

## **QUISTES PLACENTARIO. PRESENTACION DE UN CASO.**

### **Autores:**

**Dr. Mario, Gutierrez Machado<sup>1</sup> y Dr. Juan Antonio, Suarez González<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Ginecología y obstetricia, Hospital Universitario ginecoobstetrico Mariana Grajales

Villa Clara, Cuba.

e-mail primer autor [mariogma@infomed.sld.cu](mailto:mariogma@infomed.sld.cu)

### **Resumen**

**Introducción** Los quistes placentarios son formaciones que dependen del corion y están revestidos por la membrana amniótica, **Resultados y discusión** Se present el cso e un hllzog urnte el alubramiento de una placenta con quistes de la placa corial con imágenes macroscópicas y se revisa la literatura. 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.<sup>9,10</sup> **Conclusiones** Se presenta el caso de hallazgos durante el alumbramiento de quistes placentarios sin repercusión fetal.

Hospital provincial universitario ginecoobstetrico Mariana Grajales Santa Clara, Villa Clara.

Quistes placentario. Presentación de un caso.

Autores:

Dr. Mario Gutierrez Machado y Dr. Juan Antonio Suarez González.

Especialistas en obstetricia y ginecología.

[mariogma@infomed.sld.cu](mailto:mariogma@infomed.sld.cu)

## 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Ecográficamente dan la imagen de pequeñas áreas eco-negativas en sacabocados<sup>3</sup> o totalmente quísticas, pero pueden no ser detectados y aparecen como hallazgos durante el alumbramiento 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,<sup>4</sup> y los intervillosos, más pequeños y de contenido gelatinoso, con frecuencia teñidos de color rosado por la mezcla en sangre. Estas formaciones son de origen decidua y están relacionadas con la nutrición insuficiente<sup>5</sup> y la degeneración y posterior licuefacción de elementos celulares, que levantan y distienden el corion fibroso.<sup>6</sup> A pesar de su frecuencia, no se ha demostrado ninguna manifestación clínica cuando no están cerca del cordón umbilical,<sup>7,8</sup> es imputable a este proceso degenerativo.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años de edad, con antecedentes de diabetes gestacional que se controla con insulina, gestaciones 3 abortos 2, primigesta con 39.6 semanas de gestación.

Antecedentes patológicos personales

Diabetes gestacional controlada con insulina.

grupo sanguíneo A negativo

Antecedentes infección urinaria Bacteriuria asintomática E. Coli y síndrome flujo vaginal

Tiene varios ultrasonidos donde no se informan alteraciones a nivel de la placenta. Se produce parto eutócico el 21 enero 2020.

Cefálico LA claro apgar 8/9 peso 3200 gramos masculino. Durante el alumbramiento llama la atención las características de la placenta. Figura 1 y 2.

La paciente y el recién nacido evolucionan satisfactoriamente.

Informe anatomía patológica:

Biopsia 20/B-244

Descripción macroscópica

Disco placentario que pesa 410 gramos y mide 18,5x13x3cm de color violáceo que en su cara fetal muestra dos cavidades quísticas de 2cms de diámetro con contenido líquido claro transparente, cercano a la periferia con escaso depósito de fibrina, cordón excéntrico a 4 cm del borde más cercano que mide 37x2 cm edema de la gelatina de Wharton y presenta un falso nudo 18 cm del borde proximal, 3 vasos, membranas completas cotiledones íntegros se recibe en la membrana coágulos sanguíneos que no se encuentran adheridos en el corte se observan pequeños quistes con contenido mucoso en su interior de 0,3cm.

Descripción microscópica

Placenta entre el 25 y 50 percentil de acuerdo a la edad gestacional.

Hemorragia intervellosa

Cordón umbilical con tres vasos, dilatados

Membranas sin alteraciones histológicas

Quiste de la placa corial.

Discusión:

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.<sup>9,10</sup>

Conclusiones

Se presenta el caso de hallazgos durante el alumbramiento de quistes placentarios sin repercusión fetal.

Referencias bibliográficas

1. Botella Llusia 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 subchorionic thrombohematoma. 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 retardationultrasound 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.