

Clasificación FIGO para el diagnóstico clínico de los trastornos del espectro del acretismo placentario

ARTÍCULO DE REVISIÓN

[Jauniaux E](#)¹, [Ayres-de-Campos D](#)², [Langhoff-Roos J](#)³, [Fox KA](#)⁴, [Collins S](#)^{5,6}; [FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel](#).

Colaboradores (24) Información de los autores

- 1 EGA Institute for Women's Health, Faculty of Population Health Sciences, University College London, London, UK.
2 Medical School, University of Lisbon, Santa Maria Hospital, Lisbon, Portugal.
3 Department of Obstetrics, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark.
4 Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA.
5 Nuffield Department of Women's and Reproductive Health, University of Oxford, Oxford, UK.
6 Fetal Medicine Unit, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK.

Primera publicación: 07 June 2019

<https://doi.org/10.1002/ijgo.12761>

†
Desarrollado por el Comité FIGO Safe Motherhood and Newborn Health, coordinado por Eric Jauniaux.

‡
Las opiniones expresadas en este documento reflejan la opinión de las personas y no necesariamente las de las instituciones que representan.

Resumen

El espectro de placenta accreta está afectando los resultados de la salud materna a nivel mundial y es probable que su prevalencia aumente. Los resultados maternos dependen de la identificación de la condición antes o durante el parto y, en particular, del diagnóstico diferencial entre sus formas adherentes e invasivas. Sin embargo, la estimación precisa de su prevalencia y resultados es actualmente problemática debido al uso variable de criterios clínicos para definirlo durante el nacimiento y la falta de un examen patológico detallado en la mayoría de las series. La adhesión a esta nueva clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) debería mejorar futuras revisiones sistemáticas y metanálisis y proporcionar datos epidemiológicos más precisos que son esenciales para desarrollar nuevas estrategias de gestión.

1. INTRODUCCIÓN

Irving y Hertig son acreditados por haber publicado, en 1937, el primer estudio de cohorte de placenta accreta en la literatura internacional.¹ Su artículo incluía descripciones clínicas e histopatológicas completas de 20 casos, y una revisión de la literatura de 86 casos publicados antes de 1935. Todos estos casos se describieron como "adherentes", que los autores caracterizaron clínicamente como una placenta adherente a la pared uterina sin una fácil

separación y / o sangrado del lecho placentario, e histológicamente como ausencia de capa decidual / capa de Nitabuch entre la placenta y el miometrio. Estos criterios de diagnóstico no eran nuevos en ese momento y habían estado en uso desde mediados de la década de 1920, incluso por los autores de informes de casos con evidencia histológica de invasión vellosa del miometrio.²

2. PERSPECTIVA HISTÓRICA

Los factores predisponentes identificados en las décadas de 1920 y 1930 fueron la extracción manual previa de placenta y / o legrado uterino "vigoroso". Solo uno de los 20 pacientes incluidos en la serie de Irving y Hertig tuvo un parto por cesárea anterior.¹

De manera similar, en su revisión de los 86 informes de casos anteriores, solo un paciente tuvo un parto por cesárea anterior. Antes del desarrollo de los antibióticos, el daño a la pared uterina después del legrado uterino o la extracción manual de la placenta a menudo se agravaba por la endometritis. Esto probablemente resultó en la formación de tejido cicatricial focalmente dentro del miometrio superficial, que no es comparable a la cicatriz miometrial extensa causada por partos múltiples por cesárea.⁴⁻⁶ La baja incidencia de cicatrices miometriales de espesor completo puede explicar por qué muy pocos casos de placentación invasiva fueron informados antes de la década de 1950, cuando las cesáreas se volvieron más seguras y, por lo tanto, cada vez más comunes. Ahora hay evidencia epidemiológica convincente de que la placentación accreta se ha convertido esencialmente en una condición iatrogénica, secundaria a la epidemia de cesárea moderna.^{3, 4}

En estudios patológicos tempranos, se encontró que la distribución de placenta accreta adherente era del 69.5%, mientras que la placenta accreta invasiva representaron el 30.5% de todos los casos de placentación accreta, respectivamente.³ La incidencia de casos invasivos ha aumentado en las últimas dos décadas, pero los datos precisos son limitados debido a la amplia variación en la metodología utilizada en los estudios de cohortes.

La placenta accreta fue redefinida a mediados de la década de 1960 por Lukes et al.⁷ como un espectro de trastornos de placentación anormales. Estos trastornos incluyen placenta adherente o vera, también conocida como placenta creta por los patólogos, en la que las vellosidades se unen directamente a la superficie del miometrio sin invadirlo; placenta increta, en la cual las vellosidades penetran profundamente en el miometrio hasta la serosa uterina; y placenta percreta, en la cual el tejido vellosa invasivo penetra a través de la serosa uterina y puede llegar a los tejidos, vasos y órganos pélvicos circundantes. También mostraron que **diferentes grados del espectro de placenta accreta (PAS placenta accreta spectrum)** pueden coexistir en las mismas muestras y que un área de accreta puede ser focal o extendida (difusa). Esta sigue siendo la descripción más completa e inclusiva de placenta accreta publicada hasta ahora, y se ha incorporado a las recientes directrices de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ³ y otras publicaciones.⁶

3. DIAGNÓSTICO DE PAS

Al igual que otras afecciones patológicas, la histopatología ahora se considera ampliamente como la modalidad gold standar recomendada para confirmar el diagnóstico clínico de PAS, pero a menudo no está disponible en accreta adherente o casos manejados de forma conservadora.³ Además, a diferencia de la estadificación del cáncer, la clínica retrospectiva y / o patológica la calificación de PAS no tiene un impacto directo a largo plazo en la vida del paciente. Todos estos aspectos pueden explicar la aparente falta de interés en diferenciar con precisión las formas adherentes e invasivas, tanto por parte de médicos como patólogos, y / o la falta de patólogos perinatales capacitados en muchos centros.

Como resultado, los criterios de 1920-1930, basados principalmente en casos adherentes, continuaron siendo utilizados por varios autores de estudios de cohortes. Sin embargo, esto puede llevar a conclusiones engañosas, ya que la placentación accreta adherente o invasiva tienen resultados muy diferentes y requieren manejos también diferentes. Para agravar esto, aunque entre el 80% y el 90% de los PAS diagnosticados prenatalmente se manejan quirúrgicamente, 8 alrededor de la mitad de los autores no informan el alcance de la inserción o invasión vellosa después de la histerectomía periparto.

Las variantes recientes de la descripción clínica clásica de **PAS** a menudo incluyen criterios tales como "la difícil eliminación manual gradual de la placenta"; "ausencia de separación placentaria espontánea 20-30 minutos después del nacimiento a pesar del tratamiento activo, incluido el masaje bimanual del útero, el uso de oxitocina y la tracción controlada del cordón umbilical"; "fragmento de placenta retenido que requiere legrado después del parto vaginal"; y "sangrado abundante del sitio de placentación después de la extracción de la placenta durante el parto por cesárea" .10-13

Esto ha dado lugar a una multitud de criterios clínicos diferentes, que pueden confundirse fácilmente con la retención placentaria no accreta y la atonía uterina secundaria. Con tantos criterios diferentes que pretenden representar **PAS**, pero sin ningún intento de diferenciar entre formas adherentes e invasivas, no es sorprendente que haya una amplia variación en la prevalencia informada en los últimos 30 años.

A la confusión se suma la gran heterogeneidad en la terminología utilizada para describir los diferentes grados de placentación accreta, incluidos "trastornos de la adherencia placentaria", "adherencia placentaria anormal", "placentación invasiva avanzada" e "invasión miometrial anormal" .9, 14 A La etiqueta popular reciente utilizada por los médicos que informan sobre el diagnóstico prenatal de **PAS** ha sido "placenta adherente mórbida", que se usó en el siglo XIX para describir la retención placentaria.¹⁵ Se ha utilizado recientemente en la décima revisión de la OMS de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (ICD - 10) (www.who.int/classifications/icd) y ha llevado a algunas traducciones exóticas como "la placenta perniciosa" utilizada recientemente por autores chinos en revistas locales e internacionales.^{16, 17} Este punto también destaca el impacto limitado de la investigación de placenta de accreta en la literatura científica general, ya que es poco probable que las principales publicaciones médicas publiquen artículos sobre enfermedades que no tienen criterios diagnósticos universalmente aceptados y terminología inequívoca. Cada una de las otras terminologías utilizadas hasta ahora son subóptimas y exclusivas, ya que no describen los diferentes grados de **PAS**, es decir,

"adherente", que no incluyen los grados invasivos increta y percreta, y "invasivo", que pueden confundirse con enfermedad trofoblástica gestacional y, en particular, coriocarcinoma intrauterino invasivo.

Las consecuencias van mucho más allá de un simple debate sobre cuál es la terminología más adecuada. Hasta ahora, la falta de uso de criterios clínicos estandarizados para el diagnóstico de la afección al nacer y el diagnóstico diferencial histopatológico entre accreta adherente e invasiva ha llevado a una amplia heterogeneidad entre los estudios para todos los parámetros epidemiológicos y de resultado.¹⁸

Distinguir entre las formas de acretismo adherente e invasiva tiene un impacto directo en la evaluación precisa de la epidemiología, en la mejora de la comprensión de la patología subyacente y, lo más importante, en el desarrollo de mejores estrategias de gestión. Además, etiquetar los casos de retención de placenta como accreta o con adherencia mórbida conduce al sobrediagnóstico, lo que puede influir en la decisión del tratamiento y llevar al sobretratamiento y a la ansiedad relacionada con el diagnóstico para muchas pacientes.

4. PAS: CALIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN

El proceso de aclarar los datos de los informes sobre placenta accreta en la literatura internacional comenzó recientemente con el desarrollo de un sistema de clasificación para el diagnóstico clínico de **PAS**.¹⁹ La clasificación presentada en el Cuadro 1 fue desarrollada a partir de este esquema de clasificación, y revisada por miembros del FIGO "Placenta Accreta Espectro de Trastornos Diagnóstico y Manejo Panel de Consenso de Expertos".²⁰

Cabe destacar que se refiere a una clasificación y no a un sistema de estadificación, para diferenciarlo de la terminología utilizada para el cáncer.

Como ejemplo, para el uso de la clasificación, hemos resumido las recomendaciones de las recientes guías FIGO para el manejo quirúrgico conservador 21 y no conservador 22 de **PAS** de acuerdo con el grado de invasividad accreta definido en la clasificación actual (Cuadro S1).

Cuadro 1. Clasificación general del espectro de placenta accreta

Grado 1: Placenta anormalmente adherente (placenta adherente o creta)

Criterio clínico

- En el parto vaginal
 - Sin separación con oxitocina sintética y tracción suave controlada del cordón
 - Los intentos de extracción manual de la placenta provocan un sangrado abundante del sitio de implantación de la placenta que requiere procedimientos mecánicos o quirúrgicos.
- Si se requiere laparotomía (incluso para un parto por cesárea)
 - Igual que el anterior

- Macroscópicamente, el útero no muestra una distensión obvia sobre el lecho placentario (“bulto” placentario), no se ve tejido placentario que invada a través de la superficie del útero, y no hay neovascularidad mínima o mínima.

Criterios histológicos

- El examen microscópico de las muestras de lecho placentario de una muestra de histerectomía muestra áreas extendidas de ausencia de decidua entre el tejido veloso y el miometrio con vellosidades placentarias unidas directamente al miometrio superficial.
- El diagnóstico no se puede hacer solo en el tejido placentario entregado ni en biopsias aleatorias del lecho placentario

Grado 2: placenta anormalmente invasiva (Increta)

Criterio clínico

- En la laparotomía
 - Hallazgos macroscópicos anormales sobre el lecho placentario: coloración azulada / púrpura, distensión (“bulto” placentario)
 - Cantidades significativas de hipervascularidad (lecho denso y enredado de vasos o vasos múltiples que corren paralelamente en forma de cráneo en la serosa uterina)
 - No se observa tejido placentario que invada a través de la serosa uterina.
 - La tracción suave del cordón hace que el útero sea empujado hacia adentro sin separación de la placenta (el llamado signo de hoyuelo)

Criterios histológicos

- La muestra de histerectomía o la resección parcial del miometrio del área increta muestra vellosidades placentarias dentro de las fibras musculares y, a veces, en la luz de la vasculatura uterina profunda (arterias radiales o arqueadas)

Grado 3: placenta anormalmente invasiva (Percreta)

Grado 3a: limitado a la serosa uterina

Criterio clínico

- En la laparotomía
 - Hallazgos macroscópicos anormales en la superficie serosa uterina (como arriba) y el tejido placentario que invade la superficie del útero.

- No hay invasión en ningún otro órgano, incluida la pared posterior de la vejiga (se puede identificar un plano quirúrgico claro entre la vejiga y el útero)

- **Criterios histológicos.**

- Muestra de histerectomía que muestra tejido veloso dentro o que rompe la serosa uterina

Grado 3b: con invasión de la vejiga urinaria

Criterio clínico

- En la laparotomía
- Se observa que las velosidades placentarias invaden la vejiga pero no otros órganos.
- No se puede identificar un plano quirúrgico claro entre la vejiga y el útero

Criterios histológicos

- Muestra de histerectomía que muestra tejido veloso que rompe la serosa uterina e invade el tejido de la pared de la vejiga o el urotelio.

Grado 3c: con invasión de otros tejidos / órganos pélvicos

Criterio clínico

- En la laparotomía
- Se observa que las velosidades placentarias invaden el ligamento ancho, la pared vaginal, la pared lateral pélvica o cualquier otro órgano pélvico (con o sin invasión de la vejiga)

Criterios histológicos

- Muestra de histerectomía que muestra tejido veloso que rompe la serosa uterina e invade tejidos u órganos pélvicos (con o sin invasión de la vejiga)

Para los propósitos de esta clasificación, "útero" incluye el cuerpo uterino y el cuello uterino.

El proceso de placentación accreta tiene un impacto tanto en la anatomía de una porción de la placenta como en el desarrollo de la circulación uterina profunda circundante.⁶ El área accreta no dará a luz espontáneamente al nacer y cualquier intento de hacerlo puede provocar un sangrado rápidamente incontrolable desde los vasos uterinos profundos o la neovascularización alrededor del área accreta.

Cuanto más profundo y grande es el área de accreta dentro de la pared uterina, mayor es el riesgo de complicaciones hemorrágicas graves y la necesidad de realizar una histerectomía de emergencia. Para evitar un procedimiento quirúrgico complejo innecesario, los médicos deben diferenciar entre la placenta percreta y la llamada ventana uterina, que es un área de dehiscencia de la cicatriz de la cesárea con placentación normal debajo (que en ocasiones se ve asomando).

En este último, el tejido uterino circundante parece relativamente normal sin cambios vasculares graves (hipervascularización y vasos más grandes) o abultamiento placentario. Si la placenta finalmente se libera manualmente en su totalidad o en pedazos, al final de la reparación quirúrgica uterina o dentro de las 24-48 h, es poco probable que haya sido acretada. La extracción manual de una placenta retenida sin accretismo también se puede asociar con una hemorragia severa debido a atonía uterina secundaria, pero en estos casos, las técnicas conservadoras de manejo como las suturas compresivas y el balón intrauterino a menudo son exitosas para controlar el sangrado. Estos casos no deben informarse como un manejo exitoso de **PAS**.

5 Datos de información en PAS

Es fundamental mejorar la precisión del diagnóstico de **PAS** en la literatura internacional, y para este propósito también proponemos pautas de informes, que incluyen un conjunto de datos básicos estandarizados para futuras investigaciones clínicas y para permitir la comparación entre centros con diferentes estrategias de manejo (Cuadro 2). Este protocolo no reemplaza las pautas generales de la red EQUATOR (<https://www.equator-network.org/>), como la guía PRISMA para revisiones sistemáticas, sino que sirve para elevar el discurso internacional sobre **PAS** a un calibre científico que coincide con la importancia de la enfermedad en la salud materna a nivel mundial. La adhesión a esta nueva clasificación FIGO mejorará futuras revisiones sistemáticas y metanálisis y proporcionará datos epidemiológicos más precisos que son esenciales para mejorar los resultados clínicos.

Cuadro 2. Conjunto de datos básicos para informar sobre el espectro de placenta accreta

Población de fondo

- Estudio basado en la institución.
 - Monitorear los casos referidos y los casos captados localmente en conjuntos de datos separados
 - Descripción de los antecedentes poblacionales y de los casos, incluyendo el número de nacimientos, el modo de parto, la paridad, la tasa de CD local (estratificados por el número de partos anteriores y el número de CD anteriores)
- Estudio regional / de red / nacional
 - Descripción de los antecedentes poblacionales y de los casos, incluyendo el número de nacimientos, el modo de parto, la paridad, las tasas de CD (estratificados por el número de partos anteriores y el número de CD anteriores) para casos referidos y casos locales.

Descripción de los criterios estandarizados utilizados para el diagnóstico prenatal.

- Signos de ultrasonido del espectro de placenta accreta, incluida la ubicación placentaria.
- Signos de resonancia magnética de **PAS** que incluyen área de superficie y profundidad

Estrategia administrativa

- Modo de manejo previsto: parto vaginal, CD programada, histerectomía (primaria o tardía), resección focal del miometrio, dejando la placenta in situ.
- Modo real de manejo: parto vaginal, CD programada, CD emergente, resección focal del miometrio, histerectomía (primaria o tardía), dejando la placenta in situ y otros métodos de punción uterina.

Confirmación de diagnóstico:

- Criterios de diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico confirmado cuando sea posible.
- El diagnóstico final (clínico, histopatológico) debe establecerse claramente y realizarse de acuerdo con la clasificación en el Cuadro 1

Abreviaturas: CD, parto por cesárea; MRI, resonancia magnética.

PANEL DE CONSENSO

Greg Duncombe (Australia and New Zealand), Philipp Klaritsch (Germany), Frédéric Chantraine (Belgium), John Kingdom (Canada), Lene Grønbeck (Denmark), Kristiina Rull (Estonia), Minna Tikkanen (Finland), Loïc Sentilhes (France), Tengiz Asatiani (Georgia), Wing-Cheong Leung (Hong Kong), Taghreed Alhaidari (Iraq), Donal Brennan (Ireland), Muhieddine Seoud (Lebanon), Ahmed Mahmoud Hussein (Egypt), Ravindran Jegasothy (Malaysia), Kamal Nusrat Shah (Pakistan), Dorota Bomba-Opon (Poland), Corinne Hubinont (Belgium), Priya Soma-Pillay (South Africa), Nataša Tul Mandić (Slovenia), Pelle Lindqvist (Sweden), Berglind Arnadottir (Sweden), Irene Hoesli (Switzerland), Rafael Cortez (Venezuela).

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de intereses

Traducción y adaptación Dra. Patricia Cingolani

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12761>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31173360>