

Artículo de presentación de casos clínicos

Hemorragia anteparto asociada a placenta succenturiata. Reporte de un caso.

Antepartum hemorrhage associated with placenta succenturiata. Case report.

María Fernanda Calderón León*, José Manuel Vélez Macías**, Jorge Leonardo Salcedo Mite***, Andrea Ximena Montiel Molina****, Priscilla María Lugmania Sánchez*****, Rene Antonio Mendoza Merchán*****, Carlos Luis Malla Vijay*****, Daniel Arturo Vera Neira*****, Rosileidy Torres Domínguez*****

*Universidad de Guayaquil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4121-6006>

**Universidad de Guayaquil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6805-3211>

***Universidad de Guayaquil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2077-3572>

****Universidad Regional Autónoma de los Andes. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3362-4288>

*****Universidad Particular de Especialidades Espíritu Santo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3651-6696>

*****Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6334-5602>

*****Universidad de Guayaquil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5945-0896>

*****Universidad Particular de Especialidades Espíritu Santo. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8203-2231>

*****Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado- Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6533-8897>

dracalderonleon@hotmail.es

Recibido: 14 de noviembre del 2022

Revisado: 8 de enero del 2023

Aceptado: 2 de febrero del 2023

Resumen.

Introducción: La placenta succenturiata es una anomalía morfológica de la placenta que puede resultar en morbilidad y mortalidad significativas tanto para el feto como para la madre. Objetivo: describir un caso clínico de hemorragia anteparto asociado a placenta succenturiata. Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico, se obtuvo consentimiento informado de paciente para tener acceso a la historia clínica y uso de imágenes correspondientes a la presente investigación. Caso clínico: se presenta el caso de una gestante de 33 semanas, que ingresa al área de emergencias, con hemorragia del tercer trimestre, en la ecografía se observó, presencia de un lóbulo que alcanza el nivel del orificio cervical interno, confundiendo con placenta previa, paciente se encontraba estable y en observación, con monitorización fetal continua, hasta obtener maduración pulmonar completa, posteriormente presento dolor y sangrado ante parto por lo que fue intervenida quirúrgicamente mediante operación cesárea donde se constata la presencia de lóbulo succenturiado en placenta. La evolución de ambos fue favorable. Discusión: El presente artículo demuestra, una rara variedad de malformación placentaria que provoca múltiples complicaciones y pertenece al diferencial de otras patologías que provocan hemorragia del tercer trimestre, pudiendo estar asociadas con placenta previa, por lo que, hay que tener presente la placenta succenturiata como una causa de hemorragia del tercer trimestre, además tener en consideración que en el periodo postparto es causa de retención de una porción placentaria y puede ocasionar hemorragia o infección. Conclusiones: La placenta succenturiata es una anomalía de rara presentación, que forma parte del diagnóstico diferencial de las hemorragias ante parto y que debe ser diagnosticada en el periodo prenatal, para poder así, realizar un control prenatal y atención del parto de forma adecuada, además de dar una orientación a la paciente y su familia. Se recomienda en estos casos el parto por cesárea, con abordaje quirúrgico y tipo de incisión a elección, de acuerdo a comorbilidades y estado clínico de paciente.

Palabras clave: enfermedad de la placenta, trastornos de la placenta, placenta retenida, hemorragia, placenta.

Abstract

Introduction: placenta succenturiata is a morphological abnormality of the placenta that can result in significant morbidity and mortality for both the fetus and the mother. **Aim** to describe a clinical case of antepartum hemorrhage associated with placenta succenturiata. **Materials and methods:** a retrospective descriptive study, clinical case presentation, informed consent of the patient to have access to the clinical history and use of images corresponding to the present investigation. **Clinical case:** the case of a pregnant woman of 33 weeks, who enters the emergency area, with hemorrhage of the third trimester, was observed in the ultrasound, presence of a lobe that reaches the level of the internal cervical orifice, being confused with placenta previa, patient was stable and under observation, with continuous fetal monitoring, until complete lung maturation was obtained, later I present pain and bleeding before delivery so it was operated surgically by cesarean operation where the presence of succenturiado lobe in the placenta is confirmed. Both developments were favourable. **Discussion:** The present article demonstrates, a rare variety of placental malformation that causes multiple complications and belongs to the differential of other pathologies that cause third trimester bleeding, being associated with placenta previa, so, we must keep in mind the placenta succenturiata as a cause of bleeding in the third trimester, also take into account that in the postpartum period is cause of retention of a placental portion and can cause bleeding or infection. **Conclusions:** The placenta succenturiata is an abnormality of rare presentation, which is part of the differential diagnosis of haemorrhages before delivery and must be diagnosed in the prenatal period, so that prenatal control and care of the birth can be performed properly, in addition to giving guidance to the patient and her family. Caesarean delivery is recommended in these cases, with surgical approach and type of incision of choice, according to comorbidities and clinical status of the patient.

Keywords: placental disease, placental disorders, retained placenta, bleeding, placenta.

Introducción

La placenta es un órgano que desempeña varias funciones importantes, entre ellas nutrir al feto en desarrollo, contribuir como medio para la excreción de desechos y cumplir con regulaciones endocrinas e inmunológicas; normalmente es redonda u ovalada, tiene 22 cm de diámetro, con un grosor de 2 - 2,5 cm y pesa aproximadamente una libra (1).

Existen variantes placentarias que pueden influir y repercutir de forma negativa en el desarrollo fetal, por lo que, es importante su detección oportuna, y conocer las distintas formas en que, se alcanzan a manifestar : 1) placenta bilobulada (bipartita o dúplex) es una placenta con dos lóbulos, separados por una membrana; ocurre en 2-8% de las placentas y pueden asociarse con sangrado en el primer trimestre, polihidramnios, desprendimiento de placenta y retención de placenta. 2) placenta succenturiata: se produce cuando se desarrollan uno o más lóbulos accesorios en las membranas, aparte del cuerpo placentario principal, sus vasos están soportados por membranas comunicantes. 3) placenta circunvalada: es extracorial de forma anular, con bordes elevados, lo que provoca, una retención de hematoma en el margen de la placenta. Se asocia con mayor riesgo de sangrado vaginal en el primer trimestre, ruptura prematura de las

membranas, parto prematuro, insuficiencia placentaria y desprendimiento de placenta. El diagnóstico se realiza con la inspección visual de la placenta después del parto. 4) placenta membranacea : en esta anomalía, las vellosidades coriónicas cubren las membranas fetales por completo y la placenta se desarrolla como una estructura delgada que ocupa toda la periferia del corion. Clínicamente puede presentarse con sangrado vaginal indoloro en el segundo o tercer trimestre, o durante el trabajo de parto. 5) placenta fenestrada :es una afección rara, en la que falta la porción central de la placenta discoide. 6) placenta de Battledore : es una afección en la que el cordón umbilical se inserta en o cerca del margen de la placenta en lugar de, en el centro. Las complicaciones asociadas, son trabajo de parto prematuro, sufrimiento fetal y restricción del crecimiento intrauterino (2).

En esta investigación nos vamos a referir a la placenta succenturiata o lóbulo placentario subcenturiado, que es una anomalía morfológica vascular de la placenta que se caracteriza por la presencia de uno o más lóbulos placentarios adicionales, fuera del cuerpo de la placenta; este término deriva del latín succenturio que significa sustituto; se presenta como lóbulo accesorio

suculado o excéntrico, que se desarrolla independiente del lóbulo placentario principal (3). La incidencia de la placenta succenturiata varía entre 1 y 3% por cada 1000 embarazos (4) y están asociados con sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo, desempeñando un papel importante en la etiología de las muertes fetales y neonatales (5).

En un estudio realizado por Shrestha I, Gautam P, Khajju S. en el 2022, obtuvieron como resultados que de 105 placentas observadas, hubo variaciones morfológicas en dos (1,91%) y se observó que una (50%) era placenta succenturiata y otra (50%) tenía forma triangular (6)

Siendo las anomalías placentarias, un hallazgo obstétrico poco común, son causas importantes de morbimortalidad materno fetal, cuyos factores de riesgo asociados son: edad materna mayor de 35 años, comorbilidades coexistentes y fertilización in vitro, incrementando el riesgo de hemorragia anteparto, resultados adversos del embarazo, restricción del crecimiento fetal, sufrimiento fetal e incluso muerte fetal intra útero (7) (8).

El uso rutinario de la ultrasonografía obstétrica y Doppler permite el diagnóstico prenatal temprano, observándose un flujo independiente de ambos lóbulos (9) (10), reconociéndose como una masa de tejido placentario separado del lóbulo principal, correlacionándose con una mayor incidencia de inserción velamentosa del cordón umbilical, vasa previa e infarto placentario (11) (12).

Objetivo: describir un caso clínico de hemorragia ante parto asociado a placenta succenturiata.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico, sobre hemorragia ante parto asociada a

placenta succenturiata. Se obtuvo consentimiento informado de la paciente para tener acceso a la historia clínica y uso de imágenes correspondientes a la presente investigación.

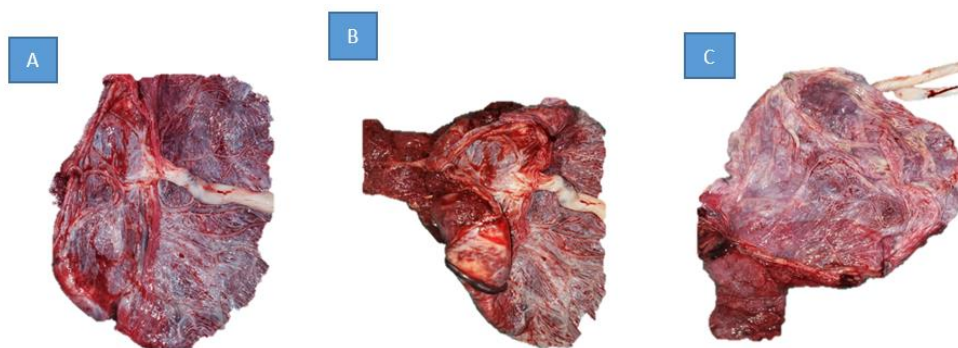
Caso clínico

Paciente femenina de 34 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, Antecedentes gineco obstétricos: gestas 4, Cesáreas: 0, Partos: 2 Abortos: 2, Periodo intergenésico: 10 años

Controles prenatales: 4 realizados en el ministerio de salud pública, ingresa al área de emergencia del hospital por presentar embarazo de 33 semanas por fecha de última menstruación y cuadro clínico de dolor abdominal y sangrado transvaginal. Hemodinámica mente estable, se observó en exámenes de laboratorio anemia, leucocitosis y neutrofilia, examen de orina: bacteriuria +++, se administraron antibióticos ampicilina + sulbactam 1.5 gr IV cada 6 horas, además se realizó maduración pulmonar fetal. Recibió tratamiento con progesterona 200 mg cada 8 horas y nifedipina 10 mg cada 8 horas, por presentar diagnóstico de: amenaza de parto pretérmino, más infección de vías urinarias. Permaneció hospitalizada nueve días, luego de lo cual, por presentar sangrado transvaginal en moderada cantidad acompañada de dolor pélvico, se realizó cesárea segmentaria donde se obtuvo neonato vivo Apgar de 9 puntos al minuto y 10 puntos a los 5 minutos

Ecografía obstétrica: se observa embarazo de 33 semanas de gestación, placenta anterior de inserción normal, se visualiza una placenta accesoria en cara posterior que rebasa el orificio cervical interno y toma en 4 cm el segmento, grado de madurez 1/3, ILA 8,89.

Imágenes



Descripción: A-B-C: Placenta, membranas y cordón; placenta en su cara fetal se observan, membranas y un lóbulo subcenturiado accesorio.

Fuente: Dra. María Fernanda Calderón León

Resultados de Anatomía Patológica:

Macroscópica placentaria: cara fetal mide 15 x 15 cm, lisa violácea, membranas integras gruesas, grisáceas, a 3 cm del borde placentario se inserta cordón umbilical de 33 x 1 cm, un lóbulo accesorio que se desarrolla en las membranas, a una distancia de la periferia del disco placentario principal, tiene conexiones vasculares de origen fetal, que atraviesan las membranas que conectan la placenta principal con el lóbulo subcenturiado. Cara materna presenta cotiledones mal delimitados de consistencia esponjosa. Se observa la placenta con sus membranas y un lóbulo subcenturiado accesorio con vascularización independiente y conexiones vasculares que recorren las membranas, las cuales lo conectan con la placenta principal.

Microscopia

Biopsia de placenta diagnóstico de hemorragia intervellosa, congestión vascular, corioamnionitis.

Discusión

El presente artículo, demuestra, una rara variedad de malformación uteroplacentaria que provoca múltiples complicaciones y que debe formar parte del diferencial de otras patologías que provocan hemorragia del tercer trimestre y que pueden estar asociadas con placenta previa, por lo que hay que tener presente la placenta succenturiata como una causa de hemorragia del tercer trimestre. Después del embarazo es causa de retención de una porción placentaria y puede ocasionar hemorragia o infección postparto (13).

A pesar de los grandes efectos que tiene el diagnóstico de lóbulo succenturiado o vasa previa tipo 2 durante el embarazo, rara vez se informan los resultados, por lo que, el desarrollo de protocolos estandarizados de escaneo prenatal dirigido, puede mejorar los resultados perinatales, debido a que, el diagnóstico prenatal es fundamental para prevenir la muerte fetal intraparto y /o hemorragia postparto (14) (15).

La mayoría de las recomendaciones actuales incluyen: ecografía basada en el riesgo, hospitalización temprana a las 30-34 semanas de gestación, corticosteroides prenatales a las 30-32

semanas de gestación y el parto electivo a las 33-34 semanas de gestación (16).

Las placentas de forma anormal, muestran perfusión materno-fetal inadecuada, lo que puede conducir a resultados adversos del embarazo, como parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, sufrimiento intrauterino o muerte fetal (8).

En un estudio realizado por Wang AC, et al en el 2022, sobre malformaciones placentarias, se obtuvieron como resultados lo siguiente: se encontraron 130 casos de placenta única con forma anormal, 48 casos eran placenta parabolbar, 12 casos de placenta bilobar, 50 casos de placenta marginal, 13 casos de placenta contorneada, 3 casos de placenta anular, 2 casos de placenta membranosa y 2 casos de placenta con ventanas. Las Semanas de gestación materna fue de 29 - 40 semanas, como complicaciones: 51 casos de ruptura prematura de membranas, 11 casos de placenta previa, 5 casos de desprendimiento de placenta, 15 casos de adhesión / implantación placentaria, 27 casos de hemorragia postparto. Entre los fetos, 46 casos fueron parto prematuro, 28 casos fueron de retraso en el crecimiento y el desarrollo, 22 casos fueron sufrimiento intrauterino y 1 caso fue muerte intrauterina, lo que demuestra que las malformaciones placentarias están íntimamente relacionadas con partos pretérminos, restricciones del crecimiento intrauterino y hemorragias anteparto o post parto (8).

El examen histológico de la placenta, es importante para determinar las causas de muerte fetal y neonatal en los recién nacidos prematuros (17).

Morales-Roselló J y Peralta Llorens N, en el año 2012, presentaron un caso de un feto con una rara combinación de anomalías uteroplacentarias, útero bicorne, cuello uterino corto con incompetencia cervical, placenta succenturiata multilobulada, cotiledón accesorio dentro de la canalización cervical e inserción del cordón umbilical en el cotiledón cervical anómalo, presentando alteraciones en el flujo Doppler de arteria cerebral media y arteria umbilical. Después de que la paciente fuera tratada con progesterona vaginal, el acortamiento del cuello uterino mejoró y, al mismo tiempo, notablemente, las resistencias vasculares

cerebrales aumentaron y mantuvieron una impedancia adecuada para la edad gestacional hasta el parto a las 34 semanas (18).

Moreno SAA, Arriaga LA, Martínez ALM, en el 2018, presentaron un caso de una paciente femenina de 18 años de edad, primigesta, con diagnóstico de placenta succenturiata y que tuvo su parto por vía vaginal, obteniéndose un recién nacido eutrófico y sano. Durante el tercer período del trabajo de parto, la paciente presentó retención placentaria, para lo cual se realizó extracción manual de placenta completa con un lóbulo accesorio en las membranas, con conexiones vasculares respecto a la placenta principal (4).

Conclusiones:

La placenta succenturiata es una anomalía de rara presentación, que forma parte del diagnóstico diferencial de las hemorragias ante parto y que debe ser diagnosticada en el periodo prenatal, para poder así, realizar un control prenatal y atención del parto de forma adecuada, además de dar una orientación a la paciente y su familia. Se recomienda en estos casos el parto por cesárea, con abordaje quirúrgico y tipo de incisión a elección, de acuerdo a comorbilidades y estado clínico de paciente.

Conflictos de interés

Los autores declaran, no tener conflicto de interés.

Aspectos bioéticos

Se obtuvo autorización con respectivo consentimiento informado de la paciente, para tener acceso a la historia clínica y uso de imágenes correspondientes a la presente investigación.

Referencias

- 1.- Tamayo LT, Couret MP, Olazábal AJ. Alteraciones morfológicas de la placenta. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Sep [citado 2023 Mar 09] ; 40(3): 342-348. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000300007&lng=es.
- 2.- Rathbun KM, Hildebrand JP. Placenta Abnormalities. 2022 Oct 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 29083591.
- 3.- Cavaliere AF, Rosati P, Ciliberti P, Buongiorno S, Guariglia L, Scambia G, Tintoni M.

Succenturiate lobe of placenta with vessel anomaly: a case report of prenatal diagnosis and literature review. Clin Imaging. 2014 Sep-Oct;38(5):747-50. doi: 10.1016/j.clinimag.2014.01.018. Epub 2014 Feb 7. PMID: 24674714.

4.- Moreno AA, Arriaga A, Martínez LM. Placenta succenturiata. Reporte de un caso. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2023 Mar 09] ; 61(2): 37-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200037&lng=es.

5.- Kulkarni VG, Sunilkumar KB, Nagaraj TS, Uddin Z, Ahmed I, Hwang K, Goudar SS, Guruprasad G, Saleem S, Tikmani SS, Dhaded SM, Yogeshkumar S, Somannavar MS, McClure EM, Goldenberg RL. Lesiones vasculares maternas y fetales de malperfusión en las placentas asociadas a muerte fetal y neonatal: resultados de un estudio observacional prospectivo. 2021 Diciembre;225(6):660.e1-660.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2021.06.001. Epub 2021 Junio 8. PMID: 34111407.

6.- Shrestha I, Gautam P, Khaiju S. Morphological variations in Placentas among Deliveries in the Department of Obstetrics and Gynaecology in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc. 2022 Sep 1;60(253):808-810. doi: 10.31729/jnma.7829. PMID: 36705123; PMCID: PMC9794935.

7.- Kumari S, Biswas AK, Giri G. Succenturiate placenta: An incidental finding. J Case Rep Images Gynecol Obstet 2015;1:1-4.

8.- Wang AC, Xie JL, Wang YN, Sun XF, Lu LJ, Sun YF, Gu YQ. [Singleton placentas with abnormal shape: a clinicopathological analysis of 130 cases]. Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi. 2022 Jan 8;51(1):39-43. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112151-20210508-00346. PMID: 34979752.

9.- Stelzl PW, Yadav G, Perley L, Silasi M. Early sonographic detection of a succenturiate placenta after IVF in a 42-year-old woman with multiple comorbidities. BMJ Case Rep. 2017 Oct 10;2017:bcr2017222189. doi: 10.1136/bcr-2017-222189. PMID: 29021145; PMCID: PMC5652863.

10.- Silver RM. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta. Obstet Gynecol. 2015 Sep;126(3):654-668. doi:

- 10.1097/AOG.0000000000001005. PMID: 26244528. 2012;2012:293156. doi: 10.1155/2012/293156. Epub 2012 Feb 28. PMID: 22481947; PMCID: PMC3299365.
- 11.- De Castro G, Araujo JE. Prenatal diagnosis of placenta and umbilical cord pathologies by three-dimensional ultrasound: pictorial essay. *Med Ultrason*. 2015 Dec;17(4):545-9. doi: 10.11152/mu.2013.2066.174.pdg. PMID: 26649353.
- 12.- Ruiter L, Kok N, Limpens J, Derks JB, de Graaf IM, Mol B, Pajkr E. Incidence of and risk indicators for vasa praevia: a systematic review. *BJOG*. 2016 Jul;123(8):1278-87. doi: 10.1111/1471-0528.13829. Epub 2015 Dec 23. PMID: 26694639.
- 13.- Patra S, Mistry PK, Dutta M, Das I. Placenta Previa with Succenturiate Placenta–Delivered with a Living Healthy Baby. *Bangladesh J Obstet Gynaecol* [Internet]. 30 de diciembre de 2016 [citado el 10 de diciembre de 2022];30(2):116-8. Disponible en: <https://www.banglajol.info/index.php/BJOG/article/view/30908>
- 14.- Villani LA, Pavalagantharajah S, D'Souza R. Variations in reported outcomes in studies on vasa previa: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Aug;2(3):100116. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100116. Epub 2020 Apr 16. PMID: 33345867.
- 15.-Melcer Y, Maymon R, Jauniaux E. Vasa previa: prenatal diagnosis and management. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018 Dec;30(6):385-391. doi: 10.1097/GCO.0000000000000478. PMID: 30102606.
- 16.-Swank ML, Garite TJ, Maurel K, Das A, Perlow JH, Combs CA, Fishman S, Vanderhoeven J, Nageotte M, Bush M, Lewis D; Obstetrix Collaborative Research Network. Vasa previa: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Aug;215(2):223.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.044. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26944186.
- 17.- Whiteford E, Kinnan A. A true accessory placental lobe: Two case reports of a novel morphological placental anomaly, distinct from succenturiate and bilobed placenta. *J Case Rep Images Obstet Gynecol* 2021;7:100094Z08EW2021.
- 18.-Morales J, Peralta N. Doppler impedance changes at the fetal brain vessels in a pregnancy affected with a multiple combination of uteroplacental anomalies. *Case Rep Med*.