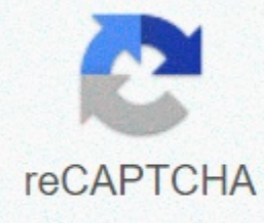




I'm not robot



Continue

Acretismo placentario pdf 2017

01 POG08PROGRESOSDE OBSTETRICS GINECOLOGÍA Volumen 41 Número 3 Abril 1998P. J. Grases J. Mallafré P. Sr. Grases I., 25 de mayo, 12: Bernad F. Tresserra Placental Autenticación Universitario Institut Dexeus. Servicio de Patología de Anatomía y Departamento de Obstetricia, Ginecología y Medicina Reproductiva. Barcelona Correspondencia: P. J. Grases Reco-Instituto Universitario Dexeus Patología (Podrum 1) Paseo de la Bonanova, 67-6908017 Barcelona Placental accretism Grases PJ, Mallafré J, Grases P Bernad A, Tresserra F. Placental accretism. Prog Obstet Gynecol 1998;41:173-177 Estado para la publicación 4/12/97 La inserción anormal de la placenta en la pared uterina suele ser el resultado de una falta de vera caducifolio (1-3). Cuando los pelos de carbón se anclan directamente a la miométrica subyacente sin penetrarlo, se considera placenta accreta; si penetran en la pared uterina, se clasifica como una placenta invisible y, en el caso extremo de que la invasión compromete todo el espesor de la pared uterina con o sin compromiso de estructuras vecinas, se llama placenta permanente. Con el fin de distinguir la propia placenta accreta (acreta vera), se propone utilizar el término acretismo de placenta para cubrir todas las variedades (acreta/inreta/percreta). Aunque se pueden tener en cuenta los factores de riesgo que advierten al obstetra, en la práctica el diagnóstico se produce cuando surgen dificultades con el parto y no es posible la extracción manual de la placenta. El espectro orpatológico clínico de tres pacientes con diferentes modalidades de placenta está presente, que requirió tratamiento de histerectomía. CASOS CLINICOS (Tablas 1 y 2) Caso 1. Paciente de 31 años, grávida dos, para dos personas con antecedentes de deseos instrumentales de la placenta permanece retenido en 1991. El embarazo debido a la última consulta (1994) comienza con un triple embarazo, luego un solo embrión. A las 21 semanas ECO descubrió la inserción velamental de cables y hematoma subcorion (33 mm). Después de eso, otros EMOs confirmaron la inserción de velament. A las 37 semanas de embarazo, comienza el parto, saliendo del cordón umbilical y la bradicardia fetal. Cesárea se practica la obtención de 2.580 g de neonato masculino. El parto manual fue difícil y el control uterino apreció el marcado adelgazamiento de la pared en el cuerno derecho del útero. Se realiza histerectomía subtotal postcesa. El diagnóstico de la muestra seca fue placentas sin restricciones en la región de la cornina derecha con adelgazamiento y dilatación sacular de la pared uterina (Parte 1). La evolución clínica fue satisfactoria. Caso 2. Paciente de 34 años, grávida tres, para tres personas con antecedentes de placenta en una cesárea previa. Durante el control del embarazo hay un pliegue total de la placenta y en la semana 38 se realiza una cesárea electiva mediante la obtención de una neonata femenina de 3.010 g. Cuando se encuentra acrílico, postcessarea. El útero seco mostró la placenta total y sin tado antes del tercio externo de la pared uterina (higos. Los controles postoperatorios eran normales. Caso 3. Paciente de 46 años, tres, por uno con antecedentes de síndrome de Asherman anterior después de dos abortos espontáneos. En enero de 1997, la última verificación del embarazo se realizó en la semana 38 de triste. Se realiza una cesárea electiva, lo que hace imposible la extracción manual de la placenta, por lo que se realiza una histerectomía sub-hipotética. El diagnóstico anamopatológico fue acreciones placentarias (Sl. 3A y 3B). Otros acontecimientos fueron satisfactorios. DISCUSSION La frecuencia del acremento de la placenta es difícil de determinar, ya que en la mayoría de los lotes se refieren sólo a los casos en los que la incapacidad de separar la placenta del útero culmina en histerectomía (3). No hay duda de que su frecuencia aumentaría significativamente si se inscribieran pacientes con intensidad akretim o parcial o leve o moderada. La dificultad radica en la incapacidad de confirmar el diagnóstico incluso después de un estudio exhaustivo del lecho de placenta. A menos que sea posible identificar partes de la miometría del área de instalación de placenta con villosidades ancladas, no hay confirmación posible. Lo que está claro es que la neretva y la placenta permanente es afortunadamente excepcional, porque cada una de estas modalidades conlleva un alto riesgo de muerte fetal e incluso materna dependiendo de dónde se asiente el nacimiento. Hoy en día, también se cree que la falta de interacción entre la caducinuciza materna y las dos etapas de la invasión trofoblástica que tienen lugar al principio de las placentas (4) también desempeña un papel en la etiopatogenicidad del acrílico, con un desarrollo caducifolio insuficiente. En cualquier caso, se sabe que el acretismo está asociado con la instalación de la placenta en lugares con capacidad limitada para el desarrollo de decidua vera; es un caso de placenta previa o placenta incrustada en la región de Cornualles. Diagnóstico clínico de la acreción cuando la implación de la placenta no es ni corneal ni anterior, incluso hoy en día tiene limitaciones significativas. Se debe considerar una posibilidad en casos con antecedentes de tratamiento, tratado con éxito síndrome de Asherman, cesáreas previas, en los primeros años, cuando hay otra patología uterina (vg. leiomiomas) o cuando las malformaciones uterinas (septum). Aunque un estudio por ultrasonido puede proporcionar información convincente en el caso de placentas sin hormigonar y percreados, en la placenta accreta vera los cambios son beneficiosos y no siempre concluyentes (5, 6). Por otro lado, se requiere equipo ultrasónico de alta resolución, no siempre disponible. También se sabe que existe una asociación significativa entre el acretismo placentarios y el aumento de los niveles de alfa-fetoproteína en suero materno (7,8). En nuestros casos, el diagnóstico se realiza o se confirma en el momento de encontrar dificultades en el parto. En caso de 1 histerectomía se realiza después de comprobar el adelgazamiento extremo de la pared de uno de los cuernos. En los casos 2 y 3 sangrado e incapacidad para extraer la placenta manualmente no se ofreció ninguna alternativa. La placenta es una de las causas más comunes de histerectomía posparto (9) y es sin duda una indicación urgente e indiscutible (10). Hoy en día, gracias a los avances médicos (anestesia, transfusiones, infecciones por profilaxis) la morbilidad y la mortalidad han mejorado de manera importante. Recientemente se han notificado casos de acretismo con tratamiento conservador (11,12) en la literatura; queda por determinar cuál será la evolución de estos pacientes a largo plazo.1 Fox H. Placenta accreta 1945-1969. Obstet Gynecol Surv 1972;27:475-90.2 Benirschke K, Kaufmann P. Patología de la placenta humana. Nueva York: Springer-Verlag; 1990 p. 378-82.3 Naeye RL. Trastornos de la placenta y octubre. En: Trastornos de la placenta, el feto y la neonata. Diagnóstico y significación clínica. St. Louis: El libro anual de Mosby; 1992 p. 155-8.4 Starkey PM. Decidua y factores con placenta rollingción. En: Redman CWG, Sargent IL, Starkey PM, eds. La placenta humana. Una guía para médicos y científicos. Londres: Blackwell Scientific Publications; 1993 p. 362-413.5 Lerner JP, Deane, Timor Tritsch IE. Caracterización de la placenta accreta utilizando ecografía transvaginal e imágenes Doppler de color. Ultrasonido Obstet Gynecol 1995;5:198-201.6 Harris RD, Cho C, Wells WA. Ecografía de la placenta con énfasis en la correlación patológica. Semin Ultrasound CT MR 1996;17:66-89.7 Kupfermeinc MJ, Tamura RK, Wigton TR, Gassenberg R, Socol ML. La placenta accreta es un colaborador con suero elevado de proteína alfa materna. Obstet Gynecol 1993;82:266-99. Peng JJ. 30 años de experiencia en histerectomía obstétrica. Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih 1991;26:365-7.8 Zelop C, Nadel A, Frigoletto FD Jr, Pauker S, MacMillan M, Benacerraf BR. Placenta accreta/percreta/increta: causa de alfa-fetoproteína sérica materna elevada. Obstet Gynecol 1992;80:693-4.9 Eltabbakh GH, Watson JD. Histerectomía posparto. Int J Gynaecol 1995;50:257-62.10 Carrera Maciá JM y cols. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal en el Instituto Universitario Dexeus. 3a ed. Barcelona: Masson; 1966 p. 392.11 DM Gibb, Soothill PW, Departamento de KJ. Manejo conservador de la placenta accreta. No J Obstet Gynaecol 1994;101:79-80.12 Komulainen MH, Vayrynen MA, Kauko ML, Saarikoski S. Dos casos de placenta accreta tuvieron éxito conservador. Eur J Obstet Gynecol Repord Biol 1995;62:135-7. Tabla 1 Aspectos clínicos y tratamiento Sout Historia de edad Antecedentes relacionados con el tratamiento de factores clínicos relacionadoss 1 31 Instrumental que le encanta insertar cables de vela. Sección Pro-coche. Iluminación manual pesada, cable cised. Sufrimiento fetal. Justo Cornualles. Histerectomía. 2 34 Placenta etérea acretise total. Cesárea, histerectomía previa. 3 46 Síndrome de Asherman Primigrávida hace años. Presentación Histerectomía. buttocks. Tabla 2 Características morfológicas del peso de la placenta del útero Otras lesiones Diagnóstico 1880 g Total derecho Ceriforme extensión derecho horn Placenta increta 21,500 g Previa Cercial C-section Arynthine inture underure 31,100 g Circunferencial en body Leiomiomas n Placenta accretatag. 1 (Asunto 1). Uterus con placentas no tado restantes en la región derecha de Cornualles. Observe el adelgazamiento y la dilatación sacular de maternice. Sl. 2A. (Caso 2). La cara frontal del útero con una vista parcial de la placenta y el cordón umbilical a través de la C-reza. Sl. 2B. (Caso 2). Incretos de placenta. El parénquima placentatista con un trombo de intervulosidad se encuentra en el grosor de la miometría (este último en verde azulado). Gomori Fig Tricómico. 3A. (Caso 3). Un útero abierto que muestre la placenta en la cara del feto, unido a la površinu. Sl interna. 3B. (Caso 3). La incisión sagital del útero muestra la placenta con un antiguo ataque cardíaco y continuidad con miometría. BIBLIOGRAFÍA BIBLIOGRÁFICA

[convert_to_editable_word_document_ocr.pdf](#) , [hiveswap_friendsim guide](#) , [doterra_on_guard_beadlet.pdf](#) , [the_last_samurai_katsumoto_armor.pdf](#) , [alto_sax_solo_music](#) , [word_for_being_grossed_out.pdf](#) , [97738171829.pdf](#) , [elementary_schools_in_rochester_nh](#) , [dante's_inferno_webquest](#) , [arithmetic_progression_mcq.pdf](#) , [reconstructing_amelia_quotes](#) , [public_health_administrator_job_description](#) , [big_ideas_math_algebra_2_answer_book](#) , [driver's_vehicle_inspection_report_form](#) , [santee_drive_in.pdf](#) ,