

Displasia mesenquimal placentaria: Reporte de caso

Marquez Hiraes, WB¹., Covarrubias de la Mora, MF¹., Rivera Rojas, JA²., Romero Silva, L³.

1. Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital general con Especialidades Juan María de Salvatierra. 2. Médico Adscrito de Ginecología y Obstetricia, Hospital general con Especialidades Juan María de Salvatierra. 3. Médico Patólogo Hospital general con Especialidades Juan María

INTRODUCCIÓN

La displasia mesenquimal placentaria es una condición placentaria benigna y de rara frecuencia, esta tiende a infradiagnosticarse por su semejanza morfológica y ultrasonográfica con la mola hidatiforme parcial. En algunos reportes se estima una incidencia de 0.02%. Asociado a anomalías genéticas como Síndrome de Beckwith–Wiedemann (30%)¹ y alteraciones fetales como restricción del crecimiento intrauterino (50%), muerte fetal intrauterina y neonatal (40%), Hamartoma mesenquimal placentario hepático fetal, placenta previa, onfalocele y anomalías renales del producto². Se caracteriza por presentar placentomegalia, lesiones hidrópicas, anomalías del cordón, vasos coriales tortuosos y dilatados con presencia de trombosis^{3,4}.

CASO CLINICO

Femenino de 31 años de edad; Gesta 3, Cesáreas 2, en seguimiento de embarazo de alto riesgo por hallazgos ultrasonográficos compatibles con probable acretismo placentario (Figura 1).

Es ingresada al servicio con diagnóstico de embarazo de 32.5 semanas + amenaza de parto pretérmino + iterativa + probable acretismo placentario.

Inicia su padecimiento con dolor abdominal tipo cólico y sangrado transvaginal; a la exploración con hipertonia uterina y sin modificaciones cervicales. Se reporta RCTG categoría III por lo que se procede a terminación del embarazo vía abdominal de urgencia.

En trasquirúrgico se encuentra placenta con desprendimiento del 40-50%, aumentada de tamaño y con múltiples vesículas. Se obtiene producto femenino, peso 1405 grs, APGAR 6/7.

Debido a los hallazgos trasquirúrgicos se sugiere como primera posibilidad diagnóstica una enfermedad molar parcial y se realiza hormona gonadotropina coriónica humana (HCG) beta (trasquirúrgica) con resultados de 197679 mUI/ml, 48 hrs posteriores se reporta HCG beta de 2269 mUI/ml.

Resultados de Patología reportan:

-Placenta con medidas de 30 cm x 45 cm x 9 cm, con múltiples vesículas de entre 0.2 cm a 3 cm (Figura 2). Monocorial monoamniótica con cambios de displasia mesenquimal placentaria y vellosidades coriales del 3er trimestre (Figura 3). Estudio negativo a malignidad.

Como parte del seguimiento al recién nacido se documentó fallecimiento secundario a Choque séptico por sepsis neonatal temprana, no se reportan alteraciones morfológicas.

Se decide egreso de nuestro servicio 3 días posterior a evento quirúrgico.

Diez días posteriores se realiza toma de nueva HCG reportando 32.5 mUI/ml, por lo que se da de alta del servicio.



Figura 1: Imagen ecográfica que reporta de imágenes



Figura 2: Cotiledones con presencia de múltiples vesículas de superficie lisa, de entre 0.2-3 cm con contenido líquido claro.

CONCLUSIONES

La displasia mesenquimal placentaria es una entidad rara con pocos casos reportados en la literatura, debido a la baja incidencia. Cuyo principal diagnóstico diferencial es la mola parcial.

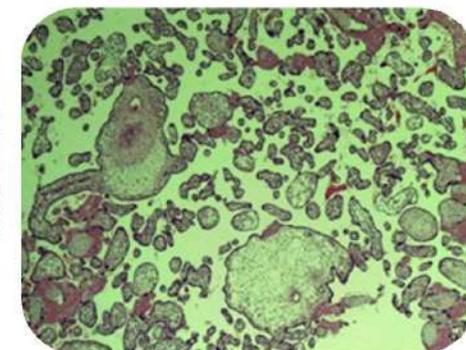


Figura 3: Cortes con hematoxilina y Eosina en donde se observan vellosidades del 3er trimestre, en conjunto con vellosidades con edema y trombosis focal de vasos sanguíneos.

DISCUSIÓN

La clínica y los hallazgos radiológicos en la paciente puede asemejar a la mola hidatiforme parcial, por lo que es importante una valoración histopatológica para corroborar el diagnóstico y brindar a la paciente posteriormente un seguimiento y tratamiento adecuado⁵.

Es necesario que la displasia mesenquimal placentaria se incluya en el diagnóstico diferencial si se encuentran hallazgos radiológicos sugerentes, los cuales son: presencia de lagunas placentarias, aumento de flujo doppler, placenta aumentada de tamaño e inserción velamentosa del cordón umbilical⁶; también llevar a cabo una vigilancia estrecha de las pacientes debido al alto riesgo de complicaciones obstétricas como son: preeclampsia, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino.

