

Utilidad de la biopsia de placenta

Drs. Rafael Molina Vílchez*, Milagros Sánchez de Rosales**

La patología de la placenta es un reflejo de la relación entre los mecanismos básicos de enfermedad y muchas de las formas anormales de evolución del embarazo, al cual muy pocas veces se recurre en la práctica clínica, lo que resulta poco explicable si tomamos en cuenta que, aparte de algunos procesos propios de su desarrollo, y de la teratogénesis, las situaciones adversas para el feto son consideradas como una consecuencia de la insuficiencia del órgano-sistema placentario o de sus conexiones uterinas y fetales. La noción generalizada a la patología, de que la disfunción de cualquier tejido guarda relación con un tipo de cambios morfológicos detectables macro y/o microscópicamente, no tiene una excepción en la placenta (1). Resulta curioso citar a connotadas autoridades de la medicina y la patología maternofetal, quienes con ironía han expresado que, hasta el momento de escribir sus artículos, el grupo humano que había demostrado mayor interés en la placenta no estaba conformado por patólogos, obstetras ni neonatólogos: era el de la industria de los cosméticos, que en toneladas de tejido obtenidas de las maternidades ha buscado materia prima para sus tratamientos “embellecedores” (2).

Es muy raro que la patología placentaria y perinatal forme parte de los “pensa”, tanto en los cursos de posgrado de anatomía patológica como en los de ginecología y obstetricia. Esto lleva a una falta de consenso sobre el conocimiento organizado, a la carencia de un vocabulario mutuo, a la existencia de

una mala comunicación en la que el patólogo no aprecia las correlaciones fisiopatológicas y clínicas de sus hallazgos, lo que sucede por igual al clínico, quien además, ve en lo que dice el patólogo algo retrospectivo, que ya no puede cambiar el manejo de su paciente (2). Algunos consideran que el léxico propio de la patología placentaria no está aún bien estandarizado, que los criterios diagnósticos son pocos sujetos a coincidencia, con una apreciable variedad interobservador que se hace evidente en diagnóstico como “maduración anormal de las vellosidades”, e inespecificidad con definición insatisfactoria, como en las “villitis crónicas no específicas” (3,4). A condiciones como la amnionitis, de importancia universalmente aceptada, no les reconocen una aceptable estandarización (5,6). De investigadores pertenecientes a organizaciones muy serias, de reconocido prestigio científico, se lee que muchos patólogos “no tienen un interés serio en la placenta”, y cuando lo tienen, a menudo el clínico no los provee de la información necesaria para la correcta lectura de signos en el material procesado, mientras que los últimos no valoran la utilidad clínica de los estudios (7).

Pero por el contrario, estudiosos del tema han hecho énfasis en la utilidad de la información que puede dar el análisis del órgano sobre algunas formas de enfermedad fetal preparto y los resultados perinatales. Uno de los líderes en este campo, Kurt Benirschke, ha sostenido que todas las placentas deben ser examinadas, por lo menos macroscópicamente, archivándose los datos (8). El examen macroscópico, llevado a la rutina, facilita la familiarización del nuevo observador con los hallazgos que pudiera tener importancia, aun cuando el examinador sea el médico que atiende el parto (es prácticamente imposible, en la mayoría de instituciones obstétricas,

*Gineco-obstetra. Hospital Manuel Noriega Trigo. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. San Francisco, Estado Zulia.

**Patóloga. División de posgrado de la Facultad de Medicina Universidad del Zulia. Maracaibo.

que un patólogo clasificado esté permanentemente dispuesto a acudir a las salas de parto), para quien se consiguen publicaciones con la instrucción básica disponible (9,10). Con miras al estudio histológico, se recomienda guardar las placentas en bolsas o envases plásticos hasta que se conozca cuál ha sido la evolución del recién nacido, dos o tres días por lo general (hasta una semana), en refrigeración, sin llegar a la congelación, lo que permite una buena preservación de las estructuras tisulares por algún tiempo. La muestra se desecha cuando la evolución neonatal es satisfactoria, o se procesa cuando no lo es. Se estima que al actuar de ese modo no se perderá ningún espécimen de utilidad cuando los doctores tratantes del niño lo requieran, o cuando la solicitud de explicaciones venga de familiares o abogados (8). Khong afirma que los departamentos de patología, al actuar de acuerdo a las necesidades de la realidad, deben admitir un triaje de las placentas hecho por el personal médico de la sala de partos, recibiendo aquéllas cuyo ulterior estudio se considere necesario. Subraya la importancia del envío del órgano fresco, sin ningún lavado ni líquido fijador. La placenta constituye una excepción a la regla general de mandar las muestras al patólogo en una buena cantidad de fijador; al recibirla fresca existe la posibilidad de indagar si hubo infección bacteriana del líquido amniótico, proveer muestras del parénquima para bioquímica, virología y citogenética, y realizar estudios de inyección intravascular en embarazos múltiples (11).

Que familiares y abogados exijan explicación en cuanto a hechos que, para su entendimiento y modo de ver las cosas deben tener una causa demostrable y un culpable, habiendo sucedido dentro de eventos “fisiológicos” y “naturales”, como el embarazo y el parto, es digno de comentario. Ha sido el clima de amenaza de acciones legales y la actitud defensiva del médico tratante, presentes en el ejercicio actual de la medicina en algunos países (Venezuela ahora entre ellos), lo que ha colocado sobre el tapete de discusión la investigación de la placenta. Muy probablemente, el trabajo de Benirschke que ha causado más impacto es el titulado: “La placenta en el proceso de litigio” (8). Después de este verdadero hito en la historia del tema, el “Colegio de Patólogos Americanos” publica lo que un grupo de sus expertos considera que son las indicaciones para la investigación histopatológica de la placenta (12), Kaplan escribe acerca de los aspectos forenses del órgano (13) Y Altshuler sobre su importancia dentro del imperativo médico-legal (14). Los patólogos,

llamados a testimonio durante los juicios por mala práctica médica, hallan en la morfología, como en otros tejidos, detalles que les dan la posibilidad de hilar razonamiento; y el obstetra, acusado de haber sacado de manera inadecuada al neonato de lo que según el público no médico (abogados y jueces incluidos) es un sitio perfecto, un “nirvana” —el símil es de Salafia y Vintzileos— (15), con consecuencias distintas a las esperadas “normalidad” de los hechos reproductivos, tiene muchas veces aportes que le sirven de defensa, al descubrirse que el producto de la gestación no estaba en un ambiente “ideal”, que había lesiones sobre las cuales se puede obtener una idea de naturaleza, intensidad y tiempo de evolución, y que tienen o pueden tener una relación causa-efecto con los hechos presuntamente iatrogénicos. En aquellos sitios donde se establecen frecuentes demandas contra los médicos por resultados perinatales adversos, la presencia de signos patológicos en la placenta ha salvado a muchos. Los últimos autores citados llegan al extremo de pensar que todas las placentas deben ser examinadas por un patólogo, que el estudio forma parte de la rutina obstétrica, tanto como la estimación del índice de Apgar, lo que justifican basados en la relación costo / beneficio, al tomar en cuenta gastos como los de una demanda perdida ante la parálisis cerebral de un niño, atribuida a hipoxia periparto, cuando en realidad la mayoría de veces la causa de esta enfermedad es anterior o ajena al proceso de nacimiento (2).

Procesar todas las placentas en maternidades con gran volumen de trabajo luce como una exageración. Pero la lista sugerida de indicaciones para el estudio no es pequeña. Apartando condiciones como la encefalopatía neonatal, la parálisis cerebral, las enfermedades del trofoblasto, la preeclampsia, una angiopatía propia del embarazo, depende de una placenta enferma, sobre las cuales existe bastante material publicado, es aleccionador analizar resultados como los de Salafia y col. en parto pretérmino, la primera causa de muerte perinatal, de acuerdo a los cuales hay tres lesiones: la vasculitis coriónica-umbilical, las anomalías de arterias deciduales y la villitis crónica, que contribuyen a explicar la etiología en 96% de los nacidos entre 22 y 28 semanas, 59% del grupo entre 39 y 32 semanas y 43% del de 33 a 36 (15); y los de Arias y col. en ruptura prematura y pretérmino de membranas, que incluyen cinco patrones histológicos, con diferentes características clínicas y pronóstico (16). Redline ha revisado cuatro problemas clínicos ante los cuales

la biopsia de placenta puede suministrar información de valor: parto pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino, muerte fetal y asfixia perinatal con secuelas (1). El conocimiento ha progresado, aunque siempre quedan preguntas como si en ciertas situaciones específicas existe ciertamente una relación causa-efecto entre histología y clínica (16), o qué pasa con detalles como los cambios isquémicos y la presencia de meconio, presentes en las placentas de niños que, en la etapa neonatal de la vida, no muestran signos de anormalidad. ¿Contribuirían a explicar aquellos casos de aparición tardía de anomalías neurológicas y del desarrollo? Mucha investigación queda por hacer, especialmente a largo plazo. Hasta ahora, como bien lo señala el grupo de Altshuler, no ha existido colaboración para la investigación entre patólogos y epidemiólogos (17).

La práctica de la biopsia placentaria debe ser estimulada. En ella está la posibilidad de explicar muchos trastornos pre y perinatales. Una aceptable auditoría de las actividades obstétrico-perinatales exige un mínimo razonable de estos estudios, además de un mínimo de necropsias perinatales. Si cualquier fragmento extraído de un cuerpo humano se somete a examen microscópico, algunos de ellos con una muy baja posibilidad de aportar datos de valor ¿por qué renunciar al análisis de este tejido, tan revelador y tan cercano al mismísimo origen de la vida? Pero... ¿en cuáles de los cursos de posgrado del país se enseña una disciplina de trabajo con la placenta?... ¿En cuántos de los hospitales dotados de maternidad y servicios de anatomía patológica recibe el patólogo un informe satisfactorio de las características macroscópicas del órgano, para luego responder con un detallado examen histopatológico? Se hace necesario, y con seguridad será gratificante, introducir cambios en esa actitud de renuncia tomada muchas veces en torno al tema.

REFERENCIAS

1. Redline RW. Placental pathology: A neglected link between basic disease mechanism and untoward pregnancy outcome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995;7:10-15.
2. Salafia CM, Vintzileos AM. Why all placentas should be examined by a pathologist in 1990. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1282-1293.
3. Khong TY, Staples A, Bendon RW. Observer reliability in assessing placental maturity by histology. *J Clin Pathol* 1995;48:420-423.
4. Khong TY, Staples A, Moore L, Byard RW. Observer reliability in assessing villitis of unknown aetiology. *J Clin Pathol* 1993;46:208-210.
5. Macpherson T. Fact and fancy. What can we really tell from the placenta? *Arch Pathol Lab Med* 1991;115:672-681.
6. Badawi N, Kurinczuk JJ, Keogh JM, Chambers HM, Stanley FJ. Why is the placenta been ignored? *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2000;40:343-346.
7. Booth VJ, Nelson KB, Dambrosia JM, Grether JK. What factors influence whether placentas are submitted for pathologic examination. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:567-571.
8. Benirschke K. The placenta in the litigation process. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:1445-1450.
9. Fox H. Pathology of the placenta. London: WB Saunders; 1978.
10. Perrin EVDK, Sander CH. Introduction. How to examine the placenta and why. En: Perrin EVDK, editor. *Pathology of the placenta*. New York: Churchill Livingstone; 1984.p.1-35.
11. Khong TY. From delivery suite to laboratory: Optimizing returns from placental examination in medico-legal defence. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1997;37:1-5.
12. Altshuler G, Deppisch LM. College of American Pathologists conference XIX on the examination of the placenta: Report of the working group on indications for placental examination. *Arch Pathol Lab Med* 1991;115:71-703.
13. Kaplan CG. Forensic aspects of the placenta. *Percept Pediatr Pathol* 1995;19:20-42.
14. Altshuler G. Placenta within the medicolegal imperative. *Arch Pathol Lab Med* 1991;115:688-695.
15. Salafia CM, Vogel CA, Vintzileos AM, Bantham KF, Pezzullo J, Silberman L. Placental pathologic finding in preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:934-938.
16. Arias F, Victoria A, Cho K, Kraus F. Placental histology and clinical characteristics of patients with preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 1997;89:265-271.
17. Beebe LA, Cowan LD, Altshuler G. The epidemiology of placental features: Associations with gestational age and neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 1996;86:771-778.