

JUAREZ-ESPARZA, SA¹, ESCOBAR-FERNANDEZ, JC², ACOSTA-ALFARO, LF³.

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia posparto se ha definido como la pérdida de 500 ml o más de sangre después que se completa el tercer periodo del trabajo de parto. Es una emergencia obstétrica. El diagnóstico oportuno, los recursos apropiados y el manejo adecuado son fundamentales para prevenir la muerte.

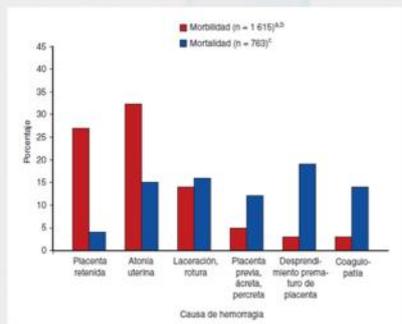


Figura 1. Morbilidad y mortalidad de las diferentes causas de hemorragia obstétrica.²

La placenta acreta es el resultado de la implantación placentaria en un área de decidualización defectuosa causada típicamente por daño preexistente a la interfaz endometrial-miometrial.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (2002) estima que la placenta ácreta complica a uno de cada 2 500 partos³.

80 por ciento de estos casos se asocian con antecedentes de parto por cesárea previo, curetaje y / o miomectomía etc.

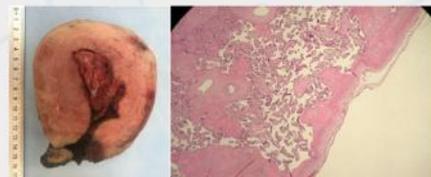
A menudo se diagnostica durante el examen ecográfico prenatal.

La primera manifestación clínica de la placenta acreta suele ser una hemorragia profusa y potencialmente mortal que se produce en el momento del intento de separación placentaria manual durante el alumbramiento⁴. En algunas situaciones es frecuente la hemorragia antes del parto cuando la placenta es ácreta, y casi siempre es consecuencia de placenta previa coexistente. Todas las pacientes con sospecha de placenta acreta deben recibir asesoramiento sobre el diagnóstico y las posibles secuelas (p. Ej., Hemorragia, transfusión de sangre, histerectomía por cesárea, ingreso de la unidad de cuidados intensivos de la madre)⁵.

Caso clínico

Femenina de 32 años de edad, con embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última regla, ingresa a hospitalización con trabajo de parto en fase activa con 5 centímetros de dilatación, con antecedentes heredofamiliares no importantes para patología. Niega alergias, fracturas, transfusionales, crónico degenerativos, tabaquismo y alcoholismo, refiere quirúrgicos previos de 1 cesárea, y rinoplastia, menarca a los 15 años, ritmo 28 x 5, FUM 27 de junio de 2017, G5 P1 C1 A2. Pasa a expulsivo y se obtiene producto en presentación cefálica, se realiza pinzamiento tardío, se revisa canal de parto y cavidad uterina, se realiza episiorrafia, recién nacido masculino, con peso de 3.950 kg, talla 50 cm, apgar 9/10, 39 se-

semanas de gestación por capurro. Se realiza salpingectomía bilateral por paridad satisfecha, se corrobora histerorrafia. Se encuentra sangrado aumentado y numerosos coágulos en cavidad abdominal, se calcula un sangrado total de 400-500 cc. Se administra misoprostol 800 mg via rectal dosis única, 20 UI de oxitocina en solución Hartman. A las 4 horas post parto, presenta sangrado transvaginal abundante, se pasa a revisión de cavidad uterina, presenta TA 90/60, FC 90, FR 22, Temp. 36, y se observa con palidez de piel y tegumentos, mucosas secas, tórax sin compromiso, abdomen con útero subinvolucionado, sangrado transvaginal abundante, con presencia de coágulos en fondo de saco y en cavidad uterina, observándose desgarro lateral de cérvix. En quirófano se extrae restos de membranas amnióticas, sangrado total calculado en 3000 cc. Al día siguiente se realiza biometría hemática de control que reporta hemoglobina 4.8 y hematocrito 12.3, plaquetas 130000, leucocitos 19.70. Se toma ultrasonido abdominal que reporta imágenes compatibles con numerosos coagulos en cavidad uterina y sospecha de tejido placentario en fondo uterino por doppler con color positivo. Se realiza legrado uterino en el que se encuentran numerosos coagulos y atonía uterina, por lo que se decide pasar a histerectomía, la cual se realiza y se manda útero a estudio histopatológico. Cirugía con sangrado aproximado de 300 cc. Se transfunden 4 paquetes eritrocitarios y 2 plasmas frescos congelados. Se obtiene reporte de patología, arroja como diagnóstico acretismo placentario (placenta acreta) sin datos de malignidad.



Conclusion

La importancia del diagnóstico oportuno de las posibles causas de hemorragia obstétrica y su manejo es de gran importancia para la integridad de la paciente. Por lo que es de vital importancia tratar de realizar un diagnóstico prenatal y llevar a cabo un seguimiento detallado para evitar las complicaciones durante o posterior al proceso del parto. Es importante estar preparados ante cualquier situación que se pueda presentar y siempre tener en mente la posibilidad de realizar este diagnóstico en pacientes con factores de riesgo para presentar la patología.

Bibliografías

1. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México. IMSS; 2017
2. F. Gary Cunningham, MD Williams OBSTETRICIA 23 edición, Mc Graw Hill 2011
3. Robert Resnik, MD Clinical features and diagnosis of placenta accreta spectrum (placenta accreta, increta, and percreta) Uptodate Mar 2018

¹Medico interno de pregrado del Hospital Angeles de Culiacán.

²Medico interno de pregrado del Hospital Angeles de Culiacán.

³Medico especialista en ginecología y obstetricia en Hospital Angeles de Culiacán.

Este artículo podrá ser consultado en Inbiomed, Latindex, Periódica y en www.hgculiacan.com