

Alteraciones morfológicas de la placenta

Placenta Morphological Changes

MSc. Dra. Tania Tamayo Lien, MSc. Dra. Martha Patricia Couret Cabrera,
Dra. Jenny Olazábal Alonso

Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro".

RESUMEN

Suelen reportarse casos aislados de anomalías morfológicas placentarias; pero últimamente existe una incidencia del 9 % digna de atención. La placenta puede tener diferentes anomalías o producir alteraciones que complican el embarazo, el parto o el puerperio. Se presenta un caso clínico de una paciente con inserción velamentosa del cordón y placenta bilobulada en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro" durante un parto eutócico. Los resultados perinatales, a pesar de todas las complicaciones, fueron favorables y el recién nacido presentó un conteo de Apgar adecuado al nacimiento. A pesar de los pocos casos reportados se confirmó la relación entre el retardo fetal y la morbilidad hemorrágica materna en el alumbramiento.

Palabras clave: inserción velamentosa del cordón, placenta bilobata, vasa previa, bajo peso fetal.

ABSTRACT

Isolated cases of placental morphological abnormalities are often reported; but lately there is an incidence of 9 % noteworthy. The placenta may have different abnormalities or alter complicating pregnancy, childbirth, and the postpartum period. A case of a patient with velamentous cord insertion and bilobed placenta during a vaginal delivery at Ramón Gonzalez Coro Gynecobstetric Teaching Hospital is presented here. Perinatal outcomes, despite all the complications were favorable and the newborn presented a proper Apgar count at birth. Despite the few reported

cases, the relationship between fetal delay and maternal hemorrhagic morbidity at delivery was confirmed.

Keywords: velamentous cord insertion, bilobata placenta, vasa previa, low fetal weight.

INTRODUCCIÓN

La placenta es un órgano transitorio que se forma alrededor de la semana 16 de gestación y sufre cambios menores al término del embarazo. En latín significa "masa esférica" y se describe como una masa carnosa, redonda, aplanada, discoide, hemocorial (o sea, el tejido fetal penetra el endometrio hasta el punto de estar en contacto con la sangre materna) y relacionada estrechamente con el feto por su cara fetal la cual está cubierta por membranas amnióticas y células corioamnióticas las cuales tienen como función ser uno de los componentes liberadores y productores de líquido amniótico. La cara placentaria en su centro presenta el cordón umbilical envuelto por la gelatina de Wharton y en su interior se encuentran una vena y dos arterias. Por otro lado, e íntimamente relacionada con la pared interna de la cavidad uterina sin infiltración muscular, se encuentra la cara materna la cual está formada por 16 a 18 cotiledones y tiene dos componentes: una porción fetal llamada corion frondoso y una porción materna o decidua.

En ocasiones, la placenta no está formada por un disco único, sino por dos, que cuando son del mismo tramo dan lugar a la placenta bilobulada. Si el tramo de ellos es desigual, el más pequeño se denomina lóbulo accesorio, en este caso los vasos umbilicales recorren un trayecto a través de las membranas. La inserción velamentosa del cordón es una complicación del cordón umbilical en la que éste llega a insertarse en la placenta a través de la superficie de las membranas ovulares, es decir, entre el amnios y el corion, y los vasos sanguíneos del cordón umbilical recorren una longitud variable entre las membranas ovulares antes de llegar a la placenta, en vez de insertarse libre y directamente en ella y están característicamente desprotegidos de la gelatina de Wharton.¹ Es una anomalía presente en el 1 % de los fetos únicos, sin embargo, es un trastorno presente hasta en el 15 % de gemelos monocoriónicos y común en trillizos. Las anomalías de inserción del cordón umbilical son frecuentes en la gestación gemelar monocorial.² También se citan entre los factores de riesgo de vasa previa las gestaciones conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida y las anomalías de inserción placentaria tales como la placenta previa, la inserción baja, las variaciones anatómicas y las variantes bilobuladas y succenturiata.³

Por la importancia del asunto se decidió realizar este estudio con la finalidad de describir un caso clínico de una paciente con esta entidad y sus resultados perinatales.

Caso clínico

Paciente de 27 años de edad, piel negra, con antecedentes patológicos personales de salud, perteneciente al policlínico Albarrán con tránsito en el policlínico Plaza,

con una historia obstétrica de 3 gestaciones, 2 abortos provocados y sin partos, con fecha de última menstruación confiable y una edad gestacional al ingreso de 40,2 semanas. La captación del embarazo fue precoz y los controles prenatales adecuados; normotensa durante todas las consultas en el área de salud, con altura uterina correspondiente para la edad gestacional y un índice de masa corporal que la clasifica como normopeso. Gestación deseada, no planificada.

Los complementarios indicados estuvieron dentro de parámetros normales y las ecografías acordes para la edad gestacional. Fue atendida en consulta externa de bajo peso fetal del Hospital Ramón González Coro e ingresada en el tercer trimestre de la gestación en la sala de gestantes con el diagnóstico de sospecha de bajo peso fetal.

Se denomina restricción del crecimiento intrauterino al fallo del feto en alcanzar su potencial intrínseco de crecimiento. La relación entre el peso al nacer y la edad gestacional se expresa en percentiles y refleja la calidad del crecimiento fetal; el peso es inferior al 10º percentil para la edad gestacional dada. Como es difícil conocer este potencial genético intrínseco, el diagnóstico del crecimiento fetal normal estuvo basado en la comparación de medidas antropométricas de los recién nacidos con problemas con las obtenidas en los recién nacidos sanos, al hacer curvas de crecimiento fetal, las cuales están en función de la edad gestacional y que han sido construidas con medidas obtenidas de recién nacidos con diferentes edades gestacionales.

Durante su estadía hospitalaria se constataron alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y la cardiotocografía (CTG) no estresada mostró disminución de la variabilidad. Posteriormente al repetir la prueba se mantuvo el mismo patrón de la FCF. Se detectó dinámica uterina dolorosa por lo que se reconoció a la paciente y se constató que se encontraba en fase activa del trabajo de parto el cual se produjo cuatro horas más tarde. Las cardiotocografías ulteriores fueron normales.

Datos del parto: edad gestacional al parto: 41 semanas. Parto eutócico. El tiempo de rotura de las membranas fue de cuatro horas y el líquido amniótico claro. Se obtuvo un recién nacido vivo, masculino, con un peso de 3040 gramos; Apgar 9/9. Se confirmó el bajo peso fetal pues las curvas protocolizadas de peso, según la edad gestacional, se encontraban entre el 3^{er.} y 10^{mo.} percentil.

Al realizar el alumbramiento asistido, se comprueba que no se produce el desprendimiento placentario en el tiempo esperado por lo que se recurrió a la extracción manual de la placenta y revisión manual e instrumental de la cavidad uterina. Al revisar la placenta y las membranas, se observó, desde el punto de vista morfológico, que ésta tenía dos lóbulos e inserción velamentosa del cordón.

Se produjo sangramiento moderado como complicación de esta alteración y se repuso el volumen perdido en la primera hora en conjunto con el resto de las medidas que se realizan en estos casos.

Se indicó realizar ecografía a las 24 horas después del parto para descartar si quedaban restos placentarios, la cual informó que la cavidad uterina se encontraba íntegra, sin restos y el canal cervical dilatado 4 cms, ocupado por coágulos. Se trató con ergotínicos. Paciente que evolucionó favorablemente durante el puerperio y egresó al tercer día luego de ocurrido el parto.

El resultado del estudio anátomo-patológico de la placenta fue: B 13-171. Placenta del tercer trimestre sin alteraciones histológicas.

DISCUSIÓN

En la literatura moderna las alteraciones morfológicas de la placenta se denominan "trastornos placentarios menores", que no por denominarse así carecen de importancia, pues está demostrado que en caso de producirse éstos, pueden estar asociados con bajo peso al nacer, prematuridad y patrones anormales del ritmo cardíaco fetal, así como complicaciones maternas durante el embarazo, el parto y el puerperio, dadas por vasos previos, compresión de los vasos sanguíneos por la presentación, retención de un lóbulo en la cavidad uterina, hemorragia e infección.

La inserción velamentosa del cordón se asocia con severas complicaciones obstétricas que incluyen la restricción del crecimiento fetal, la prematuridad, las anomalías congénitas, el apgar bajo y las placentas adherentes. Una de las más serias, aunque rara, de las complicaciones asociadas con esta condición es la vasa previa. En esta circunstancia particular, los vasos velamentosos no protegidos cruzan el segmento uterino inferior por debajo de la presentación exponiendo los grandes vasos fetales a los riesgos de compresión y ruptura, especialmente durante el trabajo de parto.^{4,5} Si no se diagnostica antes del inicio del parto o de la amniorraxis, la morbimortalidad fetal es elevada.^{5,6}

Tiene gran importancia el estudio ecográfico de la placenta para el diagnóstico precoz de las pacientes en riesgo. El empleo del Doppler color permite estudiar la placenta, la inserción placentaria del cordón umbilical e identificar la presencia de vasos sanguíneos umbilicales en las proximidades del orificio cervical interno con sensibilidades superiores al 90 %.⁷ Estudios de Hasegawa y cols. demostraron la utilidad del ultrasonido entre las 9 y 13 semanas de edad gestacional para la predicción del riesgo de presentar vasa previa mediante la detección sonográfica del sitio de inserción del cordón en el tercio inferior del útero, con gran valor predictivo si se realiza en el primer trimestre.⁸

En esta paciente el diagnóstico de inserción velamentosa del cordón lamentablemente se realizó de forma retrospectiva al examinar la placenta después del alumbramiento (Fig. 1, Fig. 2 y Fig. 3) sin encontrar datos previos. Se sospechó bajo peso fetal para la edad gestacional que pudo haber sido consecuencia de la alteración morfológica placentaria, y alteraciones electrocardiográficas de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), aunque no se encontraron factores de riesgo. Sin embargo, los resultados perinatales fueron favorables y el recién nacido presentó un conteo de Apgar adecuado al nacimiento. Otros autores reportan resultados diferentes. Lobato y cols. presentaron una paciente de 32 años, primigesta, con gestación de 41 semanas conseguida por fecundación *in vitro* que ingresó por rotura prematura de las membranas ovulares a la cual se le inició la inducción del parto con oxitocina y a las once horas del ingreso la paciente presentó una hemorragia en cantidad moderada coincidiendo con pérdida del foco cardíaco fetal en la cardiotocografía externa. Se constató que la paciente se encontraba en fase avanzada del trabajo de parto y tuvo un recién nacido que pesó 2 595 gramos con Apgar 0/0/0. Al examen macroscópico de la placenta se observó inserción velamentosa del cordón umbilical y la rotura de una de las paredes vasculares.⁹



Fig. 1. Inserción velamentosa del cordón.



Fig. 2. Otro aspecto de la placenta.



Fig. 3. Placenta bilobulada.

Oholeguy y cols. presentaron el caso clínico de una paciente de 26 años de edad, con 1,41 m de estatura, nulípara, que ingresó para cesárea por desproporción fetopélvica debida a estrechez pélvica absoluta. Se obtuvo neonato vivo de sexo masculino y puntaje de Apgar de 9 puntos al minuto y 10 puntos a los 5 minutos. Se encontró como hallazgo al alumbramiento placenta fúndica normoinsera con vasa previa.¹⁰

Hasegawa reportó dos casos, entre ellos uno de una gestante de 40 años de edad, con antecedente de dos partos que fue transportada al hospital a las 26 semanas debido a sangramiento vaginal. Se le realizó una sonografía la cual reveló un feto normal y placenta previa, la cual rodeaba pero no cubría el orificio cervical interno (OCI). El sitio de inserción del cordón estaba cercano al borde más bajo de la placenta y se observaron vasos aberrantes entre los cotiledones anterior y posterior y vasos que atravesaban el OCI. Se diagnosticó placenta previa de inserción baja y vasa previa. A las 30 semanas de edad gestacional se produjo rotura prematura de las membranas y se le realizó una cesárea de emergencia. Durante el acto quirúrgico se observó una placenta bilobulada, uno de los lóbulos o cotiledones se encontraba sobre el segmento inferior del útero pero no cubría el OCI y el otro lóbulo lo rodeaba. Los vasos aberrantes atravesaban las membranas sobre el OCI entre los dos lóbulos pero no hubo ruptura de los mismos. Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de vasa previa. Se obtuvo un recién nacido masculino que pesó 1582 gramos con conteo de Apgar de 2-3 al primer y quinto minuto respectivamente. El neonato fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales debido a síndrome de distress respiratorio (SDR) por lo que se le administró surfactante y fue dado de alta a los 45 días.¹¹

Se concluye que a pesar de los pocos casos registrados que existen en relación con las alteraciones morfológicas placentarias, estas se asociaron con el crecimiento fetal restringido, las alteraciones de la FCF y la morbilidad hemorrágica materna en el alumbramiento en este caso, lo cual está acorde con la literatura consultada.

Se recomienda reportar con más frecuencia las alteraciones morfológicas de este órgano vital del embarazo para reconocer la incidencia de las mismas, así como su repercusión en el binomio materno- fetal. Se debe insistir en la detección de los factores de riesgo y realizar la ultrasonografía Doppler en estos casos en los cuales es de gran importancia realizar el diagnóstico precoz de esta entidad para lograr disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez R, Sepúlveda W. Vasa previa. Rev Chil Ultrasonog. 2008; 11(1): 26-30.
2. Gómez M, Dutruel S, Cúneo L, Medina J, Cellerino A, Sáez D. Gestación gemelar monocorial: Ecografía, Doppler y estudio de los vasos placentarios post parto y su correlación con la ocurrencia de complicaciones. Rev Argent Radiol. [revista en Internet]. 2009; [Citado 2013 Jul 19]; 73(2). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922009000200010&lng=es&nrm=iso
3. Papathanasiou D, Witlox R, Oepkes D, Walther F, Bloemenkamp K, Lapriore E. Monochorionic twins with ruptured vasa previa: Double trouble. Fetal Diagnosis and Therapy. 2010; 28(1): 48-50.

4. Sepulveda W, Rojas I, Robert J, Schnapp C, Alcalde J. Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2003;21(6): 564-9.
5. Canto M, Cano S, Vilarmau M, Capdevila J, Ojeda F. Vasa previa: diagnóstico prenatal ecográfico y conducta obstétrica. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2009;52(11):643-7. [citado May 19, 2014] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)72802-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013(09)72802-X), [How to Cite or Link Using DOI](#)
6. Soto C, Germes F. Rotura del cordón umbilical y vasa previa: comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75:214-8.
7. Markov D, Ivanov S, Markov P, Djavolov V, Nikolov A, Dimitrov A, *et al*. Velamentous insertion of the umbilical cord: diagnosis and management. *Akusherstvo ginecología*. 2009;48(5):3-10.
8. Hasegawa J, Nakamura M, Sekizawa A, Matsuoka R, Ichizuka K, Okai T. Prediction of risk for vasa previa at 9-13 weeks' gestation. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* [revista en la internet]. (2011, Oct);37(10):1346-51. [citado May 19, 2014] Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21564407
9. Lobato JL, Franquelo C, San Román MV, López M. Hemorragia fetal aguda letal por rotura de vasa previa. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2012 Dic;38(4). [citado 2013 Jul 19] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400017&lng=es
10. Oholeguy P, Cheda I, Sotero G. Vasa previa: comunicación de un caso. *Rev. Méd. Urug*. [revista en Internet]. 2011 Sep;27(3):161-5. [citado 2013 Jul 19] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952011000300006&lng=es
11. Hasegawa J, Matsuoka R, Ichizuka K, Fujikawa H, Sekizawa A, Okai T. Umbilical cord insertion to the lower uterine segment is a risk factor for vasa previa. *Fetal Diagnosis and Therapy* [revista en Internet]. (2007);22(5):358-60. [citado May 19, 2014]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17556824

Recibido: 3 - 5 - 14

Aprobado: 3 - 6 - 14

Dra. Tania Tamayo Lien, MSc. Dra. Martha Patricia Couret Cabrera. Hospital Ginecobstétrico Docente. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: taniatamayo@infomed.sld.cu patricouret@infomed.sld.cu