

Rendimiento del diagnóstico prenatal de espectro de acretismo placentario, el costo de la seguridad

NIETO-CALVACHE, A.J; HIDALGO-CARDONA, A; PADILLA, N.; BENAVIDES-CALVACHE, J.P; LÓPEZ-TENORIO, J.; MONDRAGÓN, K

INSITUCIÓN: FUNDACIÓN VALLE DEL LILI- UNIVERSIDAD ICESI

Introducción

El espectro de acretismo placentario (EAP) es una patología con morbilidad severa y una prevalencia de 1.7 por 10.000 embarazos [1]. Para mejores resultados clínicos se debe realizar un diagnóstico prenatal temprano y una atención médica en centros especializados con equipos entrenados e interdisciplinarios [2]. No obstante, aproximadamente un tercio de los casos no obtiene diagnóstico prenatal oportuno [3].

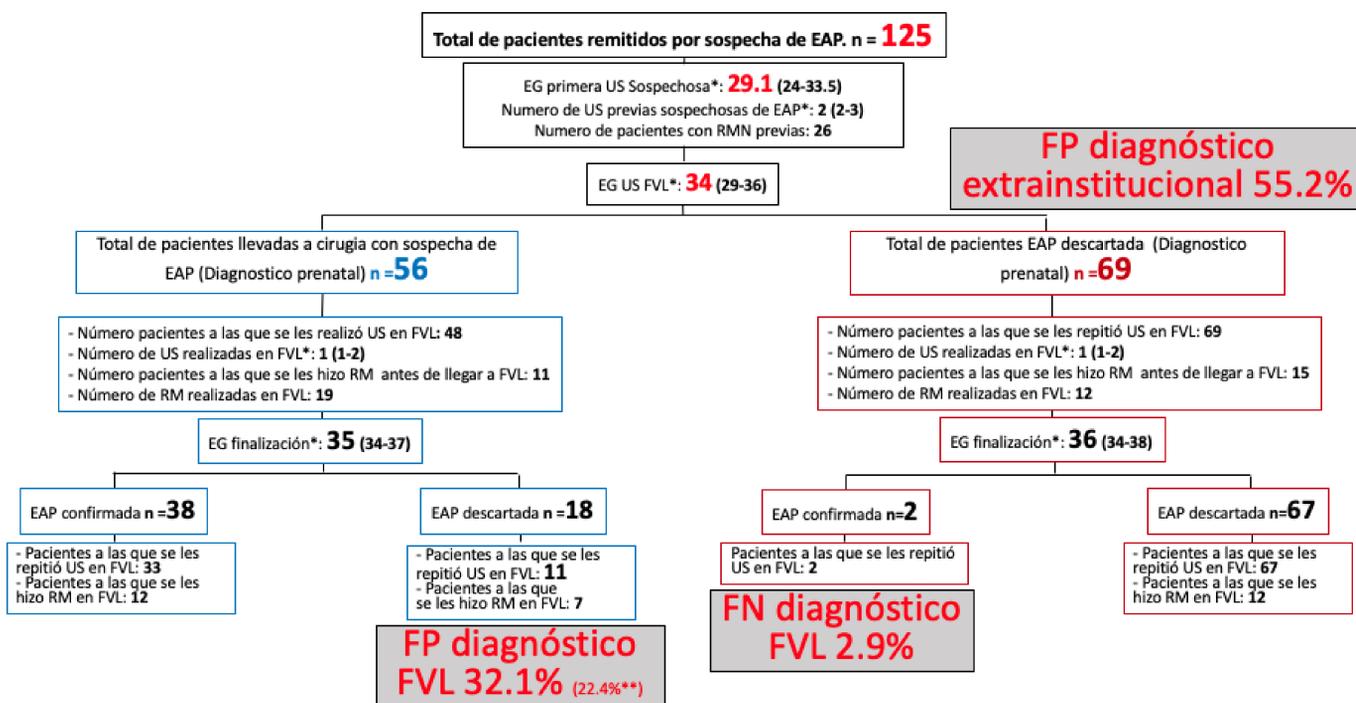
Objetivo

Describir el flujo de pacientes remitidas a un hospital de alta complejidad con experiencia en EAP, evaluar el rendimiento de las imágenes diagnósticas prenatales realizadas previas y comparar los resultados con la reevaluación del grupo especializado.

Métodos y Materiales

Estudio descriptivo retrospectivo con todas las pacientes remitidas por sospecha de EAP al FVL en Cali, Colombia, entre diciembre de 2016 y julio de 2020. Se obtuvieron datos de la revisión de todos los estudios de imagen prenatal realizados desde que se generó la sospecha diagnóstica de EAP, antes y después del contacto con FVL, y se compararon sus resultados con el diagnóstico final.

Resultados



Un total de 125 pacientes con mediana de edad gestacional en la primera sospecha de EAP de 29.1 (RIC 24-33.5) semanas y valoración en FVL a las 34 (RIC 29-36) semanas, 56 fueron llevadas a cirugía bajo la sospecha de EAP a las 35 semanas (Grupo 1) de las cuales a 44 se les repitió la ultrasonografía en FVL y 19 requirieron RMN placentaria. En 38 se confirmó EAP y en 18 un diagnóstico diferente.

En 69 se descartó el diagnóstico de EAP (Grupo 2) mediante una ultrasonografía y/o RMN placentaria finalizando la gestación a la semana 36 con diagnóstico Intraquirúrgico de EAP en 2.

Figura 1. Flujograma de pacientes remitidas por sospecha de EAP a un centro especializado y rendimiento de imágenes diagnósticas prenatales. *mediana (Rango Inter cuartil). ** Porcentaje de FP excluyendo pacientes a las que no fue posible realizarles US en FVL por ingresar en situación emergente.

La frecuencia de falsos positivos comparando el diagnóstico inicial con el realizado en FVL fue de 55.2%. Al comparar el diagnóstico prequirúrgico con el diagnóstico final, 32.1% fueron falsos positivos pero si se excluyen las pacientes en las que no fue posible realizarles una ultrasonografía es del 22.4%. El 2.9% de las pacientes fueron falsos negativos con hallazgos intraquirúrgicos compatibles con EAP insospechado.

Conclusiones

El rendimiento de las evaluaciones prenatales es mejor en centros experimentados con equipo interdisciplinario, donde la ocurrencia de falsos positivos es una situación aceptable ante la gran carga de morbimortalidad de un EAP insospechado siendo este el “costo de la seguridad”.

Referencias

- [1] Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. Int J Gynecol Obstet 2018;140:274–80. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12408>.
- [2] Committee R, No O. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum. Obstet Gynecol 2018;132:E259–75. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002983>.
- [3] Berkley EM, Abuhamad AZ. Prenatal diagnosis of placenta accreta: Is sonography all we need? J Ultrasound Med 2013;32:1345–50. <https://doi.org/10.7863/ultra.32.8.1345>.