

DISPLASIA MESENQUIMAL PLACENTARIA

Dr. Hermógenes Concha Contreras
MÉDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA

Dr. Milton Cesar Tupa Ochoa
MÉDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA

RESUMEN

La displasia mesenquimal placentaria es una anomalía placentaria rara y benigna. Dentro de las características esta la placentomegalia con lesiones quísticas de las vellosidades trocales y anomalías vasculares, acompañado de anomalías vasculares, con incremento sérico de materno de alfafetoproteína. Comúnmente confundida con enfermedad trofoblástica gestacional por ser una entidad clínica desconocida y los hallazgos ecográficos similares que presenta. Los hallazgos ecográficos deben incluirse como diagnóstico diferencial donde se observa una placenta con lesiones quísticas y un feto de apariencia normal. La restricción del crecimiento intrauterino y muerte fetal intrauterino están relacionados con la displasia mesenquimal placentaria. Por todo ello es necesario mejorar las evaluaciones ecográficas para poder detectar y disminuir la morbilidad fetal. Se presenta un caso de displasia mesenquimal placentaria con un bebe sano.

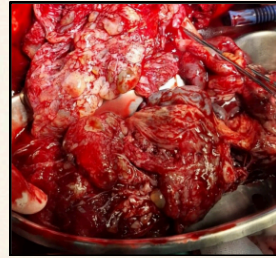
INTRODUCCIÓN

La displasia mesenquimal placentaria (DMP), es una entidad patológica rara con desarrollo placentar benigna. Dentro de sus características se encuentra la placentomegalia con lesiones quísticas de las vellosidades trocales y anomalías vasculares (1). Por su desconocimiento son generalmente diagnosticadas erróneamente y confundidos con enfermedad trofoblástica gestacional por la similitud de los hallazgos ecográficos. Los embarazos con DMP usualmente llegan hasta el tercer trimestre sin morbilidad materna en comparación a los embarazos molares donde se encuentran fetos con malformaciones o ausentes. (2). Las Gestantes con DMP presentan restricción de crecimiento intrauterino, muerte fetal intrauterino a si mismo se encontró asociación con el síndrome de Beckwith-Wiedemann, hamartoma mesenquimal hepático fetal, placenta previa, hiperplasia adrenal congénita fetal, malformación de la pared abdominal anterior fetal con feto anatómicamente normal asociado a cariotipo 46XX3. interrupción del embarazo generalmente es innecesaria cuando se realiza el diagnóstico adecuado. El análisis anatomopatológico de la placenta permite el diagnóstico (2,3)

REPORTE DE CASO

Paciente de 27 años proveniente de la ciudad de Urubamba, referida por contracciones uterinas, pérdida de líquido (23 horas) y sensación de pujo, con formula Obstétrica GIPO. Paciente con PA: 110/60 , FC: 80 , FR: 18 , T: 36.2 Sat O2 : 93 % , Peso 64 Kg. y una Talla de 1.56 m, AREG , LOTEP Glasgow 15/15 , Corazón con Ruidos rítmicos regulares nomo fonéticos, Pulmones con murmullo vesicular conservado, abdomen ocupado por útero grávido con altura uterina 34 , feto en Longitudinal podálico derecho, frecuencia cardiaca fetal 146 latidos, dinámica uterina 3/10 Tacto vaginal 10 cm Incorporación 100%, altura de presentación -2, membranas rotas , ingresa con los diagnósticos de Primigesta de 32 semanas 6 días x FUR, Periodo expulsivo, feto en podálico, RPM de 23 horas ingresa a SOP de emergencia con diagnósticos post operatorios de PO x feto en podálica , hemorragia post parto x hipotonía uterina, anhidramnios , enfermedad trofoblástica gestacional, dentro de los hallazgos se obtiene un RN de sexo femenino con un peso de 2700 g Apgar 07- 09, cordón umbilical 2 arterias, 1 vena de aproximadamente 50 cm , líquido amniótico ausente, sangrado intraoperatorio de 1200 cc , placenta

friable, disgregada con un peso de aproximadamente de 1.2 kg con múltiples lesiones vesiculares en racimo de uvas el cual es enviado y estudiado en anatomía patológica. Anatomía Patológica reporta: Placenta del III trimestre de gestación con características histológicas compatibles con displasia mesenquimal placentaria y presencia de ectasia de vasos coriónicos, Cordón umbilical con 2 arterias y 1 vena, membranas ovulares: subcorionitis aguda. Posterior al procedimiento, paciente pasa a sala de puerperio con evolución post operatoria favorable.



DISCUSIÓN

La DMP llamada también placentomegalia con hidropesía masiva de vellosidades del tallo placentario, hiperplasia mesenquimatosa vellosa del tallo y pseudo-mola (5-7) lacunar tiene como característica la presencia del feto de apariencia normal, con la placenta engrosada con múltiples lesiones quísticas como hallazgo ecográfico, al estudio Doppler el flujo vascular bajo o ausente (4) . Su incidencia es de aproximadamente 0.02% de embarazos, con una relación de sexo femenino/masculino de 3,6:1(1).

La etiología de la DMP no está definida claramente. Dentro de las teorías que se propone es una malformación congénita del mesodermo extraembrionario (4). Esto se basa en la presencia de hiperplasia mesenquimal de las vellosidades troncales y otros trastornos proliferativos placentarios y dilatación de los vasos coriónicos. La hipoxia e hipoperfusión de etiología desconocida probablemente estimule los fibroblastos para producir tejido conectivo en forma excesiva lo que aumenta la producción de factor de crecimiento endotelial vascular que conduce a angiogénesis y malformaciones vasculares. El desequilibrio circulatorio como las malformaciones coadyuvan a la formación de sistemas dentro de las vellosidades (8). Otra Hipótesis mostro que las lesiones vesiculares placentarias pueden ser causadas por infangiogénesis anormal (9). La modificación del cromosoma 11p15.5 en unió a las mutaciones de los genes CDKN1C (p57kip2), H19 IGF-II y KVLQT también son comúnmente relacionados a la aparición de la DMP(4).

La sintomatología y clínica de la DMP son poco evidentes. Usualmente el diagnóstico se realiza mediante la ecografía prenatal de rutina durante el embarazo. La distinción es el hallazgo de concentraciones séricas elevadas de alfafetoproteína materna(11). A si mismo las concentraciones de gonadotropina coriónica humana pueden permanecer en parámetros normales o estar ligeramente incrementadas durante el embarazo y retornar a valores después de producirse el parto (5). Dentro de los hallazgos ecográficos podemos encontrar una placenta engrosada con apariencia multiquística sin flujo vascular dentro de las lesiones. Estos hallazgos pueden ser visualizados generalmente por encima de las 13 semanas, siendo de vital importancia descartar anomalías fetales asociadas, principalmente hallazgos consistentes con el Síndrome de Beckwith-wiedemann, que ha sido descrito en 20 % de los casos de DMP (1).

Durante la evaluación Doppler en el primer trimestre, no se evidencia flujo sanguíneo en los espacios quísticos placentarios, como en el tercer trimestre donde se visualiza grandes áreas vasculares con flujo turbulento venoso o arterial, usualmente debajo de la placa coriónica (12).

El diagnóstico de DMP es confirmado por la evaluación anatomopatológica de la placenta. Dentro de los hallazgos histológicos encontramos vellosidades troncales edematosas, agrandadas con sistemas sin proliferación trofoblástica, hiperplasia fibromuscular en las paredes de los vasos que están engrosadas, las vellosidades terminales con arquitectura normal, siendo esta la característica que diferencia de la mola hidatiforme, acompañado del cariotipo fetal(10,13).

Dentro de los diagnósticos diferenciales tenemos: Mola Hidatiforme parcial, gestación gemelar con mola completa o mosaicismo placentario confinado, coriangiomas múltiples, quistes subcoriónicos múltiples y aborto espontáneo con cambios hidrópicos (14,4). La DMP esta relacionada a complicaciones tales como restricción de crecimiento intrauterino, muerte fetal intrauterino, siendo aun desconocido el mecanismo por el que se producen (2).

CONCLUSION

La DMP es una anomalía vascular rara benigna, comúnmente confundida por ser una entidad clínica muchas veces desconocida, esta se caracteriza por placentomegalia e imágenes ecográficas quísticas que sugieren erróneamente una mola hidatiforme con un feto coexistente. El manejo de la DMP es conservador y no es necesaria la interrupción del embarazo. Debido a su relación con complicaciones y patologías asociadas es necesario realizar ecografías adecuadas, así como el número de las mismas para reducir la morbilidad fetal.

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Se recibe placenta multiframegmentada que en conjunto pesa 1765 gramos y mide: 30x22x4 cm. cara fetal: placa coriónica pardo violacea con áreas blanquecinas, distribución vascular de tipo magistral con ectasia de vasos coriónicos cuyo calibre miden hasta 1.5 cm. de diámetro, cordón umbilical blanco nacarado con inserción de tipo funicular fuertemente adherida a la placenta, membranas ovulares incompletas pardo claras. Cara materna: con vellosidades con múltiples vellosidades edematizadas de aspecto vascular que miden entre 3.5 y 0.3 cm. de diámetro, a las laminaciones estas se encuentran entre mezcladas con vellosidades de aspecto normal pardo rojo.

Se incluye muestra representativa:

- 1(1) cotiledón central
 - o 2(1), 3(1), 4(1) esquema A
 - o 5(1), 6(1) esquema B
- 7(1), 8(1), 9(1) cotiledones periféricos
- 10(1), 11(1), 12(1), 13(1) aleatorio
- 14(4) cordón mas membranas

DIAGNOSTICO

- PLACENTA DEL III TRIMESTRE DE GESTACION CON CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS COMPATIBLES CON DISPLASIA MENSQUJMAL PLACENTARIA Y PRESENCIA DE ECTASIA DE VASOS CORIONICOS
- CORDON UMBILICAL CON 2 ARTERIAS Y 1 VENA
- MEMBRANAS OVULARES: SUBCORIONITIS AGUDA

NOTA: SE SUGIERE CORRELACION CLINICA HISTOPATOLOGICA

BIBLIOGRAFÍA

1. Psaris A, Sindos M, Kouris P, Pampanos A, Antsaklis P, Theodora M, et al. Placental mesenchymal dysplasia: Ultrasound characteristics and diagnostic pitfalls. *Ultrasound Int Open*. 2020;6(1):E2-E3. doi:10.1055/a-1180-9571
2. Mittal D, Anand R, Sisodia N, Singh S, Biswas R. Placental mesenchymal dysplasia: What every radiologist needs to know. *Indian J Radiol Imaging*. 2017;27(1):62-4. doi:10.4103/0971-3026.202949
3. Nayeri UA, West AB, Grossetta Nardiní HK, Copel JA, Sfakianaki AK. Systematic review of sonographic findings of placental mesenchymal dysplasia and subsequent pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;41(4):366-74. doi:10.1002/uog.12359
4. Pawoo N, Heller DS. Placental mesenchymal dysplasia. *Arch Pathol Lab Med*. 2014;138(9):1247-9. doi:10.5858/arpa.2013-0399-RS
5. Doroftei B, Neculai-Valeanu S, Simionescu G, Grab D, Plopa N, Anton E, et al. A case report of placental mesenchymal dysplasia: A rare case of a genetically normal fetus with severe intrauterine growth restriction. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(8):e14554. doi:10.1097/MD.00000000000014554
6. Burton GJ, Jauniaux E. Pathophysiology of placental-derived fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(2S):S745-S761. doi:10.1016/j.ajog.2017.11.577
7. Kuwabara Y, Yonezawa M, Kubota Y, Ichikawa T, Ohashi R, Takeshita T. Unique clinical and histological features of placental mesenchymal dysplasia complicated by severe preeclampsia in the midtrimester. *AJP Rep*. 2020;10(1):e113-e117. doi:10.1055/s-0040-1709186
8. Francis B, Hallam L, Kecskes Z, Ellwood D, Croaker D, Kent A. Placental mesenchymal dysplasia associated with hepatic mesenchymal hamartoma in the newborn. *Pediatr Dev Pathol*. 2007;10(1):50-4. doi:10.2350/06-03-00661
9. Ulker V, Aslan H, Gedikbası A, Yazarbas K, Yildirim G, Yavuz E. Placental mesenchymal dysplasia: a rare clinicopathologic entity confused with molar pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2013;33(3):246-9. doi:10.3109/01443615.2012.745491
10. Kim B, Hyeon J, Lee M, Hwang H, Shin Y, Choi SJ, et al. Placental mesenchymal dysplasia with fetal gastroschisis. *J Pathol Transl Med*. 2015;49(1):71-4. doi:10.4132/jptm.2014.12.14
11. Guenet C, Kingdom J, De Rham M, Osterheld M, Keating S, Vial Y, et al. Placental mesenchymal dysplasia: An underdiagnosed placental pathology with various clinical outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019;234:155-64. doi:10.1016/j.ejogrb.2019.01.014
12. Ohira S, Okubo N, Tanaka K, Takatsu A, Kobara H, Kikuchi N, et al. Placental mesenchymal dysplasia: chronological observation of placental images during gestation and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*. 2013;75(4):217-23. doi:10.1159/00035066
13. Linn RL, Minton L, Yee LM, Maniar K, Zhang Y, Fritsch MK, et al. Placental mesenchymal dysplasia without fetal development in a twin gestation: a case report and review of the spectrum of androgenetic biparental mosaicism. *Pediatr Dev Pathol*. 2015;18(2):146-54. doi:10.2350/14-12-1583-CT1
14. Juárez-Azplicueta A, Islas-Domínguez L, Durán-Padilla M. Mola hidatiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(2):137-9. doi:10.4067/S0717-752610000200011