



CARTAS AL EDITOR

COMENTARIOS SOBRE EL ARTÍCULO “ACRETISMO PLACENTARIO: DIAGNÓSTICO PRENATAL MEDIANTE ULTRASONIDO Y RESONANCIA MAGNÉTICA Y SU CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA EN BARRANQUILLA (COLOMBIA)”

Comments on “Placenta accreta: prenatal diagnosis by ultrasonography and magnetic resonance imaging correlated with histopathological results in Barranquilla, Colombia”

Dr. Hernando Gaitán Duarte

Editor

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

Leí con detenimiento y atención el artículo titulado “Acretismo placentario: diagnóstico prenatal mediante ultrasonido y resonancia magnética y su correlación histopatológica en Barranquilla (Colombia)” publicado en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 No. 3 de 2009. El artículo me llamó la atención por lo novedoso del tema y por tratar un aspecto que genera controversia como es el diagnóstico antenatal de la mala adherencia placentaria, comúnmente conocido como acretismo placentario.

Parra y colaboradores hacen un buen planteamiento del problema al señalar su importancia en las hemorragias obstétricas; sin embargo, la metodología utilizada para conducir el estudio genera muchas dudas.

En primer lugar, los autores realizan su estudio durante 4 meses (diciembre de 2005 y marzo de 2006) y detectan antenatalmente 11 pacientes con placenta previa, cesárea anterior y que además

decidieron someterse al protocolo que incluía una histerectomía postparto. Es de notar el elevado número de casos en tan poco tiempo de estudio. Según el DANE, para todo el año 2006, nacieron en Barranquilla 32.104 personas con una tasa de cesárea cercana a 70% (www.dane.gov.co). La detección de tan elevado número de casos en una sola institución plantea la posibilidad de que se trate de una verdadera epidemia o que el tiempo de estudio haya sido mayor y no se haya advertido a los lectores.

Ahora bien, generan mucha más controversia los aspectos éticos del estudio que en mi opinión merecen ser discutidos. De acuerdo con el artículo “*la participación de las pacientes en la presente investigación fue voluntaria y su inclusión dentro del protocolo se llevó a cabo bajo consentimiento firmado y previa explicación de las posibles ventajas de los métodos diagnósticos aprobados por el comité de ética, el proceso interno de gestión de calidad y el sistema único de habilitación en salud*”. Ante lo anterior, la gestión del comité de ética de la institución participante es para mí muy cuestionable al permitir realizar una histerectomía abdominal a todas las pacientes con

sospecha de acretismo, procedimiento que no es inocuo y que no se constituye como el tratamiento de elección para todos los casos de mala adherencia placentaria.¹⁻³ Por consiguiente, considero que el estudio no cumple con algunos de los preceptos para el desarrollo de investigaciones en humanos de acuerdo con la declaración de Helsinki,⁴ la cual indica que *“los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento en estudios paralelos donde no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados”*. De esta manera, es claro para mí que este diseño de estudio, donde a todas las pacientes se les realizó histerectomía, suponía riesgos o molestias adicionales para los sujetos de la investigación, por lo cual no existía una clara proporcionalidad entre los beneficios y los riesgos de la investigación.

En cuanto a los resultados, opino que los investigadores obtuvieron una inusual prevalencia de acretismo en pacientes con cesárea anterior y placenta previa (10 de 11 pacientes [91%]), hallazgos muy altos al compararlos con otras publicaciones que describen la misma entre el 10% y el 30%.^{1,2,5,6} Por esta razón, sería importante aclarar si existió algún sesgo en la selección de las pacientes o conocer de parte de los autores esta inusual prevalencia. Asimismo, y según este reporte, sería innecesario practicar métodos que permitan detectar el acretismo en pacientes con

cesárea anterior y placenta previa debido a su elevada tasa de presentación.

Felicito a los autores por el esfuerzo en la publicación de este artículo y por lo novedoso del tema; no obstante, les solicito de manera respetuosa hacer los comentarios pertinentes a mis observaciones, particularmente cuando encuentro problemas metodológicos y éticos con hallazgos inusuales.

José Enrique Sanín-Blair

Gineco-obstetra

Especialista en Medicina Materno-Fetal

Clínica Universitaria Bolivariana

REFERENCIAS

1. Breen JL, Neubecker R, Gregori CA, Franklin JE Jr. Placenta accreta, increta, and percreta: a survey of 40 cases. *Obstet Gynecol* 1977;49:43-7.
2. Sumigama S, Itakura A, Ota T, et al. Placenta previa increta/percreta in Japan: a retrospective study of ultrasound findings, management and clinical course. *J Obstet Gynaecol Res* 2007;33:606-11.
3. Yee YH, Kung FT, Yu PC, Hsu TY, Cheng YF. Successful conservative management of placenta previa totalis and extensive percreta. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008;47:431-4.
4. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en. http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html
5. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:509-17.
6. Oyelese Y, Smulian J. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:927-41.