

De la amenaza fetal al acretismo inadvertido: un caso de maternidad compleja

From fetal threat to inadvertent actress: a case of complex maternity

Álvaro Leonardo Beltrán-Vidal^{1,3,a}, Daniela de la Nube Pacheco-Galindo^{2,3,b}, Elsa Alicia Landi-Faican^{2,3,b}

¹ Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

² Universidad Del Azuay. Cuenca, Ecuador.

³ Hospital de José Carrasco Arteaga. Cuenca, Ecuador.

^a Especialista en obstetricia y ginecología. Experto universitario en cribado de cáncer de cérvix.

^b Posgradista en obstetricia y ginecología.

Información del artículo

Citar como:

Beltrán-Vidal AL, Pacheco-Galindo DN, Landi-Faican EA. De la amenaza fetal al acretismo inadvertido: un caso de maternidad compleja. *Health Care & Global Health*. 2025;9(2):95-99.

DOI: 10.22258/hgh.2025.92.212

Autor de Correspondencia:

Daniela de la Nube Pacheco Galindo
Email: danielapachecog17@hotmail.com
Teléfono: +593 98 399 0543

Historial

Recibido: 20/06/2025

Revisado: 30/06/2025

Aceptado: 14/07/2025

En línea: 15/08/2025

Revisión por pares interna: Si

Revisión por pares externa: Si



Resumen

El espectro de placenta accreta (PAS) es una complicación obstétrica grave con incidencia creciente. El objetivo de la presentación de este caso es destacar la importancia del alto índice de sospecha y la preparación multidisciplinaria ante el diagnóstico intraoperatorio inesperado de acretismo placentario en una paciente primigesta sin factores de riesgo evidentes. Se describe el caso de una mujer de 28 años que cursaba un embarazo de 38 semanas y que, tras una cesárea de emergencia por estado fetal no tranquilizador, se evidenció un acretismo placentario no diagnosticado prenatalmente, resultando en una hemorragia obstétrica que requirió histerectomía subtotal. La importancia de este caso radica en ilustrar que el PAS puede ocurrir en ausencia de los factores de riesgo clásicos, enfatizando la necesidad de considerar esta patología como diagnóstico diferencial ante complicaciones hemorrágicas postparto y de contar con protocolos de manejo y equipos experimentados para optimizar los resultados maternos y neonatales, incluso en circunstancias donde las opciones terapéuticas se ven limitadas por las creencias del paciente.

Palabras clave: Placenta accreta, hemorragia posparto, cesárea, tercer trimestre del embarazo (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Placenta accreta spectrum disorder (PAS) is a serious obstetric complication with an increasing incidence. The objective of this case presentation is to highlight the importance of a high index of suspicion and multidisciplinary preparation for the unexpected intraoperative diagnosis of placental accreta in a primigravida patient with no obvious risk factors. We describe the case of a 28-year-old woman at 38 weeks pregnant who, following an emergency cesarean section due to a discouraging fetal status, was found to have placental accreta that had not been diagnosed prenatally, resulting in obstetric hemorrhage requiring subtotal hysterectomy. The importance of this case lies in illustrating that PAS can occur in the absence of classic risk factors, emphasizing the need to consider this condition as a differential diagnosis for postpartum hemorrhagic complications and to have management protocols and experienced teams to optimize maternal and neonatal outcomes, even in circumstances where therapeutic options are limited by patient beliefs.

Keywords: Placenta Accreta, Postpartum Hemorrhage; Cesarean Section; Pregnancy Trimester, Third (Source: MeSH, NLM).

Introducción

En un embarazo normal, un blastocisto se implanta en el endometrio y, tras el parto, la placenta se desprende del útero. En el espectro de placenta accreta, la placenta se forma en un punto de ruptura entre el endometrio y miometrio ^[1].

Las alteraciones en la adhesión placentaria al miometrio se denominan desórdenes del espectro de la placenta accreta (PSA, sus siglas en inglés), clasificados según la profundidad de la invasión trofoblástica: placenta accreta se refiere a la adherencia de las vellosidades coriónicas directamente al miometrio; placenta increta implica la invasión de las vellosidades dentro del miometrio; y placenta percreta describe la penetración de las vellosidades a través de todo el miometrio, pudiendo extenderse a órganos adyacentes como la vejiga. Esta condición patológica impide el desprendimiento fisiológico de la placenta postparto, resultando en un riesgo considerable de hemorragia obstétrica masiva, lo que incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna ^{[2][3]}.

La incidencia del PAS está aumentando y actualmente se sitúa en torno a 3 por cada 1000 partos, y las crecientes tasas de cesáreas, placenta accreta en embarazos previos y otras cirugías uterinas, como miomectomías y legrados endometriales repetidos, están implicadas en su etiopatogenia ^{[4][5]}.

La detección prenatal del PAS se realiza principalmente mediante ecografía y es importante para reducir la morbilidad materna asociada a esta afección. A pesar de la amplia investigación sobre diversos marcadores ecográficos del PAS y su eficacia en el cribado, aún existen inconsistencias ^[5].

Los marcadores ecográficos incluyen múltiples lagunas vasculares, pérdida de la zona retroplacentaria hipoeoica, anomalías en la interfaz serosa uterina-vejiga, grosor miometrial retroplacentario inferior a 1 mm, aumento de la vascularización placentaria y la observación de vasos puente que conectan la placenta con la vejiga ^[6].

El diagnóstico prenatal de los trastornos del PAS es posible, lo que reduce el riesgo de mortalidad y morbilidad en las embarazadas. La detección de trastornos del PAS en el segundo trimestre del embarazo se vuelve obligatoria, ya que se espera que el número de nacimientos por cesárea aumente a más del triple hasta 2030 ^[7].

Se presenta el siguiente caso clínico con la finalidad de exponer la necesidad de un diagnóstico temprano de esta patología, considerando los antecedentes quirúrgicos de las pacientes durante la captación del embarazo y posteriores controles.

Caso Clínico

Paciente de 28 años de edad, casada, docente, testigo de Jehová, grupo sanguíneo O Rh +, primigesta, desconoce fecha de última menstruación. Por ecografía cursaba embarazo de 38 semanas, en el embarazo tuvo 8 controles prenatales, se realizó 4 ecografías con reporte normal, tomó hierro, ácido fólico, no tuvo hospitalizaciones, sangrados ni infecciones durante la gestación.

Antecedentes patológicos personales: quiste simple de ovario izquierdo que se resolvió con tratamiento clínico, no antecedentes quirúrgicos, no alergias, padre con artritis. La gestante acudió por el servicio de emergencia refiriendo eliminación de líquido transvaginal y secreción verdosa, disminución en la percepción de movimientos fetales. Se constató signos vitales normales con score MAMÁ:0; altura de fondo uterino 32cm.; latido cardiaco fetal 145 latidos por minuto con variabilidad mínima, dinámica uterina 1/10 minutos de 25 seg; Monitorización Electrónica Fetal Intraparto (MEFI) categoría II. Al tacto vaginal: cérvix central, dilatado 6cm, borrado 80%, presentación en plan I de Hodge, membranas rotas (1h), se evidencia meconio espeso (puré de arvejas). Se diagnosticó embarazo de 38 semanas de gestación más estado fetal no tranquilizador y se dio ingreso para terminación del embarazo por cesárea (Figura 1).

En el procedimiento se evidencia recién nacido único, vivo, en presentación cefálica, de fácil extracción, con triple circular de cordón (dos al cuello y una al tórax), sexo masculino, peso 2300 gr, APGAR 9-9, Capurro 39,2 semanas, recién nacido a término pequeño para la edad gestacional, líquido amniótico con meconio espeso. Se intentó alumbramiento placentario sin lograrlo. Se exteriorizó útero y se evidenció placenta anormalmente



Figura 1. Útero exteriorizado; con una masa placentaria exofítica, cianótica y con vascularización anómala en el cuerno, indicando acretismo placentario y hemorragia asociada.



Figura 2. Histopatológica macroscópica del útero, post-histerectomía; revela una amplia zona de placenta retenida que ha invadido profundamente el miometrio y se extiende hasta la serosa (flecha amarilla), con áreas de hemorragia y necrosis tisular, confirmando un acretismo placentario severo con características de placenta percreta.

inserta en el cuerno derecho (acretismo placentario) (Figura 2). Se comunicó a la paciente y sus familiares para proceder con la histerectomía obstétrica subtotal (Figura 3). Complicaciones del acto quirúrgico: hemorragia obstétrica con un sangrado aproximado de 1200cc. Signos vitales y diuresis permanecieron estables durante todo el procedimiento, no se requirió transfusión además que por religión de la paciente no se lo podía realizar. En el post quirúrgico se manejó con cristaloides, cefazolina, tramadol, paracetamol parenteral, ibuprofeno oral y enoxaheparina a las 12 horas post quirúrgicas.

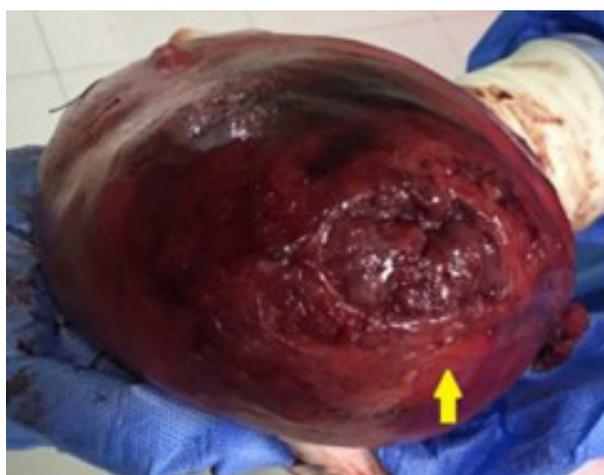


Figura 3. Post-histerectomía obstétrica; muestra un útero marcadamente agrandado y de coloración violácea oscura, con una sección incisa que expone la presencia de tejido placentario retenido y firmemente adherido en la región del cuerno uterino (flecha amarilla), confirmando la patología de acretismo placentario como indicación de la histerectomía.

En la analítica sanguínea de ingreso: serología negativa, PCR 0.8mg/dl, tiempos de coagulación normales, leucocitos 7850, hemoglobina 13.4, hematocrito 38.6, plaquetas 142000, neutrófilos 53,5%, glucosa 104, función renal y hepática normales, Examen Microscópico de Orina (EMO) negativo.

Paciente tuvo una evolución favorable, en las primeras horas postquirúrgicas. Presentó dolor en sitio quirúrgico de moderada intensidad que cedió con analgésicos convencionales, signos vitales estables con score mama 0, sangrado transvaginal escaso. En paraclínicos de control aproximadamente a las 10 horas post quirúrgicas: PCR 0.47, leucocitos 13900, hemoglobina 12.2, hematocrito 33.4, plaquetas 140000, neutrófilos 82%, función renal normal. Al día siguiente refería dolor leve en sitio quirúrgico, signos vitales normales, sangrado transvaginal escaso, diuresis espontánea, deambula con normalidad. Recién nacido permanece en alojamiento conjunto. Fue dada de alta junto al recién nacido a las 51 horas post quirúrgicas con evolución favorable, con analgesia oral y antibiototerapia oral para completar en casa, así como enoxaheparina para 7 días más y control a posterior por consulta externa de alto riesgo obstétrico y psicología.

Discusión

El caso presentado ilustra la complejidad y el potencial de complicaciones graves en embarazos considerados de bajo riesgo, destacando la importancia de la vigilancia clínica y la preparación multidisciplinaria ante eventos inesperados como el acretismo placentario.

El acretismo placentario es una de las condiciones obstétricas más peligrosas, asociada a hemorragias masivas, coagulopatía, falla multiorgánica y alta mortalidad materna, especialmente cuando el diagnóstico es inadvertido y se presenta en el contexto de una cesárea de emergencia [8].

Aunque los principales factores de riesgo incluyen cesáreas previas y placenta previa, la ausencia de antecedentes no excluye la posibilidad de acretismo, como se evidenció en este caso. Además, la amenaza fetal aguda (líquido meconial, disminución de movimientos fetales) puede precipitar la necesidad de una intervención urgente, limitando la capacidad de planificación y optimización del manejo [9] [10].

La identificación intraoperatoria de acretismo placentario suele ser inesperada en pacientes sin factores de riesgo evidentes, lo que incrementa la morbilidad por la falta de preparación para una hemorragia masiva y la necesidad de histerectomía de emergencia [10]. El manejo óptimo requiere un equipo multidisciplinario experimentado,

infraestructura hospitalaria adecuada y acceso a protocolos de transfusión masiva ^[11].

Sin embargo, en situaciones donde las creencias del paciente limitan el uso de hemoderivados, como en el caso de testigos de Jehová, la estabilización hemodinámica se vuelve aún más desafiante y demanda estrategias alternativas, como el uso de cristaloides y medidas quirúrgicas conservadoras ^[12].

Este caso subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante cualquier signo de compromiso materno-fetal, incluso en embarazos aparentemente de bajo riesgo, y de considerar el acretismo placentario como diagnóstico diferencial en hemorragias obstétricas severas ^[13].

La literatura enfatiza que los resultados maternos y neonatales mejoran significativamente cuando el parto y el manejo del acretismo se realizan en centros con experiencia y recursos multidisciplinarios. Además, la planificación anticipada y la evaluación de factores de riesgo, junto con el respeto a las creencias y preferencias del paciente, son esenciales para una atención centrada y segura ^[14].

La ecografía prenatal sigue siendo la herramienta principal para diagnosticar el PAS, con sensibilidades del 80 al 90%. La resonancia magnética también se utiliza para la confirmación, especialmente en casos complejos. Identificar los factores de riesgo, como los partos anteriores por cesárea y la placenta previa, son esenciales para un diagnóstico temprano ^{[14][15]}.

La histerectomía por cesárea dejando la placenta in situ es la mejor opción, especialmente en los casos graves. Existen opciones de tratamiento conservadoras, pero se limitan a algunos pacientes debido a los altos riesgos ^[16]. El tratamiento eficaz requiere un enfoque en equipo, que haga hincapié en la necesidad de contar con centros especializados para tratar los casos complejos ^[17].

Referencias

- Hobson SR, Kingdom JC, Murji A, Windrim RC, Carvalho JCA, Singh SS, et al. No. 383-screening, diagnosis, and management of placenta accreta spectrum disorders. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41:1035–49. DOI:10.1016/j.jogc.2018.12.004.
- 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;220:511–26. DOI:10.1016/j.ajog.2019.02.054.
- Bloomfield V, Rogers S, Leyland N. Placenta accreta spectrum. *CMAJ* 2020;192:E980. DOI: 10.1503/cmaj.200304.
- Horgan R, Abuhamad A. Placenta accreta spectrum: Prenatal diagnosis and management. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2022;49:423–38. DOI:10.1016/j.jogc.2022.02.004.
- Ali H, Chandrharan E. Etiopathogenesis and risk factors for placental accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2021;72:4–12. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2020.07.006.
- Shanker SA, Coleman B, Timor-Tritsch IE, Bhide A, Bromley B, Cahill AG, et al. Special Report of the Society for Maternal-

Conclusión

Este caso nos recuerda una verdad fundamental en obstetricia: la vigilancia constante y la preparación para lo inesperado son innegociables, incluso en embarazos que transcurren sin aparentes complicaciones. Si bien la ecografía prenatal es la principal herramienta para sospechar acretismo, su ausencia de hallazgos no lo descarta por completo. La paciente primigesta, sin factores de riesgo clásicos, nos confronta con la realidad de que el acretismo placentario puede presentarse de novo, exigiendo una respuesta quirúrgica rápida y decisiva ante la imposibilidad del alumbramiento. La presencia de sufrimiento fetal agudo añadió una capa de urgencia, desviando la atención de una posible implantación anómala. La exitosa resolución mediante histerectomía subtotal, respetando las convicciones de la paciente al evitar la transfusión, subraya la importancia de un equipo quirúrgico experimentado y protocolos claros para el manejo de la hemorragia obstétrica masiva. Por último, este caso enfatiza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha, incluso ante la normalidad, y de estar siempre listos para afrontar las complicaciones más severas, priorizando la vida y el bienestar de madre e hijo.

Información complementaria

Contribución de los autores: ALBV: Participó en la concepción y diseño del estudio, recolección de datos, análisis y e interpretación de datos y aprobación de su versión final. DNPG y EALF: Análisis e interpretación de datos, revisión crítica del manuscrito y redacción del manuscrito.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de interés.

Financiamiento: Autofinanciamiento.

Disponibilidad de datos: Datos disponibles a solicitud de los interesados.

Agradecimientos: Al equipo de trabajo.

- Fetal Medicine Placenta Accreta Spectrum Ultrasound Marker Task Force: Consensus on definition of markers and approach to the ultrasound examination in pregnancies at risk for placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol* 2021;224:B2–14. DOI:10.1016/j.ajog.2020.09.001.
7. Stănculescu RV, Brătilă E, Socolov DG, Russu MC, Bauşic V, Chirculescu R, et al. Update on placenta accreta spectrum disorders by considering epidemiological factors, ultrasound diagnosis and pathological exam - literature review and authors' experience. *Rom J Morphol Embryol* 2022;63:293–305. DOI:10.47162/RJME.63.2.02.
 8. Silver RM, Fox KA, Barton JR, Abuhamad AZ, Simhan H, Huls CK, et al. Center of excellence for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:561–8. DOI:10.1016/j.ajog.2014.11.018.
 9. Lucidi A, Janiaux E, Hussein AM, Nieto-Calvache A, Khalil A, D'Amico A, et al. Emergency delivery in pregnancies at high probability of placenta accreta spectrum on prenatal imaging: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2024;6:101432. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2024.101432.
 10. Silver RM. Abnormal placentation: Placenta previa, Vasa previa, and placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2015;126:654–68. DOI:10.1097/aog.0000000000001005.
 11. Einerson BD, Gilner JB, Zuckerwise LC. Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol* 2023;142:31–50. DOI: 10.1097/aog.0000000000005229.
 12. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR. Placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:B2–16. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.09.042.
 13. Obstetric care consensus no. 7: Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol* 2018;132:e259–75. DOI: 10.1097/aog.0000000000002983.
 14. Silver RM, Branch DW. Placenta accreta spectrum. *Obstet Anesth Dig* 2018;38:184–5. DOI: 10.1097/01.aoa.0000547281.17412.12.
 15. Nageotte MP. Always be Vigilant for Placenta Accreta. *Obstet Anesth Dig* 2015;35:146–7. DOI: 10.1097/01.aoa.0000469481.80470.46.
 16. Di Mascio D, Cali G, D'antonio F. Updates on the management of placenta accreta spectrum. *Minerva Ginecol* 2019;71:113–20. DOI:10.23736/S0026-4784.18.04333-2.
 17. Al-Hakeem AH, Meri MA, Aldujaili HH. Placenta accreta spectrum: A review of morphological, histopathological of the placenta in first-trimester spontaneous abortions. *MedSciJourAdvRes* 2022;3:1–11. DOI: 10.46966/msjar.v3i1.33.