

# Placenta ácreta. Diez años de experiencia en la Maternidad “Concepción Palacios” \*

Drs. Pablo C. Duarte S\*\*, Itic Zighelboim\*\*\*

Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas

## RESUMEN

**Objetivos:** Estudiar la frecuencia, características anatomopatológicas y análisis de los factores de riesgo de embarazadas con placenta ácreta en la Maternidad “Concepción Palacios” en el lapso 1994 a 2004.

**Método:** Estudio retrospectivo y descriptivo, se revisaron los informes histológicos de las histerectomías obstétricas y de las historias clínicas de las embarazadas con diagnóstico de placenta ácreta, increta y percreta.

**Ambiente:** Maternidad “Concepción Palacios” de Caracas.

**Resultados:** Se encontraron 35 pacientes con placenta ácreta (85,71 %) y 5 casos de placenta percreta (0,014 %). Esto representa un 0,014 % de los ingresos obstétricos y uno por 0,62 % nacidos vivos. La mayoría de las pacientes tenían una edad entre 31 y 40 años y 3-4 partos y sin relación con las cesáreas previas. En el 57,14 % no se encontró registro de control prenatal. Con respecto a edad de gestación el 54,29 % tenía entre 21-36 semanas de embarazo al momento del parto y 78,57 % de ellas ingresó en trabajo de parto. Se realizó cesárea segmentaria+histerectomía en 71,43 % de los casos. El peso fetal y la talla fue  $\geq 2501$  g y 43 a 47 cm en la mayoría.

**Conclusión:** Este estudio representa un aporte a esta rara complicación del embarazo. Se recomienda el empleo de los recursos tecnológicos actuales para el diagnóstico de esta patología durante el embarazo para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Palabras clave: Placenta ácreta. Placenta percreta.

## SUMMARY

**Objective:** To study the frequency of placenta accreta in pregnant patients in labor in the period 1994-2004 in a single university teaching Maternity Hospital.

**Method:** All pathology reports of obstetric hysterectomies were analyzed as well as the clinical charts of pregnant patients with diagnosis of placenta accreta percreta, and increta.

**Setting:** “The Concepcion Palacios” Maternity in Caracas-Venezuela.

**Results:** We identified 30 cases (85.71 %) of placenta accreta, and 5 patients (14.9 %) with placenta percreta, that represents 0.014 % of obstetrical in patients and 0.62 % of the live newborns. The highest frequency of patients were between 31 to 40 years of age, and those who had 3-4 previous deliveries, with no relationship to previous cesarean sections. A 57.14 % of these women had no prenatal care. At time of delivery 54.29 % had between 21-36 weeks of gestation and 78.57 % were admitted in labor. In 71.43 % cesarean hysterectomy was performed after birth. Fetal weight and length was  $\geq 2501$  g and 43-47 cm in the majority of newborns.

**Conclusions:** This study represents a contribution to the study of these rare complication of pregnancy and the authors recommend the use of the present available technology for the diagnosis of this entity during pregnancy in order to reduce maternal morbidity and mortality.

Key words: Placenta accreta. Placenta percreta.

## INTRODUCCIÓN

La placenta ácreta es una de las emergencias obstétricas más temidas en la práctica diaria por la alta morbimortalidad maternofoetal que ocasiona.

\* Trabajo de ascenso en el escalafón docente de la Universidad Central de Venezuela. \*\* Profesor Asociado, Cátedra de Obstetricia, Escuela de Medicina José María Vargas, \*\*\* Profesor Titular, Cátedra de Clínica Obstétrica, Escuela de Medicina Luis Razetti.

## PLACENTA ÁCRETA

Generalmente este cuadro toma por sorpresa al equipo médico, muchos de ellos en formación, por el riesgo a la salud y hasta la vida materna por la hemorragia masiva que puede ocasionar durante la atención del parto, por la imposibilidad de extraer total o parcialmente la placenta. Puede ocasionar accidentes como rotura uterina y lesiones a órganos vecinos como vejiga, intestinos y uréteres, que requiere la participación de otros especialistas (1-7).

La placenta ácreta se define como la adherencia anormal de las vellosidades coriales al músculo uterino, debido a la ausencia total o parcial de la decidua basal y al desarrollo irregular de la capa fibrinoide de Nitabuch (8,11,14,15). Su etiología aún es desconocida, sin embargo, existen algunos factores predisponentes como cesáreas anteriores, placenta previa, curetajos uterinos, multiparidad, edad de 35 años o más, miomectomías, corrección de malformaciones uterinas, endometritis previa y radioterapia abdominal previa, entre las más importantes (1-17).

Según su ubicación la placenta ácreta puede ser corporal o segmentaria y en raros casos en cuello uterino o cuerno rudimentario (4).

Por el porcentaje de penetración de las vellosidades coriales en el músculo uterino se clasifican en: ácreta (78 %-80 %), increta (15 %-18 %) y percreta (5 %-7 %).

De acuerdo a la extensión de la placenta sobre la superficie uterina puede ser parcial, total o focal. La adherencia anormal puede incluir todos los cotiledones, ácreta total, algunos cotiledones, ácreta parcial, o un solo cotiledón, ácreta focal.

### MÉTODOS

Es un estudio descriptivo y retrospectivo en el cual seleccionamos todos los informes del Servicio de Anatomía Patológica de la Maternidad "Concepción Palacios" de las embarazadas sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el lapso 1994-2004. Igualmente se revisaron las historias clínicas de estas pacientes en el Servicio de Estadística y Archivo. El análisis estadístico se realizó mediante las dójimas del Chi cuadrado ( $X^2$ ).

### RESULTADOS

De las 248 102 embarazadas admitidas se diagnosticaron 35 casos de accretismo, 5 eran placentas percretas. La frecuencia fue de 0,014 % de las admisiones, 0,029 % de los partos y una por

cada 0,62 % nacidos vivos. Del total, 31 eran ácretas parciales y 4 ácretas totales.

En el Cuadro 1 muestra que el 57,14 %, una mayoría significativa ( $P \leq 0,001$ ) tenía una edad comprendida entre 31-40 años.

No encontramos ninguna relación entre el número de embarazos (Cuadro 2) y la frecuencia de placenta ácreta ( $P \geq 0,05$ ).

En el Cuadro 3, se observa que la placenta ácreta predominó de manera significativa en las mujeres con uno a tres partos ( $P \leq 0,001$ ).

Cuadro 1

Edad materna

Años	Nº de casos	%
20 - 30	14	40,00
31 - 40	20	57,14
$\geq 41$	1	2,86
Total	35	100

$$\chi^2 = 16,2 P \leq 0,001$$

Cuadro 2

Gestaciones

Nº gestaciones	Nº de casos	%
I - III	13	37,14
IV - VI	16	45,71
$\geq$ - VII	6	17,14
Total	35	99,99

$$\chi^2 = 4,5 P > 0,05$$

Cuadro 3

Paridad

Paridad	Nº de casos	%
Nulípara	14	40,00
I - III	17	48,57
IV - VI	3	8,57
$\geq$ - VII	1	2,86
Total	35	100,00

$$\chi^2 = 21,6 P < 0,001$$

Veintitrés embarazadas (65,71 %) tenían este antecedente, de cesárea con 47,83 % para una y 52,17 % con dos intervenciones respectivamente, que carece de importancia ( $P \geq 0,05$ ).

Hubo 16 embarazadas (62,5 %) con un aborto, sometidas a curetaje uterino, hechos significativos ( $P \leq 0,05$ ).

No encontramos diferencia significativa entre las que se controlaron el embarazo de aquellas que no lo hicieron ( $P \geq 0,05$ ). Del 57,14 % que asistieron a control no hay información del número de consultas a que asistieron ( $P \leq 0,01$ ).

La frecuencia cardíaca fetal fue audible al ingreso en el 80 % de los casos ( $P \leq 0,01$ ).

No encontramos un motivo de consulta predominante ( $P \geq 0,05$ ).

El diagnóstico al ingreso destacó uno predominante ( $P \geq 0,05$ ). La mayoría fueron sangrado y pérdida de líquidos por genitales, y menos frecuentes oligo y polihidramnios, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y óbito fetal.

La edad del embarazo estuvo entre las 21 y 36 semanas, la mayoría ( $P \leq 0,001$ ), menos de 20 semanas un 14,29 %.

El 78,57 % ( $P \leq 0,01$ ) de las gestantes ingresaron en trabajo de parto.

La operación que predominó fue la cesárea + histerectomía, en el 71,43 % ( $P \leq 0,01$ ) seguida de legrado + histerectomía y parto + histerectomía con 14,29 % cada una.

La cesárea segmentaria fue la operación que predominó (80 %) de forma significativa ( $P \leq 0,01$ ).

Anatomía patológica. El estudio de anatomía patológica, la mayoría de las embarazadas, 85,71 % ( $P \leq 0,001$ ) presentó placenta ácreta. El 80,5 % ( $P \leq 0,001$ ), eran ácretas parciales (Figuras 1.A y 1.B).

Características del neonato. El peso, talla y puntuación en la escala de Apgar se detallan en los Cuadros 4 al 6. No se encontró un predominio significativo ( $P \geq 0,05$ ) de peso  $\geq 2 501$  g (Cuadro 4) y respecto a la talla se evidenció un predominio significativo (Cuadro 5) de los que midieron entre 43 a 47 cm ( $P \leq 0,01$ ).

La puntuación en la escala de Apgar (Cuadro 6) encontramos que la mayoría de los neonatos presentó una puntuación mayor de 7 puntos (55,56 %), que es significativo ( $P \leq 0,01$ ).

No encontramos diferencia estadísticamente significativa respecto al sexo ( $P \geq 0,05$ ).

La centro-oclusiva representó el 73,68 % ( $P \leq 0,05$ ).

No hubo predominio del sitio de referencia entre el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y las provenientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

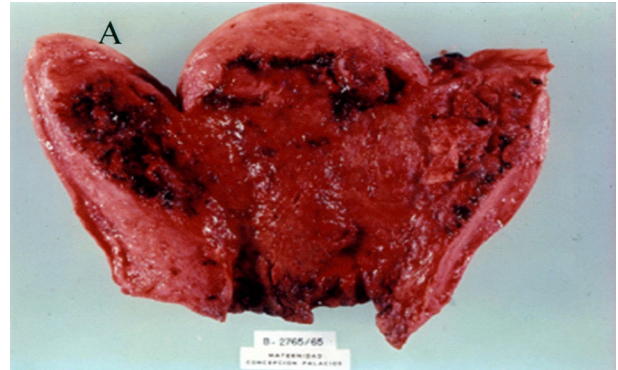


Figura 1-A. Pieza de histerectomía por placenta ácreta.

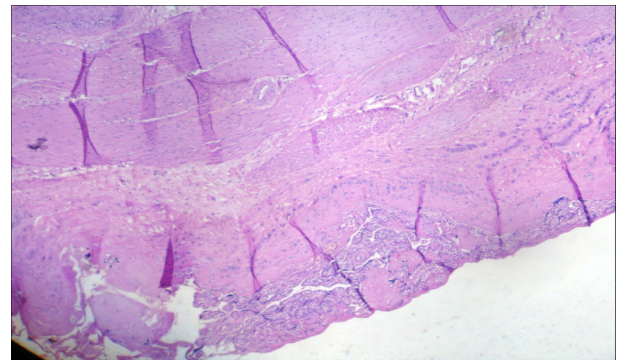


Figura 1-B. Microfotografía HE. 40 x de vellosidades coriales en la superficie de la decidua. Cortesía: Dra. Belinda Márquez. Servicio de Anatomía Patológica de la Maternidad "Concepción Palacios".

Cuadro 4

Peso de recién nacido

Peso (g)	Nº de casos	%
$\leq 1 500$	10	28,57
1 501 - 2 500	8	22,85
$\geq 2 501$	14	40,00
No reportados	3	8,57

Total 35 100

$\chi^2 = 1,75 P \geq 0,05$

PLACENTA ÁCRETA

Cuadro 5

Talla recién nacido

Talla (cm)	Nº de casos	%
28 - 32	2	5,71
33 - 37	3	8,57
38 - 42	2	5,71
43 - 47	11	31,42
≥ 48	10	28,57
No reportados	7	20,00

Total 35 100  
 $\chi^2 = 14,5$  P < 0,01

Cuadro 6

Puntuación en la escala de Apgar

Apgar	Nº de casos	%
≤ - 2	2	5,71
3 - 6	10	28,57
≥ - 7	15	42,85
No reportados	8	22,85

Total 35 100

$\chi^2 = 9,56$  P < 0,01

Hallazgos operatorios. Los más frecuentes fueron adherencias a vejiga y epiplón, dehiscencia de cicatriz, rotura uterina, acretismo parcial y perforación uterina posaborto o posparto, sin predominio significativo de ninguno de ellos (P ≥ 0,05).

Morbilidad materna. Las causas más frecuentes fueron: hemorragia interna, neumotórax derecho y cuerpo extraño en abdomen (compresa), sin predominio de ninguno de ellos (P ≥ 0,05). Hubo una muerte materna por hipoxia.

Morbilidad neonatal. Predominó el síndrome de dificultad respiratoria con 59,09 %, seguido de anemia con 22,73 % y con 18,18 % sepsis y malformaciones congénitas.

En el 60 % de las pacientes la hospitalización duró entre 4 -8 días (P ≤ 0,001), como se señala en el Cuadro 7.

**DISCUSIÓN**

De las cuatro publicaciones con material nacional sobre placenta ácreta solamente las de Teppa y col. (1) y la de Mendoza y col. (2) presentan casuísticas de 35

Cuadro 7

Hospitalización

Días	Nº de casos	%
4 - 8	21	60,00
9 - 13	6	17,14
14 - 18	5	14,29
> 19	3	8,57

Total 35 100

$\chi^2 = 23,4$  P < 0,001

y 8 casos respectivamente, mientras que la de Arcay Solá (3) y Teppa (4), se refieren a comunicaciones de 2 casos de ácreta en cavidad uterina, la primera y en cuerno rudimentario la segunda. Nuestra serie numéricamente igual a la de Teppa y col. (1) pero en un lapso de una década, lo que nos hace pensar que esta patología ha aumentado notablemente entre nosotros, pues en las series mencionadas (1,2) la frecuencia es de 1 x 14 656 y 1 x 30 386, mientras que en nuestra serie es 1 x 3 472 partos.

En la serie de Mendoza y col. (2), había 2 casos de ácretas totales y 6 parciales. En nuestra serie 31 casos eran ácretas parciales y 4 completas.

En la literatura internacional (5-14) la frecuencia por número de partos asistidos oscila entre 1/533 a 1/17 000 (Cuadro 8). La frecuencia en este trabajo es inferior, se ubica en el término medio de las reportadas en otros países.

Parece haber un consenso de la literatura respecto a la relación de la edad materna entre 31-40 años, gestaciones y de la paridad entre 1-3 en relación con

Cuadro 8

Incidencia internacional

Autor	Año	Partos
Wu y col. (5)	1982	1/533
Cole y Dayal (6)	2001	1/ 1 157
Schnorr y col. (7)	1999	7/ 2 000
ACOG (8)	2002	1/ 2 500
Basburg y col. (9)	1997	1/ 3 000
Ophir y col. (10)	1999	1/ 7 000
Resnik (11)	1999	1/7 270
Kayem y col. (12)	2002	1/ 10 000
Rashbaum y col. (13)	1995	1/ 16 827
Bennich y col. (14)	2004	1/ 17 000
Esta serie	2004	1/ 3 472

la prevalencia de la placenta ácreta, en este estudio los hallazgos fueron similares a los estudios antes citados (1,2,5,17-21). El antecedente de cesárea y legrado uterino también son factores predisponentes de placenta ácreta (6,10,13,24-30).

Se han reportado como factores predisponentes la presencia de placenta previa y cesárea anterior, que varía entre 24 %-30 % y puede llegar hasta el 40 %. El 67 % si son 2 ó 4 cesáreas previas (5,13,16), frente a placenta previa sin cesárea preexistente que varía entre 1 %- 5 % (17). En este estudio no encontramos esta asociación. Algunos señalan el antecedente de curetaje en la génesis de placenta ácreta (29,30), en este estudio esto se encontró en el 45,7 %.

Señalamos anteriormente que el diagnóstico de placenta ácreta durante el embarazo es particularmente difícil, pues esta patología no presenta ningún síntoma característico; sin embargo, las embarazadas que presentan algún antecedente predisponente como cirugía uterina, multiparidad, las mayores de 35 años y en las que presentan placenta previa, debe plantearse la posibilidad de esta patología. Por lo cual el diagnóstico se hace en el tercer período del parto vaginal o durante la remoción placentaria por su retención parcial o total (1,3,14,18).

En las comunicaciones iniciales sobre placenta ácreta en nuestro medio el diagnóstico era durante la extracción placentaria (1-3). Desde el advenimiento del ultrasonido, existe la posibilidad de detectar esta afección durante la gestación, mediante la ultrasonografía transvaginal y abdominal, ultrasonografía Doppler color, (Figura 2) angiohistografía 3D y la resonancia magnética asociada al ultrasonido (22,24,31,32). Esto se puede lograr a partir de las 10 semanas de gestación, sobre todo en aquellas embarazadas con factores de riesgo, por la demostración de la pérdida de la zona hipocóica retroplacentaria, la presencia de numerosas lagunas vasculares en el parénquima placentario, adelgazamiento o rotura del eco lineal limítrofe hiperecócico, que representa la serosa uterina y su unión con la pared posterior de la vejiga y por la existencia de proyecciones nodulares focales más allá del plano esperado del borde uterino.

En este estudio sólo se detectó en 2 casos, a pesar que este método tiene una sensibilidad 86 % y especificidad del 92 % (18,23,24,33-37).

Se ha relacionado la elevación de alfafetoproteína, la gonadotropina coriónica y la creatina-kinasa en el segundo trimestre con un mayor riesgo de placenta ácreta (10,42-45) y también se ha especulado que los receptores del factor de crecimiento epidérmico

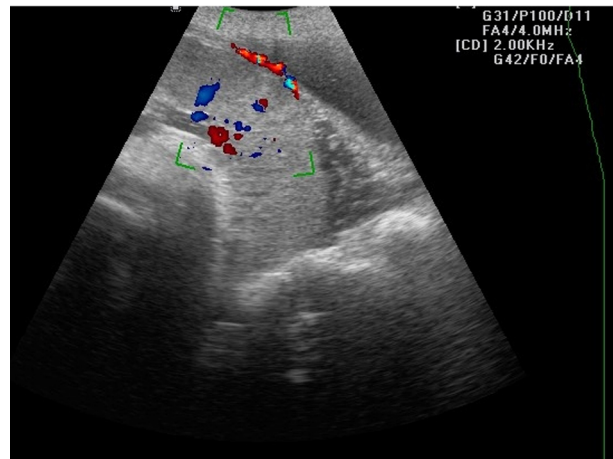


Figura 2. Imagen ecosonográfica de placenta ácreta: nótese pérdida de zona miométrica hipocóica y rotura del eco limítrofe hiperecócico de la serosa uterina y su unión a cara posterior de la vejiga (flecha). Cortesía: Dr. Fernando Carderón. V= vejiga. P= placenta.

y la oncoproteína C-erbB-2 están estructural y funcionalmente relacionados con los receptores de tirosinquinasa, los cuales se expresan en cantidades apreciables en la placenta humana (32). Resta por demostrar su valor práctico, pues los reportes, hasta la fecha, se refieren a casos aislados.

El objetivo principal en el tratamiento de la placenta ácreta es controlar la hemorragia, en la mayoría de los casos mediante histerectomía. Sin embargo, se han ensayado alternativas conservadoras, sobre todo en pacientes jóvenes con deseo de conservar su fertilidad, como: taponamiento intrauterino, sutura del lecho placentario, legrado uterino, dejar la placenta en el útero una vez extraído el feto, compresión directa de la aorta, ligadura de arterias uterinas, ligaduras de las arterias hipogástricas, embolización selectiva de las arterias uterinas o hipogástricas, coagulación con argón, administración de prostaglandinas, de oxitócicos y el uso de metotrexato. Además de la administración de antibióticos y de adecuados volúmenes de sangre y sus derivados; sin embargo, los resultados que se han obtenido hasta ahora no han sido los esperados.

Teppa y col. (1), de 35 casos en 23 se realizó histerectomía subtotal, total en 7, y en 3 resección de cuerno uterino, y tratamiento conservador en 2, con la muerte de estas últimas. En nuestra serie, con igual número de placenta ácreta, se practicó histerectomía total en todas, con un solo deceso. De los 8 casos Mendoza y col. (2) en 7 se practicó histerectomía total con una muerte. Por lo señalado los autores

nacionales (1,2) recomiendan histerectomía sin vacilación durante el alumbramiento, opiniones que compartimos. Otros autores también son partidarios de la histerectomía parcial más que total (29) y otros recomiendan además realizar cesárea-histerectomía electiva a las 34-35 semanas si se diagnosticó en etapa prenatal tanto increta o percreta (29,46,47). En este estudio se practicó cesárea más histerectomía en el 71,43 % de los casos, todas como emergencia. Agüero (49) menciona a la placenta ácreta como la primera causa de histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, y de 33 histerectomías 6 fueron por placenta ácreta.

Kastner y col. (50) en el análisis retrospectivo de 48 histerectomías de emergencia, la indicación más frecuente fue placenta ácreta (48,9 %). Se practicó histerectomía subtotal en 80,9 %. Afirman que ésta es la alternativa razonable, porque no encuentran diferencias en tiempo operatorio, pérdida de sangre y cantidad a transfundir; pero sí hay mayor número de complicaciones posoperatorias y mayor número ameritó cuidados intensivos en la histerectomía total. Además sostienen que la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas, debería practicarse sólo en pacientes hemodinámicamente estables, con baja paridad y que deseen conservar su fertilidad. En nuestro material sólo se practicó ligadura bilateral de hipogástricas a 13 pacientes para un 37,14 % y con un 95 % de éxito.

En los últimos años se han ensayado varias técnicas para preservar la función reproductora, especialmente en pacientes jóvenes, como la resección en cuña de la pared uterina, guiada por ultrasonido de tiempo real (7); puntos de sutura intraperitoneal, desde la vagina a los fondos de saco a las 2, 6 y 10 de las agujas del reloj, previa incisión del ligamento ancho que abarcan, las arterias uterinas y la tercera los vasos vesicales de la cara anterior del cuello uterino que permite una buena hemostasia (14); la embolización de las arterias uterinas cuando el sangrado es escaso (12); el empleo de la técnica de B-Lynch (50,51); la desvascularización uterina durante la cesárea, mediante la ligadura bilateral de las arterias uterinas y las ováricas (52), este procedimiento puede ocasionar futura retención placentaria y recurrencia de placenta ácreta; embolización de las arterias uterinas en la hemorragia incontrolable (53); sutura de la solución de continuidad uterina por laparoscopia en casos de perforación pequeña (54); incisión vertical de la pared anterior del útero desde el segmento al fondo durante la cesárea, seguida su eversión y remoción manual de la placenta y administración de oxitocina

(38); y administración de metotrexate intravenoso u oral y ácido fólico intramuscular en casos con escaso sangrado (50,55).

En esta casuística no se practicó tratamiento conservador. Somos de la opinión de que se deben individualizar los casos en base a los recursos disponibles en cada institución, que se debe integrar un equipo multidisciplinario, integrado por gineco-obstetras, cirujanos, urólogos, anestesiólogos, hematólogos y radiólogos intervencionistas para lograr disminuir las cifras de morbi-mortalidad materno-fetal pues en estos casos el pronóstico siempre es reservado.

### Agradecimiento

A las Dras. María Teresa Viña, Belinda Márquez, a las Sras. Coromoto Morales, Zuleima Da Silva y al Sr. Yonahtan Leo, del Servicio de Anatomía Patológica.

Al Dr. Alessandro Magnelli, por el análisis estadístico.

### REFERENCIAS

1. Teppa PA, G de Teppa D, Domínguez I, Szczedrin W. Placenta acreta. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1968;28:147-167.
2. Mendoza H, Agüero O, Gavaller B. Placenta previa ácreta. *Rev Obstet Gynecol Venez.* 1961;21:673-682.
3. Arcay Solá A. Acretismo placentario. *Rev Obstet Gynecol Venez.* 1955;15:943-951.
4. Teppa T PA. Cuerno rudimentario del útero complicado de placenta percreta con litopedio adherido a asas intestinales. *Rev Obstet Gynecol Venez.* 1968;28:311-318.
5. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L. Placenta percreta con ruptura uterina espontánea temprana. *Rev Obstet Gynecol Venez.* 2005;65:193-197.
6. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: Twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1458-1461.
7. Cole DS, Dayal AK. Placenta ácreta. 2001: An updated perspective. *N Engl J Med.* 2003;5:348-364.
8. Schnorr JA, Singer JS, Udoff EJ, Taylor PT. Late uterine wedge resection of placenta Increta. *Obstet Gynecol.* 1999;94:823-825.
9. ACOG Committee opinion. Placenta accreta. *Int J Gynecol Obstet.* 2002;771:77-78.
10. Basbug M, Soymer I, Aygen F. Placenta accreta associated with rupture of rudimentary horn pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 1997;57:199-201.
11. Ophir E, Tendler R, Odeh M, Khouri S, Oettinger M. Creatine Kinase as a biochemical marker in diagnosis of placenta increta and percreta. *Am J Obstet Gynecol.*

- 1999;180:1039-1040.
12. Resnik R. Diagnosis and management of placenta accreta. *ACOG Clin Rev.* 1999;50:8-9.
  13. Kayem G, Pannier E, Goffiné F, Grangé G, Cabrol D. Fertility after conservative treatment of placenta accreta. *Fertil Steril.* 2002;78:637-638.
  14. Rashbaum WK, Gates EJ, Jones J, Goldman B, Morris A, Lyman WD. Placenta accreta encountered during dilation and evacuation in the second trimester. *Obstet Gynecol.* 1995;85:701-703.
  15. Bennich G, Langhoff-Ross J. Placenta percreta treated using a new surgical technique. *J Obstet Gynecol.* 2005;30:1-4.
  16. Cass I. Impact of timing of diagnosis on clinical outcome of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2003;105:63-64.
  17. Zlatnik FJ. Puerperio normal y anormal. En: Scout JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN, editores. *Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth.* 6ª edición. México. Edit. Interamericana Mc Graw-Hill; 1994.p.195-201.
  18. Lam G, Kuller J, MacMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. *J Soc Gynecol Invest.* 2002;9:37-40.
  19. Ryan GL, Quinn IJ, Syrop CH, Hansen WF. Placenta accreta postpartum. *Obstet Gynecol.* 2002;100:1069-1072.
  20. Butler EL, Dashe JS, Ramus RM. Association between maternal serum alpha-fetoprotein and adverse outcomes in pregnancies with placenta previa. *Obstet Gynecol.* 2001;97:35-38.
  21. Benirschke K, Kaufman P. Pathology of the human placenta. 4ª edición. Nueva York: Spring-Verlag; 2000.p.229-232.
  22. Spirit B, Gordon L. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. En: Fleischer AC, Manning, FA, Jeant P, Romero R, editores. 6ª edición. Tomo I. Madrid: Editorial Marban; 2002.p.195-224.
  23. Manyonda IT, Varma TR. Massive obstetric hemorrhage due to placenta previa -accreta with prior cesarean section. *Int J Gynecol Obstet.* 1990;34:183-186.
  24. Zaideh SM, Abu-Heija AT, El-Jallad MF. Placenta previa and accreta: Analysis of a two-year experience. *Gynecol Invest.* 1998;46:1-2.
  25. Comstock CH, Love JJ, Bronsteen RA, Lee W, Vetraino IM, Huang RR, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimester of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1135-1140.
  26. Dejesús O. Histerectomía obstétrica. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. *Clínica obstetricia.* 3ª edición. Caracas. Edit. Disinlimed C.A.; 2005.p.593-599.
  27. Paublo M M, Céspedes P P, Saavedra GP, Abuad M, Munster O H, Ramírez H P, et al. Diagnóstico prenatal de placenta accreta por ultrasonido Doppler color. *Rev Chil Obstet Gynecol.* 1998;63:391-393.
  28. Di Salvo DN. Sonografic Imaging of maternal complication of pregnancy. *J Ultrasound Med.* 2003;22:69-89.
  29. María NE, Mishra N, Mubarek M, Reginal PW. Silent dehiscence of cesarean section scar with placenta accreta: A case report: *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:294.
  30. Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin G, Kamaci M. Peripartum hysterectomy in a teaching hospital in the eastern region of Turkey. *Obstet Gynecol.* 2005;120:57-62.
  31. Sheiner E, Yohai D, Katz M. Cervical pregnancy with placenta accreta. *Int J Gynecol Obstet.* 1999;65:211-212.
  32. Margolies LN, Fields H, Daughtridge TG. Direct placentography for placenta previa accreta. *Obstet Gynecol.* 1996;27:724-728.
  33. Read JA, Cotton DB, Miller FC. Placenta accreta: Changing clinical aspect and outcome. *Obstet Gynecol.* 1980;6:31-34.
  34. Thorp JM, Wells SR, Wiest HH, Jeffries L, Lyles E. First-trimester diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178:616-618.
  35. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelmar RR. Placenta accreta: Evaluation with colour Doppler US, Power Doppler US and MR Imaging. *Radiology.* 1997;205:773-776.
  36. Zaretsky MV, Twickler DM. Resonancia magnética en obstetricia. *Clín Obstet Ginecol.* 2003;4:825-833.
  37. Chou MM, Ho ESC, LEE YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;15:28-35.
  38. Chou MM, Tseng JJ, Shih E, Hwang JI. Three-dimensional color power Doppler imaging in the assessment of uteroplacental neovascularization in placenta previa increta/percreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1257-1260.
  39. Nishijima K, Shukunami K, Arikura S, Icotjuji F. An operative technique for conservative management of placenta accreta. *ACOG.* 2005;105:1201-1203.
  40. Scarantino SE, Reilly JG, Moretti ML, Pillari VT. Argon beam coagulation in the management of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 1999;94:825-827.
  41. Andrae B, Eriksson LG, Skog G. Anti-shock trousers (MAST) and transcatheter embolization in the management of massive obstetric hemorrhager. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78:740-764.
  42. Buckshee K, Dadhwal V. Medical management of placenta accreta. *Int J Gynecol Obstet.* 1997;59:47-48.
  43. Zelop C, Nadel A, Frigoletto FD Jr, Pauker S, MacMillan M, Benacerraf BR. Placenta accreta/percreta/incret: a cause of elevated maternal serum alphaprotein. *Obstet Gynecol.* 1992;80:693-694.
  44. Tseng JJ, Shih SL, Wen MC, Ho ES, Chou MM. Expression of epidermal growth factor receptor and

- C-erbB-2 oncoprotein trophoblast population of placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191: 2106-2113.
45. Tseng JJ, Chou MM, Hsieh YT, Wen MC, Ho ES, Hsu L. Differential expression of vascular endothelial growth factor, placenta growth factor and their receptors in placenta from pregnancies complicated by placenta accreta. *Placenta.* 2006;27:70-78.
  46. Tanaka YO, Shigemitsu S, Ichikawa Y, Sohda S, Yoshikawa H, Itai Y. Postpartum MR diagnosis of retained placenta accreta. *Eur Radiol.* 2004;14:945-952.
  47. Palacios M, Bruno CH. Magnetic resonance in 300 cases of placenta accreta: Surgical correlation of new findings. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84:716-723.
  48. Eltabbakh GH, Wastson JD. Postpartum hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet.* 1995;50:257-262.
  49. Agüero O. Histerectomía obstétrica en hospital privado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2000;60:239-243.
  50. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol.* 2002;99:971-975.
  51. Dildy GA. Postpartum haemorrhage: New management options. *Clín Obstet Gynecol.* 2002;45:330-344.
  52. Verspyck E, Resch B, Sergent F, Marpeau L. Surgical uterine devascularization for placenta accreta: Immediate and long-term follow-up. *Act Obstet Gynecol Scand.* 2005;84:444-447.
  53. Pelage JP, Dref OL, Jacob D, Soyer P, Herbreteau D, Rymer R. Selective arterial embolization of the uterine arteries in the management of intractable postpartum haemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78: 698-703.
  54. Gherman RB, Lockrow EG, Flemming DJ, Satin AJ. Conservative management of spontaneous uterine perforation associated with placenta accreta. *J Reprod Med.* 2004;49: 210-213.
  55. Gupta D, Sinha R. Management of placenta accreta with oral metotrexate. *Int J Gynecol Obstet.* 1998;60:171-173.

## La Biblioteca “Dr. M. A. Sánchez Carvajal”

### La biblioteca suscribe 23 títulos de revistas internacionales.

- BMJ. British Medical Journal.
- Contemporary OB/GYN & Special Issues.
- Fertility & Sterility.
- Ginecología y Obstetricia de México.
- Gynecologic Oncology.
- JAMA
- Journal of Reproductive Medicine.
- Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.
- Journal of Perinatal Medicine.
- Journal of Reproductive Medicine
- Journal Ultrasound in Medicine
- Lancet.
- New England Journal of Medicine.
- Obstetrical and Gynecological Survey.
- Obstetrics and Gynecology.
- Placenta.

- Postgraduate Obstetrics and Gynecology.
- Seminars in Perinatology.
- Ultrasound in Obstetrics and gynecology.

Si requiere algún artículo de la revistas que componen nuestra colección, envíenos un correo electrónico a [bibliotecasogvzla@yahoo.com](mailto:bibliotecasogvzla@yahoo.com), y pronto atenderemos su solicitud.

Nuestro personal realizará la localización de los artículos y a vuelta de correo electrónico se le indicará el monto por las fotocopias y el número de nuestra cuenta bancaria para que usted realice el depósito correspondiente. Debe enviarnos con copia del baucher al No. De fax 0212 451 08 95.

Se enviará el paquete con sus fotocopias solicitadas a una dirección indicada por Ud. por correo especial con cobro a destino.

Revise nuestra página web a través de [www.sogvzla.org](http://www.sogvzla.org)