




Displasia mesenquimal placentaria. A propósito de un caso

 Rosanny Benítez Fernández,¹  Hecna Carrillo García,²  Yeraldine Yáñez.³

RESUMEN

La displasia mesenquimal placentaria es una condición infrecuente que por las características placentarias se puede confundir con una enfermedad molar; dentro de los hallazgos más frecuentes, tiene una placenta aumentada de tamaño y la presencia de “vesículas en forma de uva”. El diagnóstico de sospecha y se realiza a través de la ecografía, pero el diagnóstico definitivo lo dará el estudio anatomopatológico. Se presenta el caso de una paciente de 30 años, IIG IP, quien acude con 30 semanas más 4 días de gestación, a quien se le realiza ecosonograma obstétrico, evidenciando placenta centro oclusiva total de aspecto hidrópico, de gran tamaño, feto con restricción del crecimiento intrauterino y posteriormente anhidramnios; por lo cual se decide resolución obstétrica mediante cesárea segmentaria, obteniendo recién nacido femenino con peso al nacer de 1100 g y placenta con múltiples vesículas, por lo cual se realiza estudio anatomopatológico que reporta displasia mesenquimal placentaria.

Palabras clave: Placenta, Displasia mesenquimal placentaria, Mola parcial.

Placental mesenchymal dysplasia. About a case

SUMMARY

Placental mesenchymal dysplasia is a rare condition that, due to placental characteristics, can be confused with a molar disease. Among the most frequent findings is an enlarged placenta and the presence of “grape-shaped vesicles”. The suspected diagnosis is made through ultrasound, but the definitive diagnosis will be given by the anatomic-pathological study. We present the case of a 30-year-old patient, IIG IP, who came at 30 weeks plus 4 days of gestation, who underwent an obstetric echosonogram showing a total occlusive central placenta with a large hydropic appearance, a transverse fetus with intrauterine growth restriction and later anhydramnios; for which obstetric resolution was decided by segmental cesarean section, obtaining a female newborn with a birth weight of 1,100 g and placenta with multiple vesicles, for which an anatomopathological study was carried out, that reported placental mesenchymal dysplasia.

Keywords: Placenta, Placental mesenchymal dysplasia, Partial mole.

INTRODUCCIÓN

La displasia mesenquimal placentaria (DMP) es una anomalía vascular benigna y rara del desarrollo placentario. Es de incidencia desconocida, sin embargo, en Japón, fue publicado un estudio que señaló una incidencia de 0,02 % (1). Las características

ecográficas y macroscópicas de la placenta son similares a otras entidades como la enfermedad trofoblástica gestacional; es por tal motivo que la misma es subdiagnosticada. A pesar de presentar placentomegalia y vesículas en forma de uvas, su principal diferencia radica en que la DMP se presenta en embarazos con fetos sin malformaciones (2).

La DMP fue inicialmente descrita por Moscoso y cols. (3), como hiperplasia de las vellosidades del tallo, en 1991, cuando identificaron 2 casos con niveles elevados de alfafetoproteína en suero materno y placentas agrandadas. Histológicamente, sin embargo,

¹Especialista en Obstetricia y Ginecología, ²Especialista en Obstetricia y Ginecología, adjunto del Servicio de Sala de Partos, Maternidad Concepción Palacios. ³ Residente 3er año en obstetricia y ginecología.

Correo de correspondencia: hecnac@gmail.com

Forma de citar este artículo: Benítez R, Carrillo H, Yáñez Y. Displasia mesenquimal placentaria. A propósito de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 83(4):512-517. DOI 10.51288/00830418

estas placentas podrían distinguirse de las placentas de una mola parcial por ausencia de proliferación trofoblástica (3, 4).

A nivel microscópico, se observa la presencia de vasos vellosos troncales aneurismales, que pudieran ser confundidos con otras alteraciones vasculares como corangioma, corangiosis o corangiomas, originadas en la misma región de la placa coriónica, lo que causa un reto para el anatomopatólogo al momento de realizar el diagnóstico y aún más cuando las últimas alteraciones se presentan simultáneamente con la hiperplasia mesenquimal; como ocurre en casos muy raros (5). Hasta la actualidad no se ha asociado esta entidad a un aumento de la morbimortalidad materna pero sí se le ha relacionado a una tasa elevada de muerte fetal y neonatal (6). Por consiguiente, se describe a continuación un caso clínico atendido en la Maternidad Concepción Palacios, de Caracas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años de edad, II gestaciones, I parto, con embarazo simple de 30 semanas más 4 días por fecha de última menstruación, sin antecedentes patológicos conocidos, quien consultó por hallazgo ecográfico donde evidenciaron oligoamnios. Al interrogatorio refirió ser diagnosticada de hipotiroidismo a las 20 semanas de gestación.

Al examen físico, la paciente estaba en buenas condiciones generales, presión arterial 117/82 mm Hg, frecuencia cardíaca 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, afebril, hidratada; a nivel abdominal útero gestante, feto único, situación transversa, frecuencia cardíaca fetal: 157 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, altura uterina 32 cm. A la exploración ginecológica, los genitales eran de aspecto y configuración

normal, la vagina con trayecto libre, el cuello se veía macroscópicamente sano, sin modificaciones cervicales; no se evidenció sangrado ni salida de líquido a través de orificio cervical externo. Las extremidades eran simétricas, sin edema. A la escala de Glasgow se obtuvo 15/15 puntos.

Dentro de los estudios realizados destacaron el hemograma (leucocitos: $14,0 \times 10^3/\text{mm}^3$, eritrocitos: $3,88 \times 10^6/\text{mm}^3$, hemoglobina: 11,5 g/dL, hematocrito: 35,1 %); plaquetas: $112\ 000/\text{mm}^3$; tiempo parcial de tromboplastina (diferencia +9,6 seg); gonadotropina coriónica humana subunidad beta 11 564 mUI/mL; hormona estimulante de la tiroides 3,5 mUI/L; T4 libre 1,52 pmol/L; anti TPO negativo 3,5 UI/mL y una ecografía anterior de las 21 semanas más 3 días de gestación, en la que se evidenció crecimiento fetal entre el percentil 10-50, con marcadores ecográficos del II trimestre negativos. Las arterias uterinas fueron reportadas de bajo riesgo para crecimiento fetal restringido (CFR) y trastorno hipertensivo del embarazo (THE), y se evidenció placenta con múltiples lagunas placentarias. La paciente tenía solo dos controles prenatales reportados en su tarjeta de control prenatal.

Se realizó ecografía obstétrica que concluyó con los siguientes hallazgos: embarazo simple de 30 semanas más 3 días, placenta hidrópica de 7,6 cm de grosor que ocupa cara anterior, superior, media e inferior, placenta previa centro oclusiva total con vaso dominante a nivel de orificio cervical interno, oligoamnios grave (índice de líquido amniótico: 40 mm), crecimiento fetal restringido (peso estimado fetal: 1155 g, < p3), perfil hemodinámico maternofetal normal para los vasos estudiados, perfil biofísico fetal (PBF) 8/8 puntos.

Después de cumplir con el esquema de maduración pulmonar fetal indicado, se realizó ecosonograma obstétrico control a las 24 horas en el cual se evidenció anhidramnios (Figura 1), alterando de ese modo el bienestar fetal, motivo por el cual se practicó cesárea

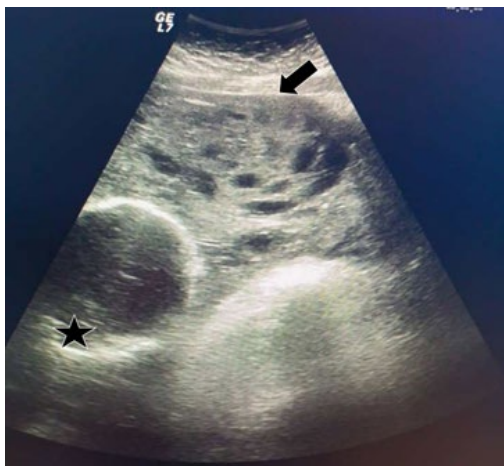


Figura 1: Ecografía de la paciente a las 30 semanas más 4 días de gestación, donde se evidencia anhidramnios; se muestra placenta con varios focos anecoicos en su interior, acompañado de parte fetal.

segmentaria donde se obtuvo como hallazgos los mencionados a continuación: recién nacido vivo de sexo femenino, con peso al nacer de 1100 g, talla de 41 cm, y valoración APGAR 7/10 puntos; placenta de gran tamaño con múltiples vesículas y vasos tortuosos.

El estudio histopatológico de la placenta concluyó como DMP, determinado mediante las siguientes características, tanto macroscópicas como microscópicas.

Características macroscópicas: placenta de gran tamaño deformada y fragmentada, la porción de mayor tamaño mide 30,3 x 20,4 cm de color pardo oscuro y de consistencia blanda, el cordón umbilical mide 7,4 x 1,5 cm con sus tres elementos, vasos coriales tortuosos con presencia de trombos, presencia de múltiples focos hidrópicos (Figuras 2 y 3).

Características microscópicas: vellosidades coriales avasculares y otras con corangiosis, vellosidades coriales edematosas y con cisternas, estroma laxo y

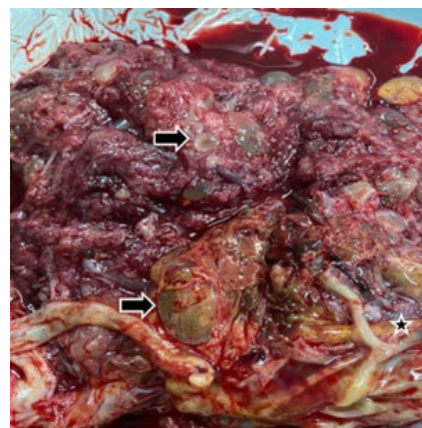


Figura 2. Placenta con múltiples vesículas de diversos tamaños. Nótese la presencia de trombos en los vasos coriales.

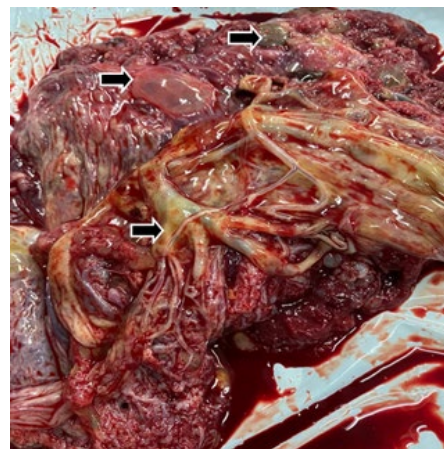


Figura 3. Placenta de gran tamaño con vasos tortuosos y focos hidrópicos.

mixoide, no proliferación del trofoblasto, hiperplasia de nudos sincitiotrofoblásticos, vasos trombosados y recanalizados. (Figuras 4, 5 y 6).

La paciente se recuperó de manera satisfactoria. El recién nacido estuvo en la unidad de terapia intensiva neonatal donde falleció posterior a las 24 horas de nacido.

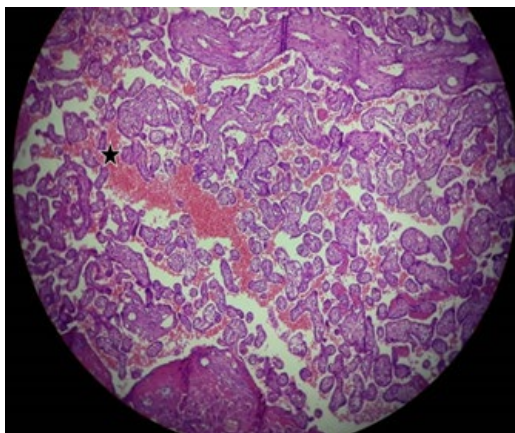


Figura 4. Vellosidades avasculares y otras con corioangiomas, presencia de hemorragia intervellosa.

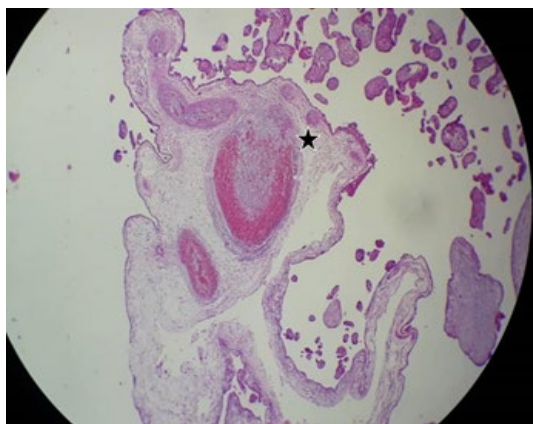


Figura 5. Vasos coriónicos dilatados, trombosados y recanalizados. Estroma laxo, mixoide.

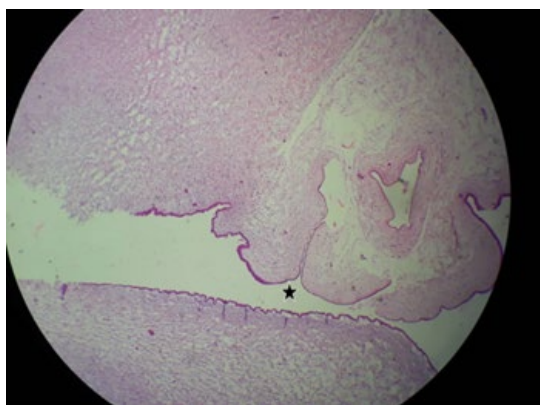


Figura 5. Vasos coriónicos dilatados, trombosados y recanalizados. Estroma laxo, mixoide.

DISCUSIÓN

En la evolución de un embarazo pueden desarrollarse complicaciones cuyo manejo médico adecuado dependerá del diagnóstico presuntivo. No obstante, debido a la baja incidencia reportada de la DMP el diagnóstico prenatal, es verdaderamente un reto. Al evaluar ecográficamente la placenta, se suele plantear como diagnóstico diferencial, la mola hidatiforme parcial, gestación gemelar con mola completa y los mosaicismos placentarios confinados (7). Debido a esto, frecuentemente, el diagnóstico es realizado en el posparto mediante el estudio de anatomía patológica de la placenta (7).

En la DMP, se ha demostrado una asociación con el sexo femenino de 3,6:1 y el crecimiento fetal restringido hasta un 50 % de los casos, lo que se confirma también en este caso (8). El crecimiento fetal restringido se encuentra asociado con hipoperfusión e hipoxia, por la presencia de las anomalías vasculares, trombosis e incluso con los corioangiomas (9). Histológicamente, estas placentas pueden distinguirse de las molas parciales a causa de la ausencia de proliferación trofoblástica, como se muestra en la Figura 5, al igual que la presencia de vellosidades con corioangiomas (7).

El motivo de ingreso de la gestante al recinto hospitalario fue el hallazgo ecográfico (oligohidramnios), al relacionarlo con los casos publicados se evidencia que el mismo se relaciona con alteración del líquido amniótico (5, 7, 8), asimismo los recién nacidos fueron prematuros en 2/3 de los casos. También se asoció un alto índice de mortalidad perinatal, alrededor de 40 % (9) por lo que entraría en la casuística. Otras de las condiciones que se deben descartar en recién nacidos con fenotipo normal son el síndrome de Beckwith-Wiedeman y otras tumoraciones mesenquimales (7).

Por lo anterior, ante la sospecha ecográfica de DMP, se justifica el seguimiento estrecho del crecimiento

del feto, su evaluación anatómica ecográfica detallada en diferentes semanas de gestación para descartar anomalías: tumores mesenquimales hepáticos o anomalías asociadas con el síndrome de Beckwith-Wiedemann (10).

La DMP es un trastorno benigno y no es necesaria la interrupción inmediata del embarazo siempre que, ante la sospecha, se realice seguimiento ecográfico estricto, sin embargo, en este caso por el hallazgo del anhidramnios (líquido amniótico 4 cm), perfil biofísico fetal de 6/8 puntos y luego de haber cumplido inducción de madurez pulmonar fetal, se decidió interrupción de la gestación vía cesárea por compromiso del bienestar fetal, obteniendo el resultado perinatal mencionado en la descripción del caso clínico. Al estudiar la placenta, por parte del servicio de anatomía patológica, se concluyó que se trataba de una DMP. A pesar de que los diversos casos publicados detallan sus hallazgos y al compararlos tenían similitud (5-8), al tratarse de una patología infrecuente y a su vez tener características parecidas a una enfermedad trofoblástica gestacional, no es el diagnóstico que se planteó desde un inicio, es por ello que resalta la importancia del estudio de la placenta y el trabajo multidisciplinario con otros servicios como anatomía patológica y pediatría, para dar el diagnóstico definitivo de un caso.

CONCLUSIÓN

Por lo expuesto anteriormente, se menciona que este caso se trató de una DMP, diagnóstico concluido por el estudio anatomopatológico de la placenta. Al relacionar los hallazgos con los descritos en la literatura se observa que los hallazgos a nivel ecográficos se asemejaban a una enfermedad trofoblástica gestacional, pero se diferencia de esta entidad al observar la coexistencia de un feto que no presentaba malformaciones, lo cual se confirmó posterior a su nacimiento donde se

obtuvo un recién nacido fenotípicamente normal, de sexo femenino, quien además presentó un crecimiento fetal restringido, placentomegalia y oligohidramnios. Todas estas características también fueron descritas en los casos revisados. De este modo, se considera que, para avanzar en la investigación de esta rara patología, es importante realizar un estudio completo de la placenta, el feto y ambos padres, mediante un trabajo multidisciplinario que incluya al patólogo, neonatólogo y ginecoobstetra. Hacer un mejor seguimiento de estos casos desde el control prenatal debido al alto número de complicaciones y patologías asociadas, para disminuir de esta forma la morbimortalidad fetal. Así mismo, sospechar la condición durante la etapa temprana y tardía de la gestación podría evitar la interrupción innecesaria del embarazo.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Arizawa M, Nakayama M. Suspected involvement of the X chromosome in placental mesenchymal dysplasia. *Congenit Anom.* 2002;42(4):309-17. DOI: 10.1111/j.1741-4520.2002.tb00897.x.
2. Mittal D, Anand R, Sisodia N, Singh S, Biswas R. Placental mesenchymal dysplasia: What every radiologist needs to know. *Indian J Radiol Imaging.* 2017;27(1):62-4. DOI: 10.4103/0971-3026.202949
3. Moscoso G, Jauniaux E, Hustin J. Placental vascular anomaly with diffuse mesenchymal stem villous hyperplasia. A new clinico-pathological entity? *Pathol Res Pract.* 1991;187(2-3):324-8. DOI: 10.1016/s0344-0338(11)80791-0
4. Parveen Z, Tongson-Ignacio JE, Fraser CR, Killeen JL, Thompson KS. Placental mesenchymal dysplasia. *Arch Pathol Lab Med.* 2007;131(1):131-7. DOI: 10.5858/2007-131-131.
5. Chen CP, Chern SR, Wang TY, Huang ZD, Huang MC, Chuang CY. Pregnancy with concomitant chorangioma and placental vascular malformation with mesenchymal hyperplasia. *Hum Reprod.* 1997;12(11):2553-6. DOI: 10.1093/humrep/12.11.2553.

6. Pham T, Steele J, Stayboldt C, Chan L, Benirschke K. Placental mesenchymal dysplasia is associated with high rates of intrauterine growth restriction and fetal demise: A report of 11 new cases and a review of the literature. *Am J Clin Pathol.* 2006;126(1):67-78. DOI: 10.1309/RV45-HRD5-3YQ2-YFTP.
7. Laia L, García E, Costa J, Serra L, Bella M, Canet Y. Placental mesenchymal dysplasia. *Consorti Sanitari Parc Taulí.* 2009;54(6):341-46. DOI: 10.1016/S0304-5013(09)71470-0
8. Huertas E, Valladares E, Gutiérrez G, Oros V. Displasia mesenquimal placentaria. *An. Fac. med.* [Internet]. 2008 [consultado el 29 de marzo de 2023]; 69(3): 188-92. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832008000300008&lng=es.
9. Mehedintu C, Frincu F, Ionescu O, Cirstoiu M, Sajin M, Olinca M, *et al.* Un diagnóstico desafiante: displasia mesenquimatoso placentaria: revisión de literatura y reporte de caso. *Diagnósticos* 2022;12(2):293. DOI: 10.3390/diagnostics12020293
10. Salcedo A, Nava E, Rodríguez G, Arroyo T, Cisneros F, Perales J. Displasia mesenquimal placentaria asociada con restricción del crecimiento intrauterino de inicio temprano: reporte de un caso. *Ginecol. obstet. Méx.* 2022;90(3): 279-86. DOI: 10.24245/gom.v90i3.4338.

Recibido 17 de julio de 2023
Aprobado 19 de septiembre de 2023