técnicas nos permiten en la actualidad tener criterios de sospecha de esta patología, aunque todavía no existe ninguna prueba de imagen que ofrezca completa seguridad en el diagnóstico.

En cuanto al momento para realizar el diagnóstico, a partir de la ecografía de la 20ª semana, cuando se diagnostique la presencia de placenta previa en una gestante con cesárea previa, o se presenten signos ecográficos de sospecha de placenta ácreta, se recomienda el seguimiento con una revisión ecográfica cada 3-4 semanas para valorar la localización placentaria, la profundidad de la invasión y el crecimiento fetal. El estudio de imagen en torno a la semana 32ª-34ª, debe permitirnos un diagnóstico más certero, para hacer posible la planificación de cuidados que incluyan el seguimiento ecográfico de la placenta, el asesoramiento sobre el parto y la planificación del mismo (NE: IV-C).

Todas las mujeres con placenta previa que cubra la cicatriz de una cesárea anterior, deben ser controladas con técnicas de imagen en el tercer trimestre de la gestación para diagnosticar la posible existencia de una placenta ácreta. (C)

Ecografía

El diagnóstico prenatal del acretismo placentario se basa principalmente en los hallazgos ecográficos obtenidos tanto por vía abdominal, como vaginal. Mediante la ecografía vaginal se obtienen mejores imágenes, sobre todo en casos de placenta previa de localización posterior. La ecografía presenta una sensibilidad del 77-93%, una especificidad del 71-97%, un valor predictivo positivo del 65-88% y un valor predictivo negativo del 92-98%.

La ecografía vaginal es el mejor método diagnóstico ⁽¹⁰⁾ y los hallazgos ecográficos que hacen sospechar un acretismo placentario son ^(7, 11, 12):

- Pérdida del espacio anecoico retroplacentario: es uno de los hallazgos ecográficos más frecuentes, aunque de forma aislada es poco sensible y específico.
- Anomalías en la interfase miometrio-vejiga con interrupción de la pared posterior de la vejiga.
- Lagunas placentarias o lagos venosos, que son espacios anecoicos intraplacentarios adyacentes a la pared uterina y que corresponden a un drenaje venoso anómalo por una vascularización arterial anormal. Dan una imagen denominada clásicamente en “queso suizo” ⁽¹³⁾.
- Espesor del miometrio retroplacentario < 1 mm.
- Masa exofítica hacia vejiga en casos de placenta pércreta.

Ecografía Doppler color

Aunque presenta una sensibilidad y especificidad variables, la aplicación del Doppler color puede añadir otros signos diagnósticos de acretismo placentario que pueden aumentar la capacidad diagnóstica de la ecografía en escala de grises.

Los signos descritos en el Doppler color sugestivos de acretismo placentario son:

- Lagunas vasculares con flujo turbulento (pico sistólico máximo >15 cm/s).
- Hipervascularización en la interfase miometrio-vejiga.
- Dilataciones vasculares periféricas subplacentarias.

Resonancia magnética

Esta técnica está indicada en aquellos casos en los que la ecografía es muy sospechosa de placenta ácreta, pero no lo suficiente como para confirmar el diagnóstico y más aún en aquellas situaciones en las que sospechando una placenta pércreta, necesitemos una buena definición de la extensión a los órganos vecinos para programar la cirugía (grado recomendación C).

El uso de medios de contraste como el gadolinio, podría incrementar la capacidad diagnóstica, pero cruza la placenta y su efecto sobre el feto es desconocido, debiendo quedar relegado a situaciones en las que el beneficio esperado supere al riesgo.

La RM tiene una sensibilidad del 77-88% y una especificidad del 96-100% ^(14, 15). Es especialmente útil en los casos en los que la placenta esté ubicada en la cara posterior, la ecografía no sea concluyente, o persistan dudas sobre la afectación de algún órgano en vecindad.

Los hallazgos en la RM que hacen sospechar la presencia de un acretismo placentario son los siguientes:

- Bandas intraplacentarias de baja intensidad en T2, cuyo volumen se corresponde con la invasión placentaria.
- Señal de intensidad heterogénea en la placenta.
- Engrosamiento uterino por efecto masa de la placenta.
- Interrupción focal de la pared miometrial.
- Adelgazamiento miometrial, con una anchura <1 mm en el lugar de implantación de la placenta.
- Vejiga en tienda de campaña.
- Invasión de tejido placentario fuera del útero.

Dwyer y cols. ⁽¹⁵⁾ comparan la capacidad diagnóstica de la ecografía con la RM en el diagnóstico de acretismo placentario, encontrando una sensibilidad del 93 y 80% y una especificidad del 71 y 65% respectivamente. Las diferencias no son significativas.

Otras técnicas diagnósticas: marcadores bioquímicos

Aunque se han publicado algunos estudios que señalan una elevación de diferentes productos bioquímicos en las gestaciones con placenta ácreta (creatinkinasa, alfafetoproteína y HCG), ninguno de ellos ha sido evaluado prospectivamente para determinar su utilidad en el diagnóstico del acretismo placentario.

EL PARTO EN GESTANTES CON PLACENTA ÁCRETA

Aunque se han expuesto diversos procedimientos diagnósticos con buena sensibilidad, la confirmación del diagnóstico de acretismo placentario se realiza habitualmente en el momento del parto. Por ello, con frecuencia es un hallazgo inesperado para cuya atención debemos conocer los diferentes procedimientos terapéuticos actualmente aceptados, en función de las distintas formas de presentación del cuadro clínico. No obstante, la situación deseable es aquella en la que se llega al momento del parto con una elevada sospecha diagnóstica.

Si existe un diagnóstico anteparto de acretismo placentario asintomático lo ideal es la finalización programada de la gestación mediante cesárea ya que se asocia con una menor pérdida sanguínea. El parto debe programarse a partir de la semana 36^a-37^a para intentar que la morbilidad derivada de la prematuridad sea menor, así como para reducir el riesgo de que se presente una hemorragia inesperada; pero permitiendo una planificación adecuada del parto ^(7, 10). En caso de sospecha de invasión profunda, Palacios-Jaraquemada aconseja realizar la intervención en la semana 35^a ⁽¹⁰⁾. La decisión siempre se debe tomar de forma individualizada teniendo en cuenta las circunstancias de cada paciente ⁽²⁾. Recientemente un análisis de decisión realizado por Robinson y Grobman ⁽¹⁶⁾ sugiere que los resultados maternos y neonatales son óptimos cuando la cesárea se realiza en la semana 34^a.

Consideraciones previas al parto

La preparación de los cuidados para el parto necesarios para el tratamiento de una placenta ácreta deberían ser aplicados en todos los casos en los que haya una placenta previa en mujeres con el antecedente de cesárea, o bien cuando se identifique una placenta anterior sobre una cicatriz de cesárea ⁽⁷⁾ (NE: IV-C).

Dado que es frecuente que durante la intervención quirúrgica se produzca un sangrado importante, las mujeres con sospecha de esta patología deben ser atendidas en centros clínicos con soporte multidisciplinario y capacidad de transfusión de grandes cantidades de sangre y derivados (NE: IV-C).

Un cuidado adecuado en este tipo de gestantes debe contar con:

- Planificación de la intervención por un equipo multidisciplinar.
- Obstetra experto presente en la intervención.
- Anestesiista experto presente en la intervención.
- Banco de sangre disponible.
- Disponibilidad de unidad de cuidados intensivos.

- Información y consentimiento para las posibles opciones terapéuticas.

La gestante debe ser informada de que si se confirma la invasión de pared uterina, tiene un alto riesgo de precisar una histerectomía y perder su capacidad reproductiva. Si la paciente opta por un tratamiento conservador con la intención de preservar la fertilidad, deberá ser informada de los riesgos de este tratamiento y de los criterios que hacen imposible su realización.

Manejo intraoperatorio

El tratamiento definitivo para el acretismo placentario es la histerectomía tras cesárea, especialmente en aquellas gestantes que no tienen más deseos genésicos. Igualmente, en los casos en los que se produce una hemorragia masiva, no se contempla el tratamiento conservador y está indicada la práctica de una histerectomía ya que puede producirse un importante compromiso hemodinámico.

En cuanto a la técnica quirúrgica, aunque es frecuente usar la incisión de Pfannenstiel, en ocasiones la laparotomía media resultará recomendable para poder mejorar la visualización del campo quirúrgico y acceder a partes del útero donde no esté inserta la placenta, siendo necesario en ocasiones realizar la incisión en el fondo uterino e incluso en su cara posterior^(3, 7). Es aconsejable evitar la lesión de la placenta durante la entrada a la cavidad uterina, alejando la incisión uterina del lecho de la inserción placentaria. Esta actitud nos permitirá continuar con una histerectomía o con un tratamiento conservador. Este último es difícilmente realizable si se produce sangrado placentario. La apertura del útero a través de la placenta resulta más sangrante, lo que aumenta las probabilidades de complicaciones y la necesidad de histerectomía (NE: III-B)⁽⁷⁾.

Es aconsejable evitar la lesión de la placenta durante la entrada a la cavidad uterina, alejando la incisión uterina del lecho de la inserción placentaria. (C)

Tras el nacimiento del feto, sólo en casos de baja sospecha de acretismo placentario y deseo de más descendencia, es aceptable esperar al alumbramiento espontáneo de la placenta o bien el empleo de maniobras que faciliten el desprendimiento, pero que no impliquen un despegamiento forzado de la placenta. Por el contrario, si el diagnóstico está confirmado y se ha planificado una histerectomía, la placenta se deja *"in situ"* y se procede a suturar la histerotomía para disminuir el sangrado.

La extracción de la placenta no es siempre necesaria y puede posponerse. Hay que ser conscientes que el despegamiento de la placenta señala el "punto de no retorno"⁽¹⁰⁾. La extirpación forzada de la placenta debería evitarse dado que se asocia a una mayor frecuencia de hemorragia masiva posparto que la histerectomía o que el manejo conservador. Además, presenta una mayor tasa de histerectomías periparto que el tratamiento conservador.

No hay estudios randomizados que comparen distintos procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de la placenta ácreta, aunque un reciente estudio observacional de 57

casos con sospecha de placenta ácreta demostró una reducción en la morbilidad a corto plazo (ingreso en unidad de cuidados intensivos, transfusión masiva de sangre, coagulopatía, lesiones urológicas y re-laparotomía) cuando la placenta se dejó *"in situ"* y se realizó una histerectomía de entrada, en comparación con los casos en los que se intentó el despegamiento de la placenta (NE: IIb-B) ⁽¹⁷⁾.

Las indicaciones para una histerectomía en casos de placenta ácreta incluyen ⁽¹⁰⁾:

- Previsión de problemas técnicos con imposibilidad de reparación quirúrgica.
- Imposibilidad técnica de lograr una adecuada hemostasia.
- Cuando después de un tratamiento conservador, aparecen complicaciones tales como infección o hemorragia incoercible.

Cuando la placenta alcanza órganos vecinos, la histerectomía puede no ser factible o resultar excesivamente peligrosa, por lo que una de las alternativas en este caso es el tratamiento conservador.

El objetivo primario de la cirugía de la placenta ácreta es el empleo del procedimiento más eficaz que minimice el riesgo de hemorragia. (C)

Por la frecuente asociación entre acretismo placentario y placenta previa, en aquellos casos en que sea necesaria realizar una histerectomía, esta debe incluir el cérvix uterino, puesto que si se deja el cuello existe un alto riesgo de sangrado posquirúrgico debido a la abundante vascularización colateral.

Tratamiento conservador

En los últimos años se plantea como una posible opción, el tratamiento conservador de la placenta ácreta dejando la placenta *"in situ"*, con el objetivo de conservar el útero y evitar lesiones de órganos vecinos o la aparición de sangrados masivos ⁽¹⁰⁾. Este tipo de tratamiento está indicado sobre todo en pacientes que quieren conservar su fertilidad, en algunos casos de placenta pércreta con invasión de órganos vecinos o para disminuir los riesgos de una hemorragia masiva en el momento del parto.

Existen diversas alternativas dentro del tratamiento conservador, en función de la situación clínica en la que nos encontremos:

Acretismo focal: esta entidad frecuentemente no se diagnostica anteparto, sino que se detecta durante el tercer periodo del parto por la aparición de una hemorragia del alumbramiento y/o la retención parcial de la placenta. Se recomienda que las partes no desprendidas se dejen *"in situ"*, ya que el intento de despegamiento puede causar una grave hemorragia (NE: III-B) ⁽⁷⁾.

El tratamiento puede complementarse con:

- Fármacos: oxitocina, prostaglandinas o ergóticos, para controlar la hemorragia y favorecer la contracción uterina.

- Procedimientos mecánicos: como el balón de Bakri u otros tipos de taponamiento uterino.
- Suturas compresivas del útero, como las que se utilizan en la plicatura de B-Lynch.
- Quirúrgico: extraer la placenta adherida, realizar una resección en cuña del lecho miometrial sangrante donde se ha producido el acretismo focal hasta alcanzar tejido sano y posterior sutura en capas para reparar el defecto miometrial. Este procedimiento puede completarse con el uso de agentes tópicos hemostáticos que contribuyen a prevenir el sangrado del lecho quirúrgico.

Acretismo total: el tratamiento está en parte influido por el momento del diagnóstico. Si el acretismo se descubre intraparto, no debe de forzarse el alumbramiento. Si no se puede despegar la placenta con las maniobras habituales, se puede dejar *“in situ”* y finalizar la intervención previa histerorrafia (tratamiento conservador), o dejarla *“in situ”*, cerrar la histerotomía y realizar una histerectomía. Cualquiera de los dos procedimientos se asocia con una menor pérdida sanguínea, que intentar despegar la placenta.

Si por el contrario, hay una sospecha anteparto de placenta ácreta, debe programarse la finalización del embarazo mediante cesárea, con el equipo médico y las medidas apropiadas y puede proponerse a la paciente un manejo conservador. Este tipo de manejo ha demostrado una clara disminución de la tasa de histerectomías y de transfusiones sanguíneas⁽¹⁸⁾.

Otras técnicas conservadoras

- **Embolización de arterias uterinas:** se ha descrito como técnica adyuvante al tratamiento quirúrgico conservador para evitar la pérdida sanguínea. De igual manera, la embolización también se puede realizar previamente a la histerectomía para disminuir el riego sanguíneo de la placenta.

La principal complicación de esta técnica es la posibilidad de necrosis uterina, infección y, a largo plazo, la amenorrea permanente debida a la presencia de una amplia sinequia en el lecho placentario o bien por fallo ovárico. Los avances de la radiología intervencionista han permitido disminuir la tasa de complicaciones al permitir seleccionar mejor las áreas a embolizar, de tal manera que la mayoría de las pacientes recuperan su función menstrual y la fertilidad⁽¹⁹⁾.

Aunque útil en los casos en los que se presenta hemorragia intraoperatoria, no ha demostrado su utilidad para disminuir el sangrado posoperatorio, complicación característica del tratamiento conservador, por lo que no se recomienda para los casos en los que no se ha retirado la placenta⁽⁷⁾.

- **Colocación profiláctica de catéteres vasculares para oclusión hipogástrica mediante balón.** Se ha propuesto también la colocación profiláctica de catéteres vasculares para realizar una oclusión hipogástrica mediante balón. Sin embargo, este procedimiento no ha demostrado claramente su eficacia en la placenta ácreta, por lo que actualmente no se recomienda dicha práctica⁽⁷⁾.

- **Tratamiento con metotrexate.** Su uso tiene como objetivo la reducción de la vascularización placentaria, desencadenando una necrosis de la placenta. Puede usarse como tratamiento adyuvante; sin embargo la literatura más reciente no recomienda su uso ⁽⁷⁾, dado que la supuesta acción sobre las células del trofoblasto en reproducción, no tiene lugar en la placenta de una gestación a término. Por otra parte tampoco se recomienda su uso junto con técnicas de devascularización uterina, ya que aumenta la toxicidad del fármaco.

Resultados del tratamiento conservador

Las complicaciones más importantes asociadas al tratamiento conservador son el sangrado que requiere histerectomía y la sepsis, alcanzando la morbilidad materna grave cifras alrededor del 6%.

En 2011, Steins Bisschop y cols.⁽²⁰⁾ realizan una revisión sistemática de los resultados de las técnicas conservadoras, todas ellas con conservación del útero y que incluían: tratamiento expectante, embolización de las arterias uterinas, tratamiento con metotrexate y cirugía conservadora uterina (suturas hemostáticas, ligaduras arteriales o taponamiento uterino). De sus resultados destacar que hubo una tasa de mortalidad materna del 0,3-4% y que fue necesaria realizar una histerectomía secundaria en el 6-31% de las mujeres. La menstruación reapareció en el 62-90% de los casos y se produjo una nueva gestación en el 15-73% de las pacientes.

La conclusión de los autores es que los tratamientos conservadores son eficaces en el tratamiento de la placenta ácreta, sin que se pueda demostrar la superioridad de ninguno de ellos (NE: III-B).

Seguimiento tras el tratamiento conservador

Aunque no hay consenso en la literatura, se recomienda el uso de uterotónicos y antibióticos profilácticos.

El procedimiento de elección para controlar la reabsorción de la placenta es la ecografía. No obstante, la mayoría de autores continúan utilizando la monitorización semanal de la β -HCG, aunque sus niveles no tienen una buena correlación con la involución placentaria ⁽²¹⁾. Se realizará un seguimiento durante 6 meses. Es importante durante el seguimiento no intentar la extracción, incluso aunque se expulse alguna parte de la placenta, porque puede hacer fracasar la técnica al desencadenar la hemorragia.

Aunque no existe suficiente experiencia al respecto, en los casos en los que no disminuye el volumen placentario, ni desaparece la vascularización uterina de baja resistencia en el plazo de 2-4 semanas tras el parto, se debería reevaluar el caso ya que puede incrementarse el riesgo de coagulopatía, considerándose entre las opciones terapéuticas en esta situación, una nueva laparotomía e histerectomía ⁽⁵⁾.

CONCLUSIONES

- A todas las pacientes con factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario, se les debería hacer un estudio ecográfico para descartar una placentación anormal.
- Especial atención requieren las pacientes con cesárea anterior y placenta de inserción baja, por ser ambos los principales factores de riesgo para desarrollar un acretismo placentario. Por consiguiente, en esta situación clínica es especialmente importante el diagnóstico anteparto.
- El método de cribado inicial para el despistaje de placenta ácreta es la ecografía, reservándose la RM para aquellos casos en los que la ecografía no es concluyente o no es posible evaluar la placenta por su localización.
- Cuando exista una sospecha diagnóstica franca, los procedimientos terapéuticos deben ir encaminados a reducir el riesgo de hemorragia. Una opción de tratamiento es el manejo conservador dejando la placenta *“in situ”*.
- El tratamiento conservador debe ofertarse como una estrategia para preservar el útero, pero no necesariamente la fertilidad, y únicamente a pacientes debidamente aconsejadas y motivadas, dado que el seguimiento va a ser prolongado y no exento de complicaciones.
- La histerectomía sigue siendo la opción válida en pacientes que no desean preservar su fertilidad o en las que se ha producido sangrado del lecho placentario durante la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol. 1997 Jul;177(1):210-4.

² ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. Obstet Gynecol. 2012 Jul;120(1):207-11.

³ Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accreta. Am J Obstet Gynecol. 2010 Nov;203(5):430-9.

⁴ Wong HS, Cheung YK, Zuccollo J, Tait J, Pringle KC. Evaluation of sonographic diagnostic criteria for placenta accreta. J Clin Ultrasound. 2008 Nov-Dec;36(9):551-9.

⁵ Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, Carpenter M, Peaceman AM,

O'Sullivan MJ, Sibai B, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006 Jun;107(6):1226-32.

⁶ Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Jul;207(1):14-29.

⁷ RCOG: Clinical Green Top Guidelines nº 27. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management. January 2011. Accesible en: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG27PlacentaPraeviaJanuary2011.pdf>.

⁸ Bakshi S, Meyer BA. Indications for and outcomes of emergency peripartum hysterectomy. A five-year review. *J Reprod Med.* 2000 Sep;45(9):733-7.

⁹ Castaneda S, Karrison T, Cibils LA. Peripartum hysterectomy. *J Perinat Med.* 2000;28(6):472-81.

¹⁰ Palacios-Jaraquemada JM. Diagnosis and management of placenta accreta. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008 Dec;22(6):1133-48.

¹¹ Comstock CH. The antenatal diagnosis of placental attachment disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011 Apr;23(2):117-22.

¹² Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. The morbidly adherent placenta: an overview of management options. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 Sep;89(9):1126-33.

¹³ Derman AY, Nikac V, Haberman S, Zelenko N, Opsha O, Flyer M. MRI of placenta accreta: a new imaging perspective. *AJR Am J Roentgenol.* 2011 Dec;197(6):1514-21.

¹⁴ Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, Resnik R. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2006 Sep;108(3 Pt 1):573-81.

¹⁵ Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, Rao A, Carroll I, Barth R, Chitkara U. Prenatal diagnosis of placenta accreta: sonography or magnetic resonance imaging? *J Ultrasound Med.* 2008 Sep;27(9):1275-81.

¹⁶ Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol.* 2010 Oct;116(4):835-42.

¹⁷ Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG.* 2009 Apr;116(5):648-54.

¹⁸ Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clément D, Cabrol D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2004 Sep;104(3):531-6.

¹⁹ Alanis M, Hurst BS, Marshburn PB, Matthews ML. Conservative management of placenta increta with selective arterial embolization preserves future fertility and results in a favorable outcome in subsequent pregnancies. *Fertil Steril.* 2006 Nov;86(5):1514.e3-7.

²⁰ Steins Bisschop CN, Schaap TP, Vogelvang TE, Scholten PC. Invasive placentation and uterus preserving treatment modalities: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Aug;284(2):491-502.

²¹ Hayes E, Ayida G, Crocker A. The morbidly adherent placenta: diagnosis and management options. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011 Dec;23(6):448-53.

Los Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Grados de recomendación	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. (Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib)
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación (Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III)
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. (Recoge el nivel de evidencia IV)