

Quiste placentario. Presentación de un caso clínico diagnóstico con ecografía convencional

Iván Vicente Toledo-Rodríguez,* Ricardo Balcázar-Vázquez,**
Bernardet Orizaba-Chávez,*** Agustín Rodríguez-Blas,** Gustavo Adolfo Casian-Castellanos****

RESUMEN

El ultrasonido convencional es una técnica práctica y de fácil acceso para el diagnóstico de quistes placentarios. Se presenta el caso de una mujer de 20 años de edad con diagnóstico oportuno de quiste placentario de tipo intervelloso, sin complicación en el posquirúrgico.

Palabras clave: Ecografía convencional, tipos de quistes placentarios.

ABSTRACT

Conventional ultrasound is a technique practiced and readily available for the diagnosis of placental cysts. We report a case of women 20 years of age with early diagnosis of placental cyst intervelloso type without postoperative complication.

Key words: Conventional ultrasound, placental types of cysts.

INTRODUCCIÓN

Los quistes placentarios son formaciones que dependen del corion y están revestidos por la membrana amniótica; se observan también en la superficie fetal del órgano.¹

Su tamaño y número son variables, se encuentran en la cara fetal de la placenta, por lo general en la porción central, alrededor del cordón.² Ecográficamente dan la imagen de pequeñas áreas eco-negativas en sacabocados³ o totalmente quísticas como la presentación de este caso. Se distinguen dos tipos: subcoriales de mayor tamaño y contenido líquido; esto puede causar retraso del crecimiento fetal así como hipoxia fetal intrauterina cuando están ligados cerca de la inserción del cordón umbilical,⁴ y los intervellosos, más pequeños y de contenido gelatinoso, con frecuencia teñidos de color rosado por la mezcla en sangre. Estas formaciones son de origen decidual y están relacionadas con la nutrición insuficiente⁵ y la degeneración y posterior licuefacción de elementos celulares, que levantan y distienden el corion fibroso.⁶ A pesar de su frecuen-

cia, no se ha demostrado ninguna manifestación clínica cuando no están cerca del cordón umbilical,⁷ es imputable a este proceso degenerativo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 20 años de edad, primigesta con 37.2 semanas de gestación. Ingresó al Servicio de Ginecología y Obstetricia, sin antecedentes de importancia con consulta prenatal con médico externo desde los seis meses de embarazo donde se realizaron un total de siete consultas y toma de cinco ultrasonidos sin alteraciones aparentes de nivel I. Fue valorada por el Servicio de Radiología e Imagen, donde se reportó un embarazo de 37 semanas con fetometría acorde con última menstruación, placenta corporal posterior y quiste placentario, no dependiente de cordón umbilical, con dimensiones aproximadas de 66 x 68.4 mm (Figura 1), y ecos móviles en su interior del quiste, así como nódulo sólido en el mismo (Figura 2), en modalidad Doppler color mostró índice de resistencia 0.56 como índice normal (Figura 3), modalidad angio Doppler con escasa vascularidad basal (Figura 4).

La paciente fue monitorizada con pruebas de bienestar fetal (prueba sin estrés) y se realizó operación cesárea, obteniendo recién nacido de sexo masculino con peso de 3,220 g, talla de 53 cm, con calificación de APGAR de 8/9 y Capurro de 38 semanas.

* Médico de Diplomado de Ultrasonografía Médica Diagnóstica, Hospital Juárez de México.

** Médico adscrito de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

*** Médico adscrito de Ginecología y Obstetricia, Hospital Juárez de México.

**** Jefe de Radiología, Hospital Juárez de México.



Figura 1. Ecografía convencional. Se observa quiste y sus dimensiones.



Figura 2. Imagen hipocogénica en el interior del quiste con ecos móviles.

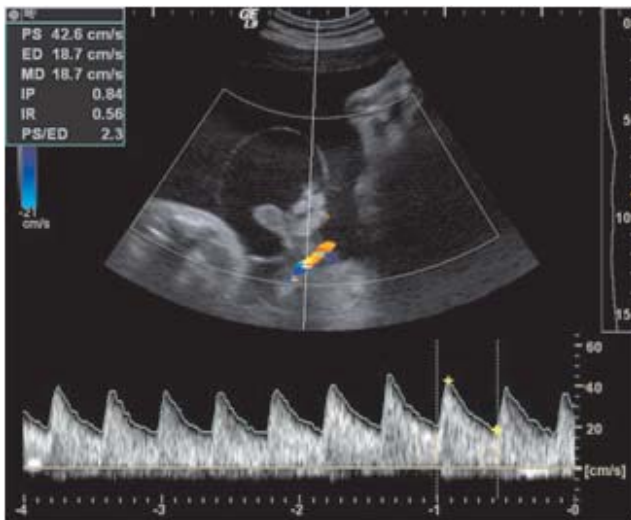


Figura 3. Imagen a la modalidad Doppler con índice de resistencia normal.

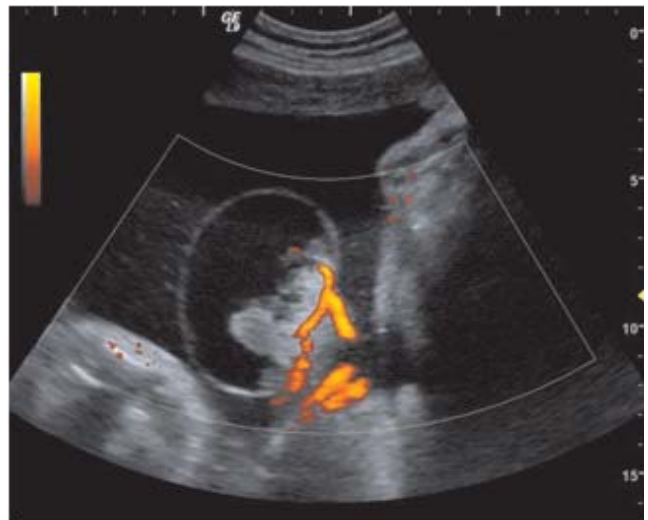


Figura 4. Vascularidad periférica.

En el postoperatorio la paciente presentó adecuada evolución, hemodinámicamente estable con mamas péndulas con secreción láctea, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con herida limpia y bien afrontada. Útero con adecuada involución uterina sin datos de irritación peritoneal o colección, y al tacto genital con loquios hemáticos escasos. Fue egresada a su domicilio al tercer día sin complicaciones.

Se obtuvo placenta completa (Figura 5) posterior a la cesárea fue enviada a estudio histopatológico. La descrip-

ción macroscópica reportó peso placentario de 850 g, mono-coriónica, monoamniótica. Cara materna de 20 x 17 x 9 cm, amnios de consistencia ahulada y múltiples placas nacaradas, sus cotiledones completos, con focos de laceraciones. Por cara fetal mostró su cordón excéntrico, con presencia de una masa quística tangencial de 7 x 6.5 x 4.2 cm. De consistencia blanda, resto de la superficie por la cara fetal mostró placas nacaradas. Al corte, la masa quística dejó escapar líquido serohemático coagulado dando el aspecto de molde.

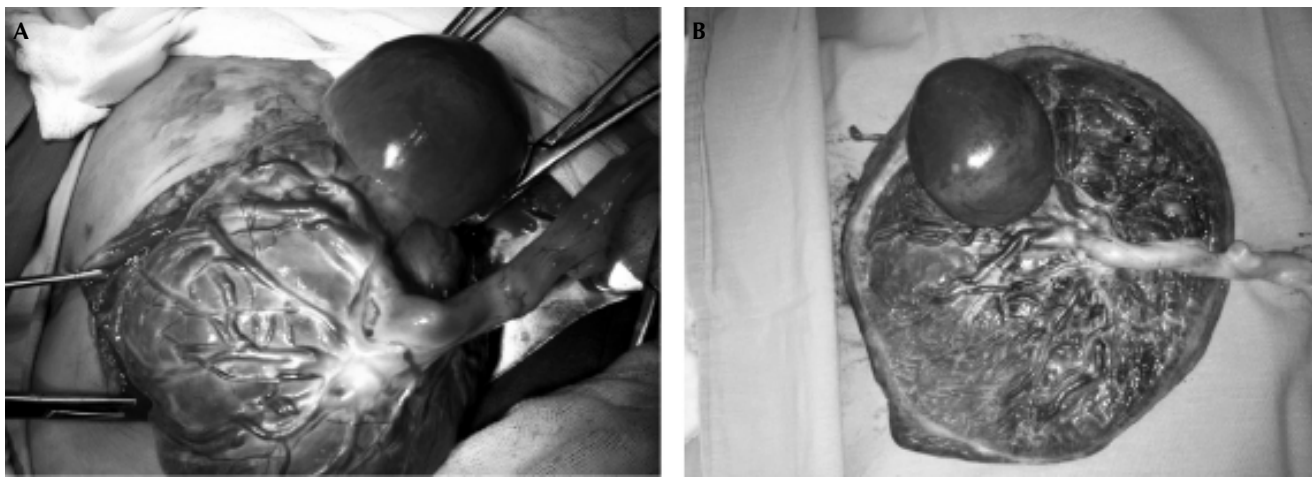


Figura 5. A. Imagen macroscópica posquirúrgica del quiste placentario. **B.** Imagen posquirúrgica de quiste placentario no dependiente del cordón umbilical.

Al corte de la placenta, su consistencia es firme identificando múltiples placas nacaradas; el cordón umbilical midió 11x1.7cm, con tres vasos congestivos. Se incluyeron cortes representativos en tres cápsulas. Los cortes microscópicos mostraron infartos isquémicos y hemorragia difusa, hematoma de corion con necrosis filoide.

DISCUSIÓN

No se cuenta con estadística de los quistes placentarios, tanto en México como en otros países,⁸ pero hay que destacar la importancia de la detección por medio de ecografía convencional por profesionales entrenados y capacitados en esta área, ya que –como en este caso– se detectó de manera tardía y en las primeras evaluaciones ultrasonográficas no fue identificado. De no detectarse y si el quiste se encuentra cercano a la base del cordón puede modificar la evolución del embarazo y aumentar la morbilidad fetal, en esos casos la vigilancia del crecimiento y la flujometría Doppler son indispensables, por lo que el seguimiento es muy importante.^{9,10}

REFERENCIAS

1. Botella Llusíá José, Clavero Núñez José A. Tratado de ginecología. 14a Ed. Madrid; 1993, p. 562.
2. Deans A, Jauniaux E. Prenatal diagnosis and outcome of subamniotic hematomas. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11:319-23.
3. Richards DS, Bennett BB. Prenatal ultrasound diagnosis of massive subchorionichthrombohematoma. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11: 364-6.
4. Raga F, Ballester MJ, Osborne NG, Bonilla-Musoles F. Subchorionic placental cyst a cause of fetal growth retardation-ultrasound and color-flow Doppler diagnosis and follow-up. *J Natl Med Assoc* 1996; 88(5): 285-7.
5. Andres RL, Kuyper W, Resnik R, Piacquadio KM, Benirschke K. The association of maternal floor infarction of the placenta with adverse perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 935-8.
6. Shipley CF 3rd, Nelson GH. Prenatal diagnosis of a placental cyst: comparison of postnatal biochemical analyses of cyst fluid, amniotic fluid, cord serum, and maternal serum. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(1, Pt. 1): 211-3.
7. Brown DL, DiSalvo DN, Frates MC, Davidson KM, Genest DR. Placental Surface Cysts Detected on Sonography Histologic and Clinical Correlation; 2002 by the American Institute of Ultrasound in Medicine. *J Ultrasound Med* 2002; 21: 641-6.
8. Katzman P, Genest DR. Maternal floor infarction and massive perivillous fibrin deposition: histological definitions, association with intrauterine fetal growth restriction, and risk of recurrence. *Pediatr Dev Pathol* 2002; 5: 159-64.
9. Tam W, Fung H, Fung T, Lau T, To K. Intra-uterine growth retardation and transverse lie due to massive subchorionic thrombo hematoma and overlying large subchorionic cyst. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 381-3.
10. Benirschke K, Kaufmann P. Nonvillous parts of the placenta. In: *Pathology of the Human Placenta*. 2nd Ed. New York, N.Y.: Springer-Verlag; 1990, p. 244-305.



Solicitud de sobretiros:

Dr. Iván Vicente Toledo-Rodríguez
Lago Ginebra, Núm. 64

Col. Agua Azul, sección Pirules
Nezahualcóyotl, Estado de México
Correo electrónico:
drivantoledo27@hotmail.com