

# Rebelión placentaria: tipos de acretismo, protocolo de RM y hallazgos

Cristina Candelaria Linares Bello<sup>1</sup>, Violeta Pantoja Ortiz<sup>1</sup>,  
María Soledad Garrido Carrasco<sup>1</sup>, Carla Souweileh  
Arencibia<sup>1</sup>, Daniel Chueca Martínez<sup>1</sup>, Carlos Pérez Gámez<sup>1</sup>,  
Víctor Rafael Martín Garrido<sup>1</sup>, Manuel González Yanes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria,  
Santa Cruz de Tenerife

# ¿Qué es el acretismo placentario?

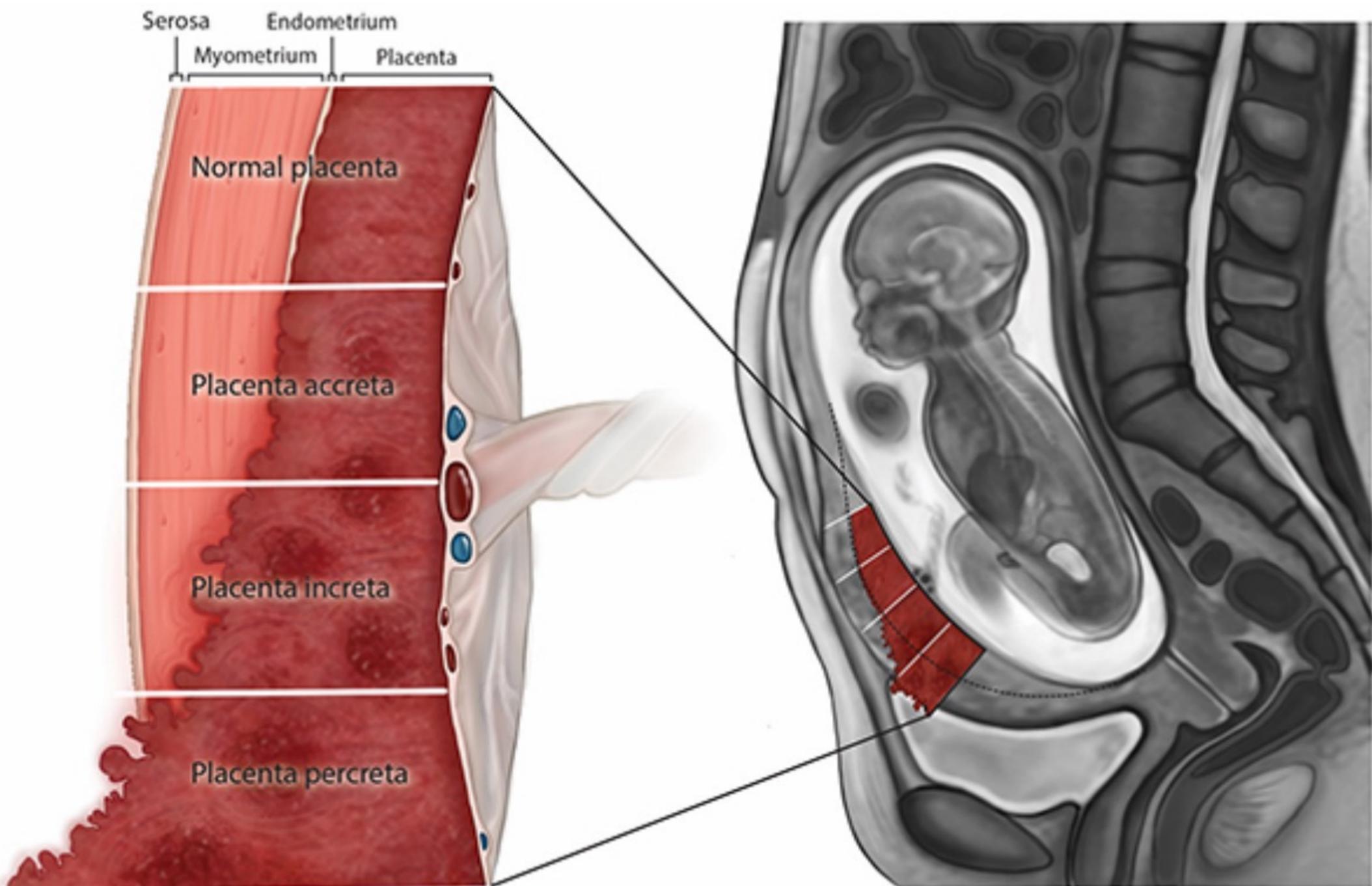
El **espectro del acretismo placentario** (EAP) incluyen diferentes grados de invasión del miometrio por parte de las vellosidades coriónicas. El acretismo placentario se trata de una entidad muy poco frecuente, pero que es potencialmente mortal, por lo que es importante conocer esta patología. Los principales **factores de riesgo** que favorecen su aparición son:

- Cesárea previa
- Placenta previa
- Edad materna avanzada
- Anomalías uterinas
- Bandas de adhesión intrauterinas
- Cirugía previa
- Multiparidad.

Estos factores de riesgo van a condicionar una pared uterina debilitada, lo que va a condicionar una decidua defectuosa con una posterior implantación de los trofoblastos.

# Tipos de acretismo

Existen diferentes tipos de entidades dentro del acretismo placentario dependiendo de la profundidad de invasión miometrial.



Tipos de acretismo placentario. *UCSF radiology's role in the Multidisciplinary Approach to the Placenta Service (MAPS) at UCSF.* (2021, octubre 1). UCSF Radiology.

# Placenta accreta

La placenta accreta es el **tipo más común** de invasión placentaria, tratándose de aproximadamente el 75% de los casos de acretismo placentario. Su incidencia es de 1 cada 7000 embarazos, con una **mortalidad materna** de aproximadamente el 6%. Actualmente, estas cifras están aumentado y se cree que es debido a que las cesáreas y los legrados han aumentado en los últimos 20 años, siendo la combinación de cesárea y de placenta previa anterior lo que más favorece la presentación de placenta accreta, apareciendo en aproximadamente el 60% de las embarazadas con estos antecedentes.

La placenta accreta se define como la **extensión de las vellosidades placentarias más allá de los límites del endometrio**, adhiriéndose al miometrio pero sin llegar a invadirlo.

Como complicaciones, puede progresar a placenta increta o percreta.

# Placenta increta

La placenta increta es el **segundo tipo más común** dentro del espectro de acretismo placentario (EAP), suponiendo aproximadamente el 25% de los casos, con una incidencia de 1 de cada 50000 embarazos.

La placenta increta se define como una **invasión del miometrio por parte de las vellosidades**, sin llegar a la serosa.

# Placenta percreta

La placenta percreta es la forma menos común y **más grave** dentro del espectro de acretismo placentario (EAP). Supone aproximadamente el 5% de los casos.

La placenta percreta se define como una **invasión del miometrio por parte de las vellosidades que se extiende hasta la serosa** e incluso la puede sobrepasar invadiendo estructuras vecinas.

# Protocolo de RM

La RM se puede realizar en una RM de 1,5 T o de 3T. La RM de 3T proporciona beneficios adicionales, como una mejor definición de los límites de las diferentes estructuras, pero hay que tener en cuenta que produce mayor cantidad de artefactos secundarios al movimiento. Todas las **secuencias** se deben obtener en los tres planos (axial, sagital y coronal) y son las siguientes:

- T2 SSFSE: valoración de la posición placentaria, la unión placentaria y de la profundidad de la invasión.
- T1 FSE: evaluación de la hemorragia subplacentaria.
- Eco de gradiente: valoración anatómica, de la vascularización y de estructuras adyacentes.
- DWI/ADC: evaluación de la invasión miometrial.

Otras consideraciones:

- Se debe de utilizar un espesor de corte  $\leq 4$  mm.
- El FOV recomendado es de 350-400 mm.
- No es necesaria la administración de contraste.

# Hallazgos de imagen

Los hallazgos de imagen en la RM son los siguientes:

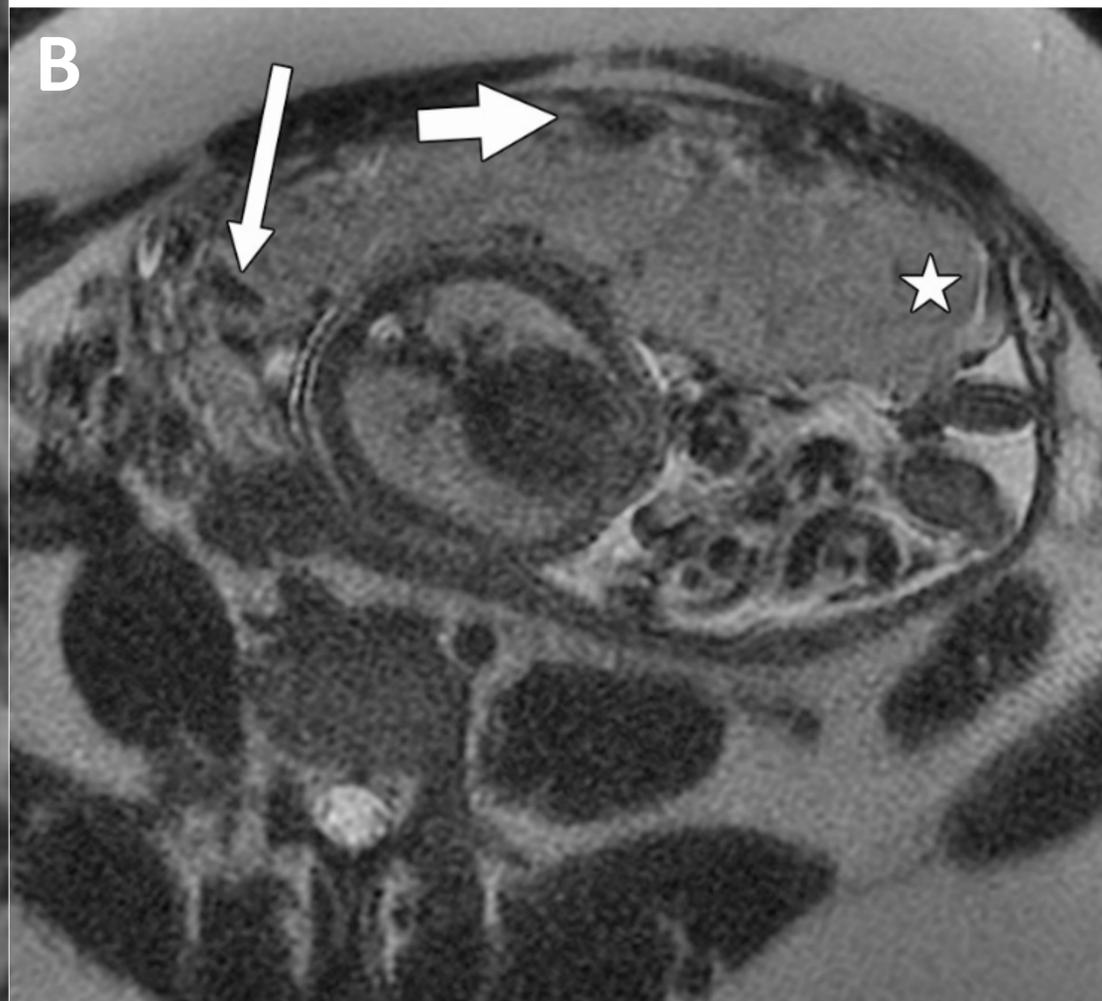
## 1. Placenta acreta y percreta:

- *Hallazgos en la placenta:*
  - Heterogeneidad de señal.
  - Abombamiento.
  - Desorganización vascular.
  - Contornos redondeados y ángulos agudos.
  - Bandas hipo-intensas en T2.
- *Hallazgos en el miometrio:*
  - Disrupción focal del miometrio.
  - Adelgazamiento del miometrio.
- *Hallazgos en la interfase uteroplacentaria:*
  - Adelgazamiento o pérdida del área hipo-intensa retroplacentaria.

## 2. Placenta percreta:

- *Invasión extrauterina.* Se puede observar una masa exofítica focal o invasión de órganos adyacentes.

# Placenta accreta



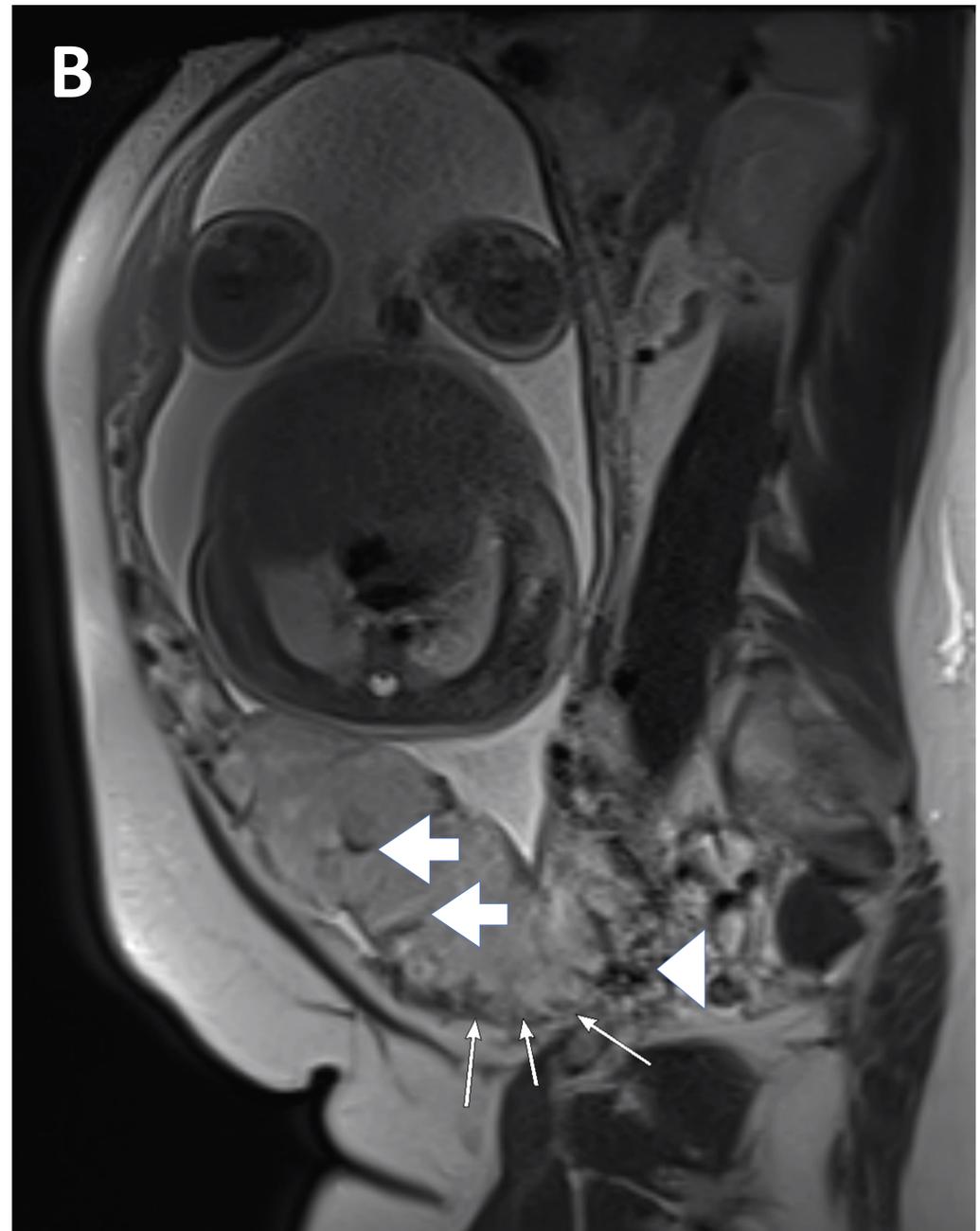
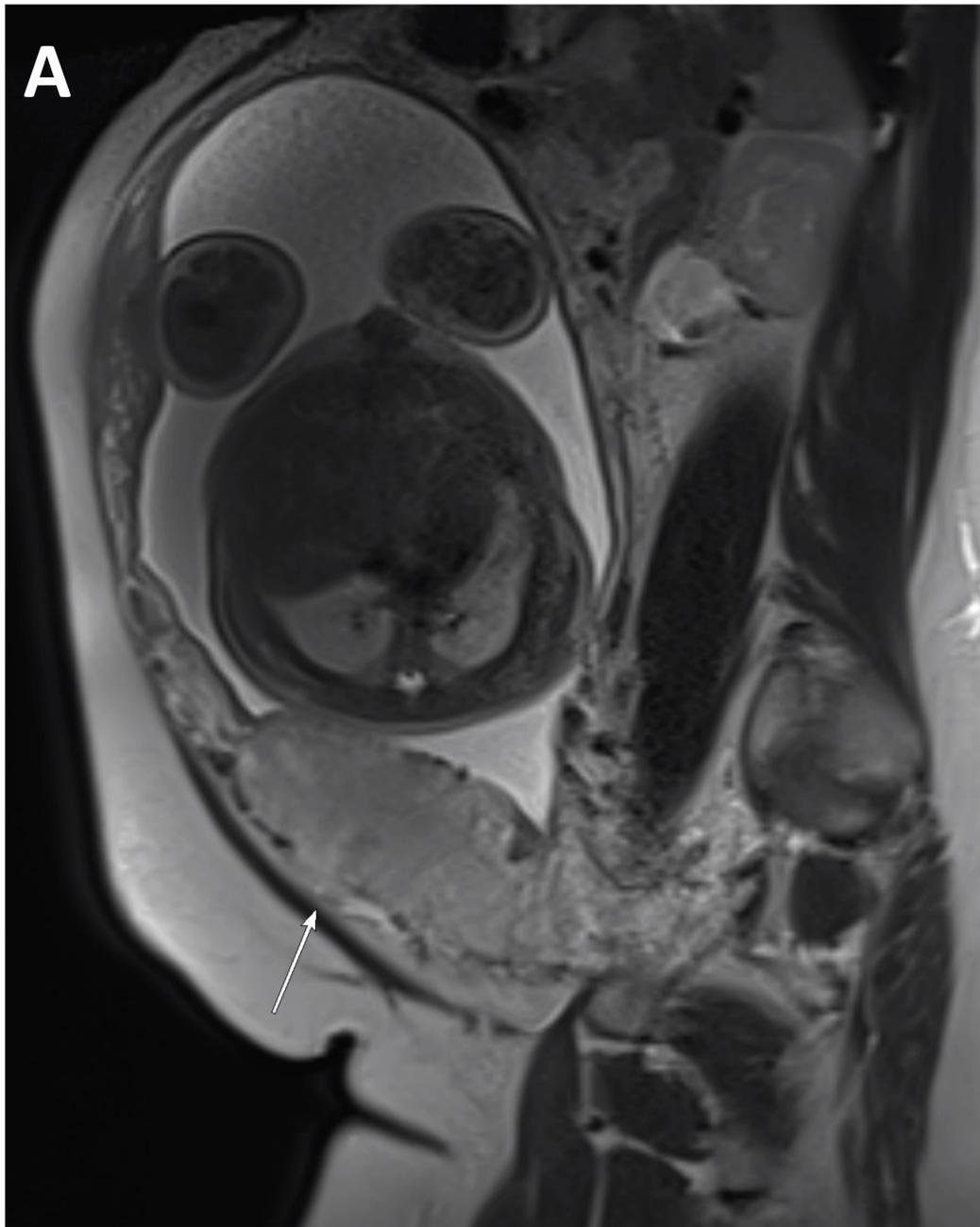
Embarazada de 26 años de edad.

A. T2, corte sagital. Bandas intraplacentarias (flecha fina) con leve aumento de la vascularización en la interfaz útero-placentaria (flecha gruesa).

B. T2, corte axial. Bandas intraplacentarias (flecha fina) con leve aumento de la vascularización en la interfaz útero-placentaria (flecha gruesa) y borde redondeado (asterisco).

Kilcoyne A, Sheboygan-Bhangle A. Et al. MRI of Placenta Accreta, Placenta Increta, and Placenta Percreta: Pearls and Pitfalls. *Placenta Increta, and Placenta Percreta: Pearls and Pitfalls.*

# Placenta increta



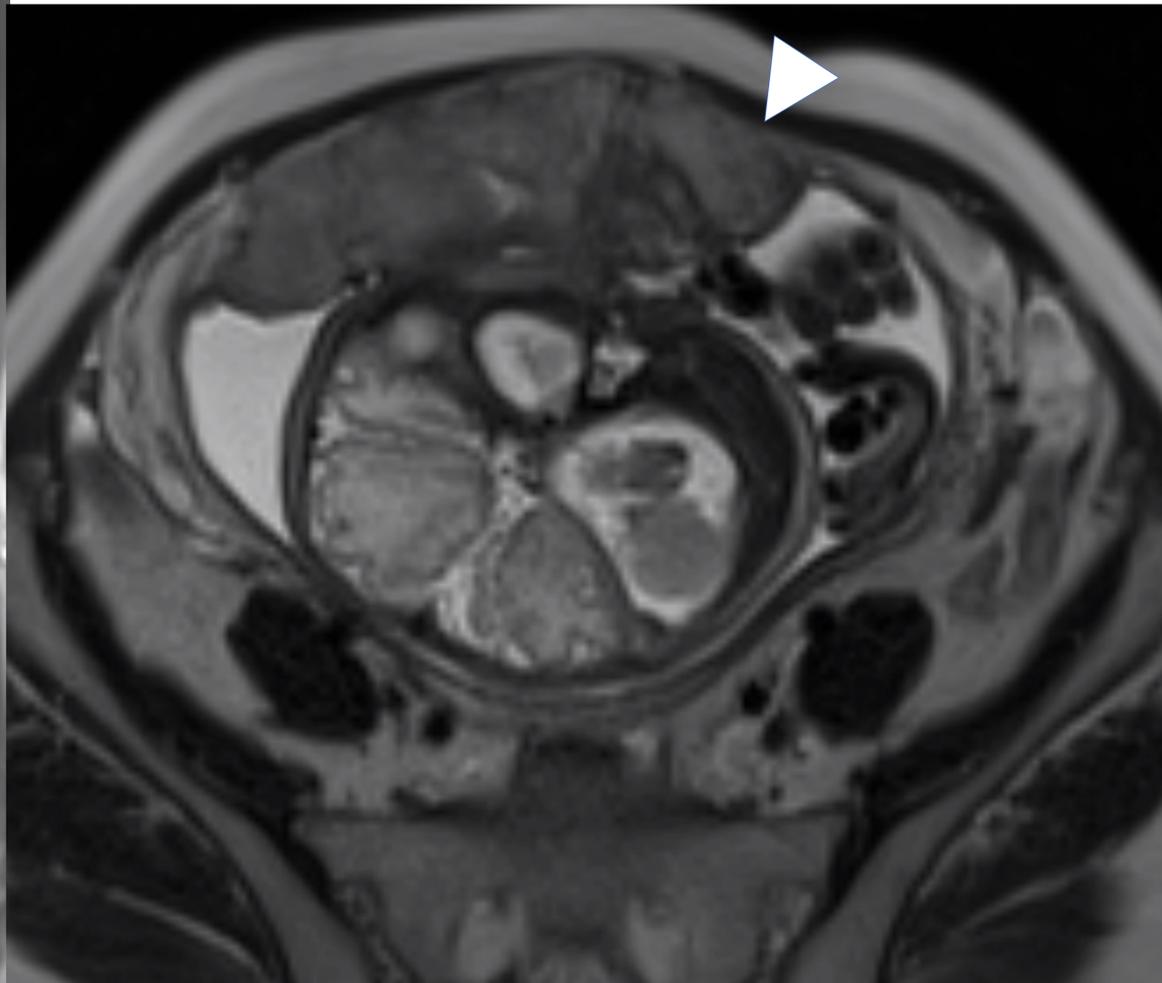
Embarazada de 37 años de edad.

A. T2, corte sagital. Disrupción focal del miometrio (flecha fina).

B. T2, corte sagital. Lobulacion periférica placentaria con escaso grosor del miometrio subyacente con invasión placentaria (flecha fina) con leve aumento de la vascularización en la interfaz útero-placentaria (punta de flecha). Bandas hipointensas en su interior (flecha gruesa).

*Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria.*

# Placenta percreta



Embarazada de 35 años de edad.

A. T2, corte sagital. Placenta abombada, con contornos redondeados, heterogénea, que presenta pérdida de la hipo-intensidad de la serosa en varios puntos (punta de flecha).

B. T2, corte axial. Placenta abombada, con contornos redondeados, heterogénea, que presenta pérdida de la hipo-intensidad de la serosa en varios puntos (punta de flecha).

*Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria.*

# Realización y preparación de la paciente

Para la realización de la RM en el acretismo placentario es muy importante tener en cuenta las semanas de embarazo. Antes de la semana 23 de gestación, la placenta es normal que la placenta no presente un desarrollo completo, por lo que la valoración con RM no será óptima. Por ello, el momento adecuado para realizar la prueba es **entre las semanas 24 y 30 de gestación**, ya que permite una adecuada diferenciación del miometrio y de la placenta.

La valoración de la RM tras la semana 30 de gestación también se verá limitada, debido a que la placenta presenta un mayor desarrollo y la pared uterina se encuentra más adelgazada, disminuyendo especificidad de la prueba.

En cuanto a la **preparación de la paciente**, la vejiga debe encontrarse moderadamente replecionada, evitando una insuficiente o excesiva distensión de la misma que puede afectar a su valoración. Para la reducción del movimiento fetal se puede administrar oxígeno a través de gafas nasales.

La paciente deberá posicionarse en decúbito supino, aunque en ocasiones para que la realización de la prueba sea más tolerable se puede colocar en decúbito supino.

# Conclusión

El espectro del acretisimo placentario (EAP) es una entidad que se relaciona con un aumento de la morbilidad- mortalidad materna durante el embarazo, de ahí la importancia de un adecuado diagnóstico. Aunque la ecografía es la prueba de imagen de elección, la RM está adquiriendo una mayor importancia, por lo que para el radiólogo es imprescindible conocer tanto la anatomía normal de la placenta como los hallazgos patológicos del espectro del acretisimo placentario.

# Bibliografía

1. Elsayes, K. M., Trout, A. T., Friedkin, A. M., Liu, P. S., Bude, R. O., Platt, J. F., & Menias, C. O. (2009). Imaging of the placenta: a multimodality pictorial review. *Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 29(5), 1371–1391. <https://doi.org/10.1148/rg.295085242>
2. Patel-Lippmann, K. K., Planz, V. B., Phillips, C. H., Ohlendorf, J. M., Zuckerwise, L. C., & Moshiri, M. (2023). Placenta accreta spectrum disorders: Update and pictorial review of the SAR-ESUR joint consensus statement for MRI. *Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 43(5), e220090. <https://doi.org/10.1148/rg.220090>
3. Srisajjakul, S., Prapaisilp, P., & Bangchokdee, S. (2021). Magnetic resonance imaging of placenta accreta spectrum: A step-by-step approach. *Korean Journal of Radiology: Official Journal of the Korean Radiological Society*, 22(2), 198–212. <https://doi.org/10.3348/kjr.2020.0580>
4. Kilcoyne A, Sheboygan-Bhangle A. Et al. MRI of Placenta Accreta, Placenta Increta, and Placenta Percreta: Pearls and Pitfalls. *Placenta Increta, and Placenta Percreta: Pearls and Pitfalls*. <https://doi.org/10.2214/AJR.16.16281>
5. *UCSF radiology's role in the Multidisciplinary Approach to the Placenta Service (MAPS) at UCSF*. (2021, octubre 1). UCSF Radiology. <https://radiology.ucsf.edu/blog/ucsf-radiologys-role-multidisciplinary-approach-placenta-service-maps-ucsf>
6. Yu, F. N. Y., & Leung, K. Y. (2021). Antenatal diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorders. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 72, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.010>