



Caso clínico

<https://dx.doi.org/10.35366/93334> doi: 10.35366/93334

Vol. 73 • Núms. 5-6
Septiembre-Diciembre • 2019
pp 327-332

Recibido: 13/03/2019
Aceptado: 01/07/2019



Hemorragia postparto tardía, secundaria a pólipo placentario. Reporte de un caso

Late postpartum bleeding, secondary to placental polyp. Report of a case

Alexander de Jesús Rafaelano Miranda,* Fryda Salazar Valdovinos,[‡] Irlanda Morales Flores,[§] Teutli Tzitalin Zuno Coronado,^{||} María Isabel Tolentino Sosa[¶]

* Tte. Nav. SSN. MCN. R3 GyO. Residente de 3º año de Ginecología y Obstetricia en el Centro Médico Naval.

Adscrito a Escuela de Postgrados de Sanidad Naval. Universidad Naval.

[‡] Médico Interno de Pregrado. Universidad del Valle de México. Comisionada en Centro Médico Naval.

[§] Cap. Corb. SSN. MC. G y O MMF. Ginecobstetra, subespecialista en Medicina Materno Fetal, adscrita al Centro Médico Naval.

^{||} Tte. Frag. SSN. MC. Anatomopatóloga, adscrita al Centro Médico Naval.

[¶] Tte. Nav. SSN. MCN. Ginecobstetra, Subespecialista en Uroginecología. Jefa del Servicio de Uroginecología y adscrita al Centro Médico Naval.

Secretaría de Marina, Armada de México.

RESUMEN

Introducción: Un pólipo placentario se describe como la retención de restos placentarios después de un procedimiento obstétrico. El diagnóstico suele basarse en primera línea con un ultrasonido. La mejor opción terapéutica es la evacuación de restos con resectoscopio bajo visión directa. **Objetivo:** Apoyar a la literatura médica, describir la evolución clínica, los métodos diagnósticos y la terapéutica. **Caso clínico:** Mujer G1 P1 de 34 años, con sangrado transvaginal intermitente, 26 días posteriores a un parto, se detectó una tumoración exofítica con superficie necrótica y de sangrado fácil en canal cervical. La fracción β -hCG se encontró en 10.5 μ U. El ultrasonido transvaginal reveló zona ecogénica redondeada en Doppler con aumento de vascularidad. La persistencia del sangrado transvaginal obligó a realizar histerectomía. El estudio histopatológico reportó una lesión polipoide que ocupaba el orificio cervical, en la microscopia se observaron vellosidades fantasma correspondientes a pólipo placentario. **Conclusiones:** El pólipo placentario es una entidad rara, que puede causar una hemorragia tardía. Se requiere de un interrogatorio y exploración física minuciosos. Debe realizarse examen ultrasonográfico y estudio histopatológico para llegar al diagnóstico. El tratamiento se enfoca al manejo con histeroscopia.

Palabras clave: Pólipo placentario, hemorragia uterina, histopatología.

ABSTRACT

Introduction: A placental polyp is described as the retention of placental remains after an obstetric procedure. The diagnosis is usually based on the first line with an ultrasound. The best therapeutic option is the evacuation of remains with a resectoscope under direct vision. **Objective:** To support the medical literature, describe clinical evolution, diagnostic methods and therapeutics. **Clinical case:** Female G1 P1 of 34 years, with intermittent transvaginal bleeding, 26 days after delivery, an exophytic tumor with necrotic surface and easy bleeding in the cervical canal was found. The β -hCG fraction was found in 10.5 μ U. Transvaginal sonography showed a rounded echogenic area on Doppler with increased vascularity. The persistence of transvaginal bleeding forced a hysterectomy. The histopathological study reported a polypoid lesion occupying the cervical os, microscopy showed phantom villi, corresponding to placental polyp. **Conclusions:** The placental polyp is a rare entity, which can cause late hemorrhage. A thorough questioning and physical examination is required. Ultrasonographic examination and histopathological study should be performed to reach the diagnosis. The treatment is focused on hysteroscopy management.

Keywords: Placental polyp, uterine hemorrhage, histopathology.

Introducción

Un pólipo placentario se describe como la retención de restos placentarios después de un procedimiento obs-

tétrico (legrado, parto o cesárea). El diagnóstico suele basarse en primera línea con un ultrasonido en el que se encuentra una masa ecogénica, intrauterina, generalmente hipervascularizada, con señal de Doppler



www.medigraphic.com/sanidadmilitar

de baja resistencia. La mejor opción terapéutica es la evacuación de restos con resectoscopio bajo visión directa, ya que es más segura y permite la completa evacuación en todos los casos con mínimos riesgos.

Objetivo. Se reporta el presente caso clínico con el objetivo de apoyar a la literatura médica, describir la evolución clínica, los métodos diagnósticos y la terapéutica.

Caso clínico

Mujer G1 P1 de 34 años, que acude por sangrado transvaginal intermitente de mayor intensidad a lo normal, 26 días posteriores a un parto inducido

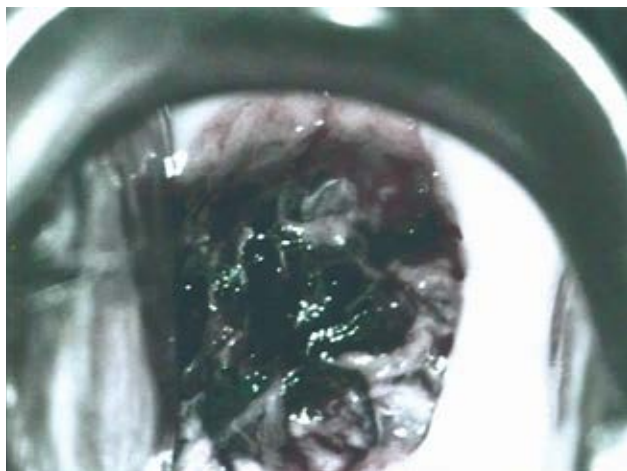


Figura 1: Lesión exofítica observada a la especuloscopia.

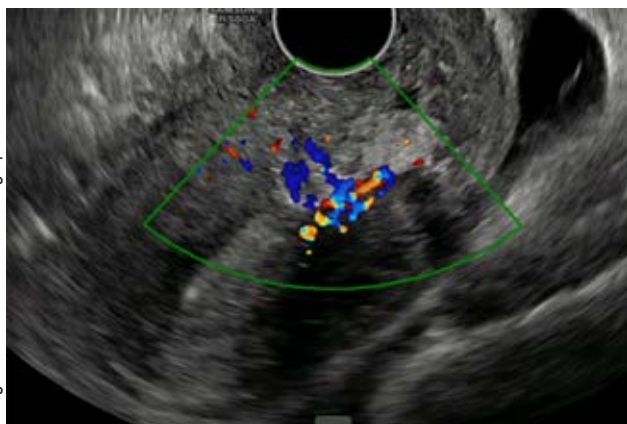


Figura 2: Ultrasonido con Doppler color donde se observa el aumento de la vascularidad al centro de la lesión.

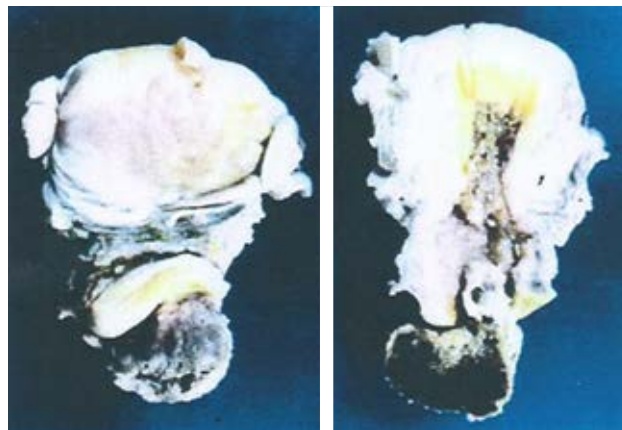


Figura 3: Masa de aspecto hemorrágico con pedículo de inserción en tercio inferior del útero.

con prostaglandinas, por hipertensión gestacional a las 38 semanas de gestación, controlada con hidralazina y metildopa. El embarazo fue obtenido por estimulación ovárica controlada con clomífero e inseminación artificial, sin complicaciones durante el control prenatal. En el parto vaginal se obtuvo recién nacido masculino, con peso de 3,200 g, talla de 48.5 cm, Apgar 8/9, Silverman Anderson de 0, Capurro de 38.5 semanas de gestación. Posterior al nacimiento se realizó alumbramiento dirigido de placenta, se revisó la placenta encontrándose completa, a continuación se hizo revisión manual de cavidad uterina hasta dejarla virtualmente limpia. Durante el parto se advirtió hemorragia obstétrica por hipotonía transitoria, la cual remitió con masaje uterino, oxitocina, gluconato de calcio y misoprostol, se reporta sangrado de 500 mililitros.

A la exploración con espejo vaginal, se detectó una tumoración exofítica con superficie necrótica y de sangrado fácil en canal cervical que respetaba los bordes del orificio cervical externo. La fracción β -hCG se encontró en 10.5 μ U (Figura 1).

El ultrasonido transvaginal reveló una zona ecogénica redondeada de 31 $\times$ 24 mm, que ocupaba todo el canal cervical, se aplicó Doppler, se observó aumento de vascularidad hacia el centro de la lesión con flujos de baja resistencia IP 0.24, IR 0.21 (Figura 2).

El estudio histopatológico de la tumoración hallada en exploración vaginal reveló macroscópicamente fragmentos irregulares de tejido con superficie opaca, color café rojizo, aspecto hemorrágico y consistencia blanda; en la microscopia se observan fragmentos de vellosidades coriales pequeñas de estroma hialino,

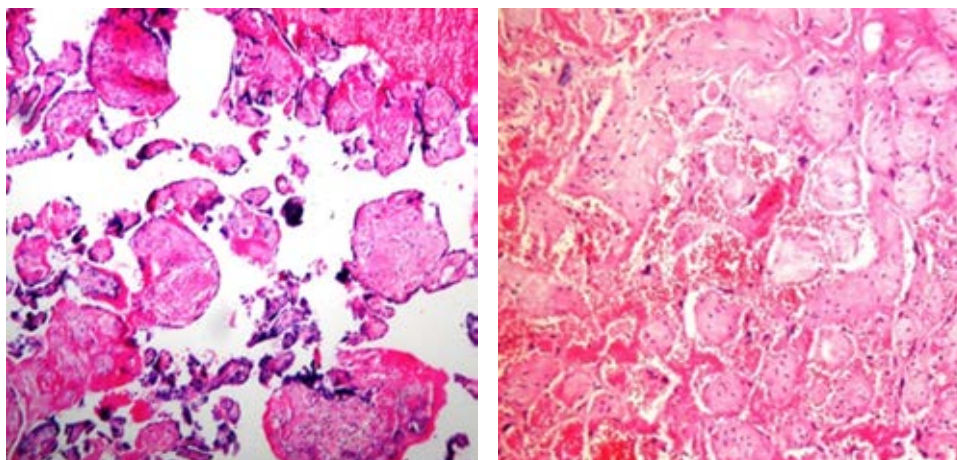


Figura 4:

Vellosidades coriales «fantasma» con datos de degeneración, hialinizadas con fibrosis, calcificación distrófica y necrosis coagulativa (H&E; 40x).

cubiertas por citotrofoblasto con áreas de calcificación multinodular, correspondientes a vellosidades coriónicas del tercer trimestre.

La paciente persistió con sangrado transvaginal abundante de difícil control, por lo que se realizó histerectomía total abdominal sin complicaciones.

El estudio histopatológico definitivo macroscópico reportó una lesión polipoide que ocupaba el orificio cervical que medía $3.5 \times 2.8 \times 1.3$ cm con un pedículo de 1.8 cm de superficie granular opaca, color gris claro con áreas de color café oscuro (Figura 3). Al microscopio de luz se observaron vellosidades coriónicas revestidas por una inconspicua capa de trofoblasto, el estroma con datos de degeneración hialina, fibrosis, calcificaciones distróficas y necrosis coagulativa (vellosidades fantasma), además de ausencia de vasos estromales y presencia de fibrina intervellosa, correspondiente a pólipo placentario (Figura 4).

Discusión

La hemorragia postparto se clasifica según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en hemorragia temprana o primaria (la cual ocurre las primeras 12 horas después del parto) y hemorragia tardía o secundaria (la cual ocurre 12 horas después del parto hasta 12 semanas).¹ La hemorragia primaria es causada por cuatro razones principalmente, siendo la atonía uterina en 70%, los traumatismos obstétricos en 20%, la retención de tejidos placentarios en 10% y los defectos de la coagulación en 10%.² En este caso, en la atención del parto durante las primeras 12 horas se observó hemorragia por atonía uterina, la cual se resuelve con tratamiento médico. Posteriormente la paciente presenta sangrado transvaginal intermitente en su

domicilio, representando una hemorragia secundaria, la cual, según la literatura, puede ocurrir hasta en 5% un mes después del parto.³

En la mayoría de los casos, cuando la pérdida hemática en puerperio inmediato no es llamativa, la retención de restos placentarios puede pasar inadvertida y manifestarse en el puerperio tardío, cuando los restos placentarios sufren un proceso de necrosis y depósito de fibrina se originan los pólipos placentarios.²

El pólipo placentario es el fragmento retenido de tejido placentario después del parto o aborto durante un periodo indefinido que forma una masa polipoide o pedunculada en el útero. Está compuesto predominantemente de vellosidades coriónicas hipovascularizadas y hialinizadas (vellosidades coriónicas fantasmas). Existen pocos casos reportados.^{4,5}

La incidencia de pólipos placentarios es baja, en un estudio donde se incluyeron 9,062 partos, se encontró una incidencia de 0.1%.⁶ La incidencia reportada más alta es de 0.25%.^{7,8}

Existen dos teorías que explican la patogénesis del pólipo placentario. Eastman y Hellman proponen que la existencia de los pólipos placentarios probablemente obedezca a cierto grado de acretismo placentario. Ranney atribuye la formación de pólipos placentarios a diferencias en el grosor y el tono del miometrio subyacente a la lesión.^{9,10}

El diagnóstico de pólipo placentario es tardío y evolutivo. En este caso la paciente se presenta con sangrado transvaginal intermitente y de mayor cantidad a los 26 días del puerperio; sin embargo, se ha reportado en la literatura un diagnóstico que va desde los 11 días, incluso hasta nueve años posteriores al parto.¹¹⁻¹³ El cuadro clínico aparece en el puerperio tardío y se incluye dolor abdominal y hemorragia

intermitente, también puede haber loquios fétidos, endometritis con o sin fiebre y subinvolución uterina, en este caso se presentó sólo con hemorragia intermitente y dolor abdominal.^{2,9} El diagnóstico se intuye por ultrasonido Doppler, donde se puede apreciar una

masa ecogénica intrauterina, hipervascularizada y señal Doppler de baja resistencia ($IR < 0.45$), así como engrosamiento endometrial (> 10 mm), en este caso se encontró en Doppler un índice de resistencia de 0.41. En la ecografía tridimensional se visualiza una

Tabla 1: Diagnósticos diferenciales de hemorragia postparto.

Patología	Factores de riesgo	Cuadro clínico	Características macroscópicas	Características histológicas	Diagnóstico
Acretismo placentario	- Antecedente de cirugía uterina - Cesárea	Hemorragia primaria Mayor de 500 cm³ en parto y mayor de 1,000 cm³ en cesárea Inestabilidad hemodinámica	Placenta adherida completamente al útero	Ausencia de la decidua basal y vellosidades adheridas al miometrio	Clínico Confirmación histopatológica
Retención de restos placentarios	- Alteraciones uterinas o placentarias (miomas, malformaciones) - Partos prematuros - Placenta previa - Placenta succenturiata	Hemorragia primaria Atonía uterina	Membranas corioamnióticas y placenta	Vellosidades coriales, áreas de necrosis, infiltrado inflamatorio agudo con presencia de neutrófilos	Clínico Confirmación histopatológica
Endometritis	- Cesárea - Parto instrumentado - Ruptura prematura de membranas - Coriamnionitis	Hemorragia secundaria Fiebre/ escalofríos Dolor abdominal inferior Loquios purulentos fétidos Útero doloroso a la palpación, blando, mal involucionado	El endometrio se observa hiperémico y edematoso	Necrosis e infiltrado inflamatorio agudo determinado por la presencia de plasmocitos, macrófagos y polimorfonucleares en la mucosa endometrial	Laboratorios de sangre Ecografía Cultivo de secreciones purulentas cervicouterinas Hemocultivo en caso de sospecha de sepsis
Tumor trofoblástico del sitio placentario	Antecedente de tumos trofoblástico	Metrorragias irregulares tiempo después de un aborto espontáneo o inducido, o la presencia de metástasis o metrorragias de origen desconocido Los niveles de hCG son generalmente bajos	Áreas focales de hemorragia o necrosis, invasión profunda	Población monomórfica: Trofoblasto intermedio con atipia marcada que infiltran al miometrio en cordones (no vellosidades), índice mitótico $< 10\%$	Confirmación histopatológica

Continúa Tabla 1: Diagnósticos diferenciales de hemorragia postparto.

Patología	Factores de riesgo	Cuadro clínico	Características macroscópicas	Características histológicas	Diagnóstico
Coriocarcinoma gestacional	– Multiparidad – Edad materna mayor de 45 años	Hemorragia secundaria Sangrado por semanas o meses después del parto Metástasis uterinas, hepáticas y pulmonares	Lesiones nodulares, friables, necrótico-hemorrágicas	Población trimórfica: trofoblasto intermedio y citotrofoblasto bordeado con sincitotrofoblasto con marcada atipia (sin vellosidades 98%) con invasión vascular y al miometrio, índice mitótico alto	Valores de hCG sub β progresivos crecientes o en plateau o meseta y persiste positiva después de seis meses, aun cuando esté en descenso Histología del coriocarcinoma Ecografía intravaginal postlegado
Pólipo placentario	– Antecedente de hipertensión gestacional – Restricción del crecimiento intrauterino – Alteraciones de la placentación	Hemorragia secundaria Sangrado abundante en cantidad y más días de duración Dolor abdominal con o sin fiebre	Masa polipoide o pedunculada	Vellosidades coriónicas hialinizadas hipovasculares y necróticas con discreto revestimiento trofoblástico	Ecografía Histeroscopia Biopsia

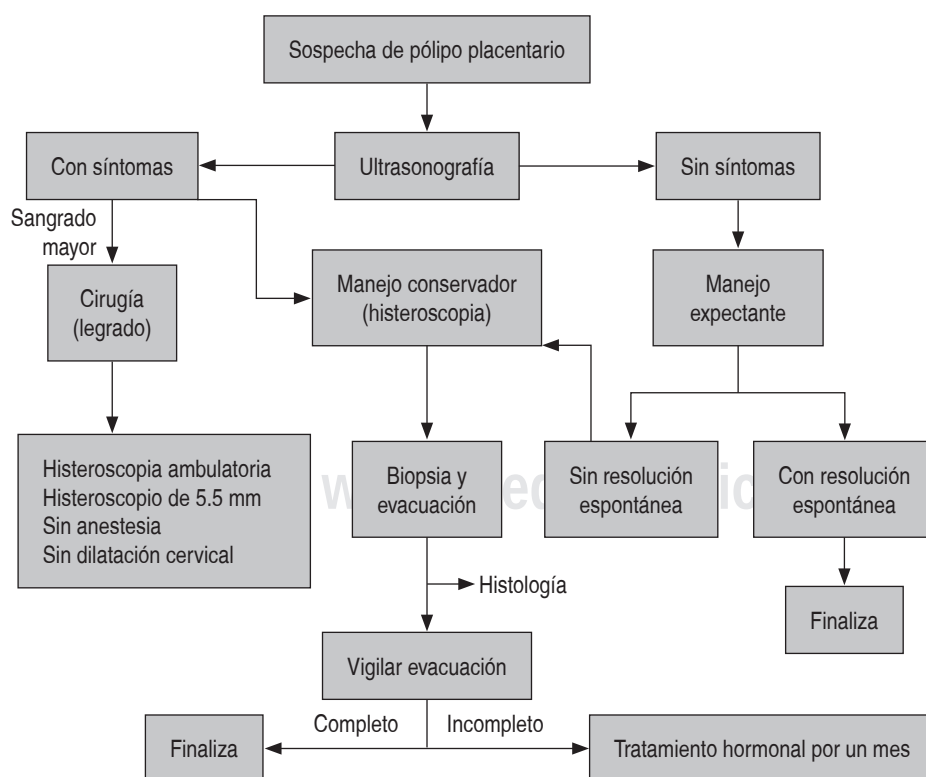


Figura 5:

Manejo propuesto para pólipo placentario.¹⁴

Tomado de: Jiménez JS, Gonzalez C, Alvarez C, Muñoz L, Pérez C, Muñoz JL. Conservative management of retained trophoblastic tissue and placental polyp with diagnostic ambulatory hysteroscopy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009; 145 (1): 89-92.

masa hipervascularizada que invade superficialmente el miometrio subyacente. La histeroscopia apoya en la visualización directa y localización del tejido retenido intrauterino, además permite la toma de biopsia.^{2,9}

La confirmación diagnóstica se realiza por histopatología, mediante la cual se encuentran vellosidades de estroma hialino y decidua organizadas, junto con coágulos degenerados y endometrio regenerado.^{2,9,11-13} La *Tabla 1* muestra los diagnósticos diferenciales de pólipo placentario.

El tratamiento actual descrito por guías de manejo y estudios clínicos se aplica mediante curetaje (legrado), incluso últimamente se opta por efectuar histeroscopia diagnóstica y terapéutica, utilizando asa resectoscopio sin electrocirugía.^{7,14,15} Sin embargo, en nuestro caso, la paciente presentó hemorragia transvaginal abundante de difícil control, por lo que se optó por realizar histerectomía total abdominal. En la *Figura 5* se muestra el manejo para pólipo placentario.

Conclusiones

El pólipo placentario es una entidad rara que puede causar una hemorragia tardía con características similares a otras enfermedades. Se requiere de un interrogatorio y exploración física minuciosos, con un enfoque en los antecedentes y factores de riesgo. Debe realizarse examen ultrasonográfico y estudio histopatológico para llegar al diagnóstico. El tratamiento se enfoca en el manejo con histeroscopia.

REFERENCIAS

- Benites VE. Retención placentaria como causa de hemorragia postparto en el hospital de vitarte- caso clínico 2015. [Tesis de Grado] Facultad de Ciencias Humanas y Ciencias de la Salud. Ica, 2016.
- García-Lavandeira S, Alvarez-Silvares E, Rubio-Cid P, Borrajo-Hernández E. Hemorragia posparto Secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex. 2017; 85 (4): 254-266.
- Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO). Provider manual 2017.
- Shanthi V, Rao NM, Lava nya G, Krishna BA, Mohan KV. Placental polyp - a rare case report. Turk Pathology Derg. 2015; 31 (1): 77-79.
- Behnamfar, Fariba et al. A case of placental polyp after normal vaginal delivery. J Res Med Sci. 2014; 19 (7): 680-682.
- Geburtshilfe Z. El pólipo placentario, causa de hemorragia puerperal tardía. Perinatol. 1982; 186 (1): 15-18.
- Tomoko Ishihara, Haruhiko Kanasaki, Aki Oride, Tomomi Hara, Satoru Kyo Differential diagnosis and management of placental polyp and uterine arteriovenous malformation: case reports and review of the literature. Womens Health. 2016; 12 (6): 538-543.
- Consenso FASGO "Enfermedad Trofoblástica Gestacional" coordinador: Dr. Martín Riegé (AAGO).
- Pacheco LA, Olmedo MR, Larracoechea BJ, González de Gor Crooke R. Histeroscopia en el tratamiento de los pólipos placentarios. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56 (3): 164-168.
- Geburtshilfe. El pólipo placentario, causa de hemorragia puerperal tardía. Perinatol. 1982 Feb; 186 (1): 15-18.
- Dwayne LW, Qureshi F. "Placental polyp": light microscopic and immunohistochemical observations. Hum Pathol. 1988; 19 (12): 1467-17470.
- Hatada Y. An unexpected case of placental polyp with villi devoid of cytotrophoblastic cells. J Obstet Gynaecol. 2004; 24 (2): 193-194.
- Shanthi V, Rao NM, Lava nya G, Krishna BA, Mohan KV. Placental polyp - a rare case report. Turk Pathology Derg. 2015; 31 (1): 77-79.
- Jiménez JS, Gonzalez C, Alvarez C, Muñoz L, Pérez C, Muñoz JL. Conservative management of retained trophoblastic tissue and placental polyp with diagnostic ambulatory hysteroscopy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009; 145 (1): 89-92.
- Mori M, Iwase A, Osuka S, Kondo M, Nakamura T, Nakahara T et al. Choosing the optimal therapeutic strategy for placental polyps using power Doppler colors coring: Transarterial embolization followed by hysteroscopic resection or expectant management? Taiwan J Obstet Gynecol. 2016; 55 (4): 534-538.

Dirección para correspondencia:

Alexander de Jesús Rafaelano Miranda
Centro Médico Naval: Eje 2 Oriente, Tramo H.
Escuela Naval Militar, núm. 701,
Col. Presidentes Ejidales 1ra Secc,
Coyoacán, 04470, Ciudad de México, CDMX.
Tel. 5037-1200, ext. 5580, 5575.
E-mail: dralexanderjrm@gmail.com