



## Placenta succenturiata

### Reporte de un caso

Armando Alberto Moreno Santillán<sup>a,b</sup>,  
Alberto Arriaga López<sup>c</sup>, Leidy Marcela Martínez Adamé<sup>a</sup>

#### Resumen

La placenta succenturiata es una anomalía morfológica de la placenta donde se presentan uno o más lóbulos accesorios por fuera del cuerpo placentario, pueden ser de diferentes tamaños y estar conectados mediante vasos sanguíneos a la placenta principal. El lóbulo accesorio se desarrolla a partir de las vellosidades coriónicas no asociadas al corion leve. La incidencia estimada a nivel mundial es de 1.04% y los principales factores de riesgo asociado a esta entidad son edad materna avanzada y el antecedente de haberse sometido a fertilización *in vitro*. Presentamos el caso de una paciente de 18 años con diagnóstico de placenta succenturiata con inserción marginal y velamentosa del cordón umbilical, la cual tuvo la finalización de la gestación por parto eutócico en el que se obtuvo recién un nacido eutrófico y sano, con tercer período de trabajo de parto prolongado y retención

placentaria, por lo que se realizó alumbramiento manual, y se obtuvo la placenta completa con la presencia de un lóbulo accesorio con conexiones vasculares con el cuerpo placentario. En conclusión, la placenta succenturiata es una anormalidad morfológica relativamente rara, de diagnóstico clínico y morfológico en el puerperio inmediato, sin embargo, debe buscarse de manera intencionada mediante ultrasonido Doppler color en el período prenatal debido a que esta variedad de placenta conlleva a riesgos que pueden comprometer la salud y la vida tanto del feto como de la madre.

**Palabras clave:** Placenta succenturiata, lóbulo accesorio, vasa previa, inserción velamentosa.

#### Succenturiate placenta

#### A case report

#### Abstract

Placenta succenturiate is a morphological abnormality of the placenta where one or more of the lobes are present outside the placental body. These can have different sizes and are connected by blood vessels to the main placenta. The accessory lobe develops from the chorionic villi that did not involute from the mild chorion. The estimated incidence worldwide is 1.04%. This entity has been associated with two main risk factors, advanced maternal age and women who have undergone in vitro fertilization. We present the case of patient diagnosed with placenta succenturiata in an 18-year-

<sup>a</sup>Médico ginecoobstetra. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala". IMSS. Ciudad de México, México.

<sup>b</sup>Profesor de posgrado. Curso de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. UNAM. Ciudad de México, México.

<sup>c</sup>Médico residente de ginecoobstetricia. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala". IMSS. Ciudad de México, México.

Correspondencia: Armando Moreno.

Correo electrónico: armorno@gmail.com

old woman on her first pregnancy with vaginal delivery. The gestation ended by eutocic delivery in which a eutrophic and healthy newborn was obtained. During the third period of labor, the patient presented placental retention, for which a manual delivery was performed, obtaining a complete placenta with an accessory lobe in the membranes that had vascular connections with the main placenta. In conclusion, placenta succenturiata is a relatively rare morphological abnormality diagnosed in the postpartum period, but it can be diagnosed intentionally by color Doppler ultrasound in the prenatal period. This variety of placenta carries many risks that can compromise the health and life of both the fetus and the mother.

**Key words:** Succenturiate lobe, accessory lobe, vasa previa, velamentous insertion.

## INTRODUCCIÓN

En los mamíferos, el crecimiento y la supervivencia del feto durante su desarrollo dependen exclusivamente de la placenta, conformada por tejidos maternos y fetales. La placenta forma una verdadera interface entre la circulación materna y fetal, facilitando el intercambio gaseoso y metabólico entre la circulación fetal y materna. Tiene una importante actividad metabólica y endocrina que contribuye de forma fundamental al mantenimiento de la gestación, además, actúa como interfase inmune entre la madre y el aloinjerto fetal. Al final del embarazo se asemeja a un disco, con diámetro de 15 a 20 cm, espesor de 2 a 6 cm y peso de 500 a 600 g. Por una de sus caras, la placenta se adhiere al útero, por lo que se denomina cara uterina o materna, que al desprenderse de la pared uterina presenta la ruptura de algunos de sus tabiques, por lo que en su superficie se marcan una serie de surcos que delimitan 10 o 12 áreas poligonales que se denominan cotiledones (**figura 1**). La otra cara se denomina cara fetal y es la que está orientada hacia la cavidad amniótica, su superficie es lisa, brillante, de color gris azulado y está recubierta por una membrana delgada, denominada amnios, a través de la que se transparentan una serie de vasos que proceden del cordón umbilical, que se inserta cerca del centro de esta cara (inserción excéntrica) y se une a la placenta con el feto (**figura 2**)<sup>1</sup>.

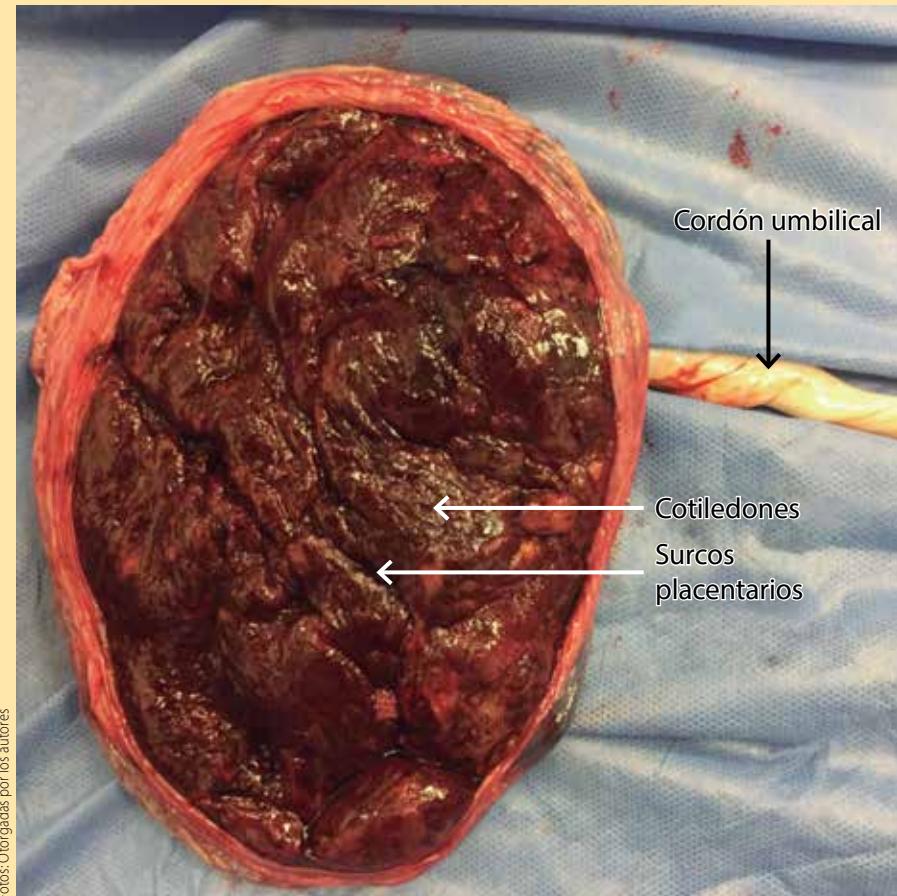
Se han descrito variaciones en la morfología de la placenta, las más comunes son la placenta bilobulada, succenturiata, en anillo, fenestrada, extracoriónica o placetas múltiples con feto único<sup>2</sup>. También existen anomalías en su inserción como la placenta previa o el acretismo placentario y todas sus variedades<sup>2,3</sup>. Las anomalías en la morfología de la placenta tienen una incidencia baja y representan casi siempre un hallazgo obstétrico anecdótico; sin embargo, se debe tener en cuenta que son una causa importante de complicaciones en el tercer estadio del trabajo de parto, como retención de placenta o hemorragia posparto, lo que implica un aumento de la morbimortalidad materna y fetal<sup>4-6</sup>.

El término "placenta succenturiata" deriva de la palabra latina *succenturio*, que significa sustituto, representa una anormalidad morfológica en la que uno o más lóbulos de diferentes tamaños se desarrollan en las membranas, lejos de la masa placentaria principal. Tiene una incidencia relativamente baja que apenas sobrepasa el 1% a nivel mundial<sup>3,6,7</sup>. La incidencia aumenta con el antecedente de infección pélvica, infertilidad, embarazo gemelar y la preeclampsia<sup>8,9</sup>.

Los principales riesgos de este tipo de placenta ocurren durante el parto, debido a que los vasos accesorios pueden romperse durante las contracciones uterinas y causar la muerte fetal; ya en el alumbramiento, el lóbulo accesorio puede retenerse y causar hemorragia postparto comprometiendo la vida de la madre.

Hasta en el 50% de los casos se ha asociado con vasa previa e inserción velamentosa del cordón umbilical<sup>5,6,8</sup>. La inserción velamentosa es una alteración del cordón umbilical en la que éste se inserta a través de la superficie de las membranas ovulares, es decir, entre el amnios y el corión, por lo que los vasos sanguíneos del cordón umbilical atraviesan las membranas ovulares desprotegidos de la gelatina de Wharton antes de llegar a la placenta<sup>9</sup>.

En cuanto a las complicaciones perinatales de la placenta succenturiata, se ha observado aumento del riesgo de pérdida del bienestar fetal, además de mayor tasa de nacimientos prematuros y bajo peso al nacer<sup>7,8</sup>. La mayoría de las placenas succenturiatas, son diagnosticadas después del parto, sin



**Figura 1.** Cara materna de placenta normal.

embargo, existe la posibilidad de un diagnóstico prenatal mediante ecografía desde el segundo trimestre. El ultrasonido Doppler color permite estudiar la placenta, la inserción placentaria del cordón umbilical y la presencia de vasos fetales cerca del orificio cervical interno.

En el caso de corroborarse el diagnóstico mediante examinación de la placenta en el postparto, el tratamiento de elección es el alumbramiento manual<sup>10,11</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente primigesta de 18 años, sin antecedentes personales relevantes para el caso clínico, con embarazo de 40 semanas de gestación, normoevolutivo y con control prenatal regular.

Acudió al servicio de admisión de nuestro centro

hospitalario por presentar actividad uterina regular y dolorosa. En la valoración inicial se documentó embarazo normoevolutivo de término con feto único vivo intrauterino, con presentación cefálica, situación longitudinal y dorso izquierdo, con frecuencia cardíaca fetal de 134 lpm, al tacto vaginal con cérvix central, reblandecido, con 4 centímetros de dilatación y 80% de borramiento, presentación en primer plano de Hodge y amnios integro.

Se realizó ultrasonido con reporte de feto único vivo con fetometría promedio de 39 semanas, peso fetal estimado 3,182 gr, índice de líquido amniótico de 11.9 cm, *pool* mayor 38 mm, placenta fúnica grado III. Se decidió ingresar a la unidad tocoquirúrgica por trabajo de parto fase activa, se administró analgesia obstétrica y presentó ruptura de membranas con líquido amniótico claro, dos horas



**Figura 2.** Cara fetal de placenta normal.

después pasó a expulsión y se atendió por parto vaginal a recién nacido vivo, masculino, con talla de 50 cm, peso 2,930 g, Apgar 7/9 y capurro de 40 semanas. Posteriormente se procedió a intentar alumbramiento dirigido con maniobra de Brandt-Andrews, sin embargo, después de 30 minutos no se logró la extracción de la placenta, por lo que se procedió a realizar alumbramiento manual y revisión instrumentada de cavidad uterina.

Al revisar la placeta se observó la presencia de un cotiledón accesorio de 5 cm de diámetro, con sus respectivos vasos accesorios y presencia de inserción velamentosa del cordón umbilical. Se envió pieza a estudio histopatológico definitivo (**figuras 3 y 4**).

La paciente cursó su puerperio inmediato sin complicaciones y fue egresada a su domicilio a las 24 horas posteriores al parto.

El resultado del estudio anatomicopatológico reportó placenta monocorial monoamniótica con peso de 520 g, con inserción marginal y velamentosa de cordón umbilical trivascular, lóbulo placentario accesorio, vellosidades coriales del tercer trimestre con cambios isquémicos focales y membranas sin alteraciones.

## DISCUSIÓN

Es de llamar la atención que no existen datos ni reportes de casos de placenta succenturiata en nuestro país, sin embargo, distintos reportes internacionales coinciden en afirmar que la importancia del estudio de la placenta succenturiata radica en el riesgo de hemorragia obstétrica, pues el o los lóbulos accesorios pueden romperse durante el parto, o el lóbulo extra puede retenerse después del alumbramiento, dando lugar a hemorragia o infección<sup>4,5</sup>. Así como en el presente caso clínico, algunos estudios han evidenciado una asociación de placenta succenturiata con inserción velamentosa del cordón umbilical, estos lóbulos accesorios a menudo muestran áreas de infarto o atrofia<sup>4,5</sup>.

No existe evidencia de que esta alteración morfológica de la placenta se asocie a un aumento en la incidencia de anomalías fetales<sup>5,6</sup>. Algunos estudios han descrito las características clínicas más habituales de una paciente con placenta succenturiata, dentro de ellas encontraron la edad materna mayor de 35 años, multiparidad, historia de infertilidad o reproducción asistida y edad gestacional al momento del parto menor a 36 semanas. Dentro de las complicaciones maternas y fetales se encuentran la hemorragia postparto, el estado fetal no tranquilizante, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y el puntaje de Apgar a los 5 minutos menor de 7<sup>8-10</sup>. Dada esta relación con alteraciones maternas y fetales es importante que el médico que asista un parto realice una inspección meticulosa de la placenta después de ser extraída.

Se debe de extender la placenta con la cara materna hacia arriba, se seca con una gasa y verificar la ausencia de cotiledones e intencionadamente en búsqueda de otras alteraciones (maniobra de Marvan)<sup>11,12</sup>.

## CONCLUSIONES

Aunque la incidencia de placenta succenturiata es baja, es una alteración morfológica importante debido a los riesgos maternos y fetales que conlleva. Su importancia radica en conocer los factores de riesgo, los posibles escenarios clínicos en caso de presentarse y las patologías asociadas, como la inserción velamentosa de cordón y *vasa previa*, lo

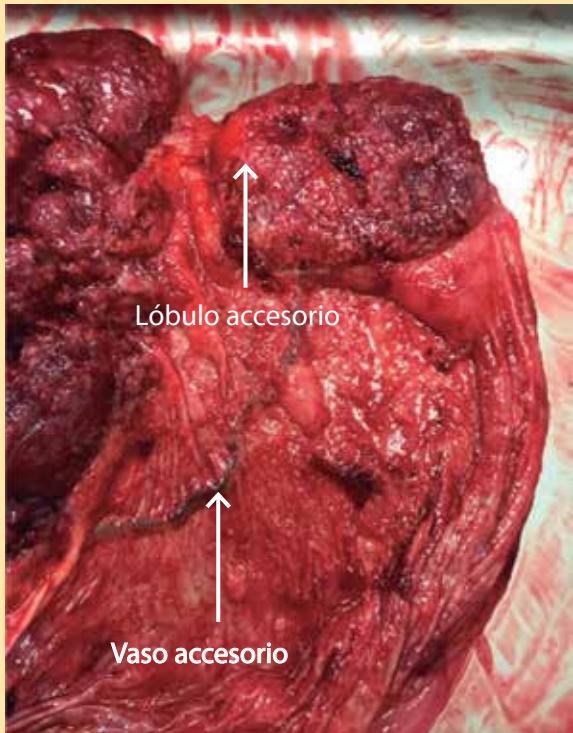


Figura 3. Cara materna de placenta succenturiata.

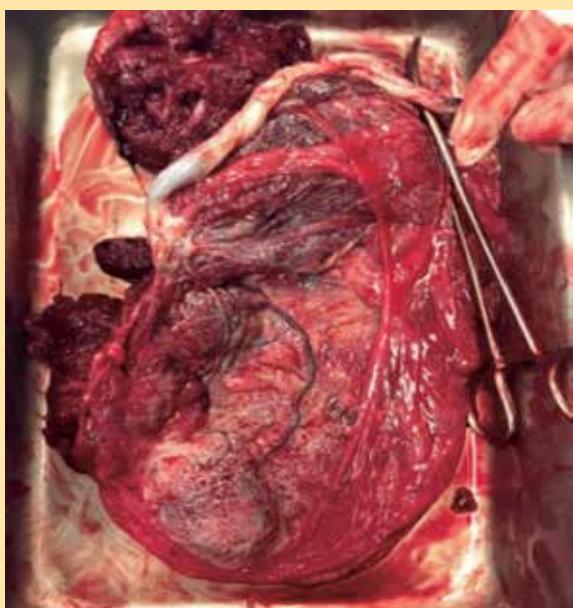


Figura 4. Cara fetal de placenta succenturiata e inserción velamentosa del cordón umbilical.

cual implica un alto riesgo de compromiso fetal. El diagnóstico temprano por ultrasonido puede cambiar el curso y pronóstico de la paciente que cursa con esta alteración placentaria. El empleo rutinario del ultrasonido Doppler color para caracterizar la placenta puede ayudar a identificar la existencia de uno o más lóbulos accesorios durante el control prenatal desde el segundo trimestre, de esta manera se podrá tener un control obstétrico con enfoque de alto riesgo y evitar complicaciones durante el parto. Se debe alentar a publicar casos de alteraciones morfológicas de la placenta para poder reconocer la incidencia de esta patología y las repercusiones perinatales en nuestro medio. ●

#### REFERENCIAS

1. Shukunami K, Tsunezawa W, Hosokawa K, Tajima K, Kotsuji F. Placenta previa of a succenturiate lobe: A report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001; 99(2):276-7.
2. Roa I, Smok SC, Prieto GR. Placenta; compared anatomy and histology. *Int. J. Morphol.* 2012;30(4):1490-6.
3. Shields LE, Goffman D, and Caughey AB. Postpartum Hemorrhage. *ACOG Practice Bulletin No. 183.* 2017; 130(4):168-86.
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y manejo de Anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. México, D.F; 2013.
5. Manohar R, Lalitha S, Pradeep M. Succenturiate Placenta - An Unusual Case Presentation. *J Dent Sci.* 2014;13(9):5-7.
6. Kumari S, Biswas AK, Giri G. Succenturiate placenta: An incidental finding. *J Case Rep Images Gynecol Obstet.* 2015;1:1-4.
7. Ma JS, Mei X, Niu YX, Li QG, Jiang XF. Risk Factors and Adverse Pregnancy Outcomes of Succenturiate Placenta: A Case-Control Study. *J Reprod Med.* 2016;61(3-4):139-44.
8. Susuki S, Igarashi M. Clinical significance of pregnancies with succenturiate lobes of placenta. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277(4):229-301.
9. Pérez R, Sepúlveda W. Vasa previa. *Rev Chil Ultrasonog.* 2008;11(1):26-30.
10. Cavaliere AF, Rosati P, Ciliberti P, Buongiorno S, Guariglia L, Scambia G, et al. Succenturiate lobe of placenta with vessel anomaly: a case report of prenatal diagnosis and literature review. *Clin Imaging.* 2014;38(5):747-50.
11. Waters EG. A report of three cases of placenta succenturiata. *Am J Obstet Gynecol.* 1931;22(6):921-3.
12. Moreno-Santillán A, Posadas-Nava A. Manual de Operación Obstétrica. 1a ed. Ciudad de México: Independently published; 2017.