

# Morfología anormal de la placenta

Oscar Agüero

Hospital Privado Centro Médico de Caracas

## RESUMEN

*Durante el lapso 1965-1990 se examinaron 6.380 placentas de partos personalmente atendidos. Excluyendo las placentas marginadas, se encontraron 559 anomalías morfológicas (8,7%), distribuidas en: 171 bilobuladas, 109 en raqueta, 97 circunvaladas, 58 con quistes coriales, 46 con inserción velamentosa del cordón, 24 con vasos aberrantes, 22 succenturiadas, 14 trilobuladas y 18 con otras anomalías. Se exponen la frecuencia de cada uno de estos tipos de placenta, datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas y repercusiones materno-feto-neonatales. Se revisa la literatura venezolana y extranjera pertinentes, se concluye que el estudio de las anomalías morfológicas de la placenta sigue siendo un tema de gran interés y que el examen atento de cada placenta debe formar parte de la rutina del asistente del parto, ya que ello suministra información útil al partero, al pediatra, al perinatólogo y al anatomo-patólogo.*

**Palabras claves:** Placenta, anomalías morfológicas.

## INTRODUCCION

En 1957 publicamos una monografía sobre las "Anomalías morfológicas de la placenta y su significado clínico" (1), basada en la revisión personal de 10.000 placentas de madres de la Maternidad Concepción Palacios. Aparentemente, fue el primer análisis de conjunto del tema, apoyado en un número importante de placentas, examinadas por una sola persona. Ulteriormente han ido apareciendo alrededor de 25 libros que enfocan diversos aspectos de la placenta y sus funciones y, desde 1980 se está publicando una revista titulada "Placenta", y desde 1984, otra denominada "Trophoblast Research".

Por nuestra parte siempre hemos mantenido el interés por la placenta y sus anomalías morfológicas y hemos revisado, sistemática y detenidamente, las placentas de todos los partos personalmente atendidos. En este segundo estudio presentamos lo obtenido en casos asistidos en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas desde 1965 hasta 1990.

## MATERIAL

Durante el período comprendido entre mayo de 1965 y diciembre de 1990, atendimos a 6.889 parturientas, cuyo desenlace fue:

parto vaginal	5.529	
cesárea	851	= 13,3%
aborto	509	= 7,3%

Eliminamos los embarazos ectópicos y, dado que en la mayoría de los abortos no es posible obtener una placenta morfológicamente estudiada, basaremos nuestros cálculos de frecuencia sobre 6.380 casos con placentas identificables, en los cuales encontramos 559 anomalías morfológicas que dan una frecuencia de 8,76%, o de una cada 11 placentas.

Las anomalías encontradas fueron, en orden descendente:

placentas bilobuladas	171
placentas en raqueta (inserción marginal del cordón)	109
placentas circunvaladas	97
placentas con quistes coriales	58
placentas con inserción velamentosa del cordón	46
placentas con vasos aberrantes	24
placentas succenturiadas	22
placentas trilobuladas	14
placentas con otras anomalías	18

Como puede verse, hemos eliminado, como hicimos en nuestra monografía (1) y como hicieron otros autores, las placentas marginadas, por considerar que no tienen significado clínico. Algunos las engloban junto con las circunvaladas, bajo el término de "placentas discoriales", propuesto por Meyer (2).

El análisis, por separado, de cada uno de estos tipos de anomalías mostró lo siguiente:

## MORFOLOGIA ANORMAL DE LA PLACENTA

### 1) Placentadas bilobuladas: 171

Fueron encontradas con una frecuencia de 2,6% sobre 6.380 casos y 30,5% dentro del grupo de morfología anormal.

La distribución en el número de gestaciones fue como sigue:

primigestas	36	=	21,3%
2 gestas	59		
3 gestas	35		
4 gestas	20		
5 gestas	8		
6 gestas	6		
7 gestas	3		
8 gestas	2		
? gestas	2		

La edad promedio fue de 30 años, con extremos entre 18 y 41. Dos tenían 18 años y 9, más de 40.

La edad del embarazo fue:

<37 semanas	11	=	6,6%
37 a 41 semanas + 2 días	137		
≥41 semanas + 3 días	18	=	10,8%
?	5		

El grupo de 41 semanas + 3 días o más fue catalogado como embarazo prolongado.

Patología presente:

- 4 sangrados (3 placentas insertadas bajas - una centro-oclusiva - y un sangrado por borde placentario).
- 1 prociencia del cordón
- 1 útero bicorne
- 1 nudo real del cordón.

En 8 casos la presentación fue podálica; 18 casos fueron resueltos por cesárea (10,5%), en 8 casos se apreció meconio; en un caso hubo hemorragia post-parto.

El examen de la placenta reveló además:

- en 8 ocasiones la placenta era bipartita, o sea con los dos lóbulos, más o menos, del mismo tamaño;
- en 6 la inserción del cordón era velamentosa;
- en 3 la inserción del cordón era marginal;
- en 3 había quistes coriales
- en 1 la placenta era semilunar;
- en 1 había hemorragia en la base del cordón.

En lo que se refiere a los recién nacidos, 97 eran hembras y 74 varones; con un peso promedio de 3.277 gramos, 10 pesaron 2.500o menos gramos - uno pesó 1.305 gramos - y 12 pesaron 4o más kilos.

En 176 historias consta la puntuación de Apgar, la cual fue igual o menor de 6 en 16 niños (9,6%).

Hubo 3 muertes perinatales - 1,75% -: un natimuerto de 1.305 gramos, nacido de embarazo de 29 semanas en madre con útero bicorne; y 2 muertes neonatales, una en niño de 1.600 gramos de primigesta, parto en podálica y placenta con vasos aberrantes, muerte a las 6 horas de nacido; otra en niño de 4.050 gramos, con síndrome de "prune-belly".

### 2) Placenta en raqueta o con inserción marginal del cordón: 109.

Frecuencia: 1,7% sobre 6.380 placentas; 19,4% sobre 559 placentas con anomalías:

primigestas	41	=	38,4%
2 gestas	25		
3 gestas	20		
4 gestas	9		
5 gestas	2		
7 gestas	1		
? gestas	1		

Hubo 2 embarazos gemelares - 1 x 54.

La edad promedio fue de 28,5 años, con extremos entre 17 y 44. Dos tenían menos de 19 años y tres, cuarenta o más.

Edad del embarazo			
<37 semanas	10	=	9,5%
37 a 41 semanas + 2 días	86		
≥41 semanas + 3 días	9	=	8,5%
?	4		

Patología presente: sangrado, 3 casos: un aborto hemorrágico en semana 22; uno por borde de placenta y uno por causa no precisada.

En 6 casos la presentación fue podálica. Seis terminaron por cesárea; en 10 hubo presencia de meconio y en uno, rotura del cordón.

Las anomalías placentarias coexistentes fueron:

26 vasos aberrantes	(23,8%)
2 con quistes coriales	
1 succenturiada	
1 bilobulada	

El peso promedio de los niños fue de 3.120 gramos; 9 pesaron 2.500 o menos gramos (uno pesó 850 gr.) dos, cuatro o más kilogramos. Hubo 58 hembras y 51 varones. El Apgar fue igual o menor de 6 en 12 (de 105 registrados) = 11,4%.

Hubo un labio leporino y una fístula tráqueo bronquial con estenosis del píloro.

Ocurrieron dos muertes perinatales - 1,8% sobre 111 recién nacidos - : un natimuerto, macerado, en semana 37 de gestación, con 2.350 gramos peso; una muerte neonatal, poco después del nacimiento, semana 24 de embarazo y 850 gramos de peso.

### 3) Placenta circunvalada: 97

Frecuencia: 1,5% en 6.380 placentas y 17,3% dentro de las placentas anormales.

primigestas	21 = 21,6%
2 gestas	30
3 gestas	22
4 gestas	11
5 gestas	7
6 gestas	3
8 gestas	2
9 gestas	1

Hubo 2 gemelares, ambos con las dos placentas circunvaladas, una total y otra parcial.

La edad promedio fue de 28 años, con extremos entre 15 y 42. Tres tenían 19 o menos años y cuatro, 40 o más.

Edad del embarazo			
<37 semanas	9	=	9,5%
37 a 41 semanas + 2 días	76		
>41 semanas + 3 días	9	=	9,5%
?	3		

La patología del embarazo fue: 8 sangrados (7 ante o intraparto, uno post parto); 4 roturas prematuras de las membranas; una hipertensión inducida por el embarazo; una presencia de meconio, una procidencia del cordón y una rotura del mismo.

En dos casos el parto fue en podálica y en 3 por cesárea.

Las placentas fueron circunvaladas totales, o sea con anillo completo en 43 (44,3%), parciales 54, dos de ellas en herradura.

Coexistieron las siguientes anomalías:

6	presencia de quistes coriales
1	placenta semilunar

Niños. Sexo femenino 48, masculino 41. La puntuación de Apgar fue igual o menor de 6 en 9 casos (9,7%).

El peso promedio fue de 3.184 gramos; 9 pesaron 2.500 o menos y tres, cuatro o más kilogramos.

Dos presentaron serias anomalías: una anencefalia con labio leporino y una ictiosis.

Hubo cuatro muertes perinatales: dos nacidos muertos (uno de madre con púrpura trombocitopénica, embarazo de 32 semanas, presentación podálica, procidencia de cordón, niño de 1.565 gramos; uno en embarazo de 38 semanas, niño de 2.435 gramos, causa no precisada); dos muertes neonatales (una anencefalia en segundo feto de gemelar, embarazo prolongado, 1.700 gramos, muere a las 27 horas; el segundo, embarazo de 40 semanas, niño de 4.000 gramos, ictiosis severa, muere el cuarto día). Estos 4 casos sobre 99 recién nacidos representan un 4%.

### 4) Quistes coriales: 58

Frecuencia: 0,9% sobre 6.380 placentas y 10% de las anormales.

primigestas	15	=	25,8%
2 gestas	16		
3 gestas	10		
4 gestas	11		
5 gestas	2		
6 gestas	1		
7 gestas	1		
9 gestas	1		
11 gestas	1		

La edad promedio fue de 30 años, con extremos entre 19 y 42. Dos tenían menos de 19 años y una más de 40.

Hubo 4 embarazos prolongados (16%). No hubo partos pre-término.

Como patología hubo: 1 eclampsia, dos procidencias del cordón y una cesárea.

En 51 casos existía 1 quiste, en 5, dos, en 1, tres, y en 1, nueve. El sitio del quiste varió desde la base del cordón hasta a un centímetro del borde de la

## MORFOLOGIA ANORMAL DE LA PLACENTA

placenta. Su contenido fue descrito como claro, amarillo, hemático, blanco, espeso, pastoso. Su tamaño fue expresado como "pequeño" y hasta de 4 x 4 centímetros.

Niños. Sexo femenino 38, masculino 20. Puntuación de Apgar igual o menor de 6, dos casos (3,4%).

El peso promedio fue de 3.397 gramos, uno pesó menos de 2.500 y seis, 4.000 o más.

No hubo malformaciones congénitas ni muertes perinatales.

### 5) Inserción velamentosa del cordón: 46

Frecuencia: 0,72% global y 8,2% sobre placentas anormales.

primigesta	21	= 45,6%
2 gestas	12	
3 gestas	9	
4 gestas	2	
5 gestas	1	
6 gestas	1	

La edad promedio fue de 33 años, con extremos entre 24 y 37. No hubo pacientes adolescentes, ni mayores de 40 años.

Edad del embarazo		
<37 semanas	8	= 18,11%
37 a 41 semanas + 2 días	34	
>41 semanas + 3 días	2	= 4,3%
?	2	

Hubo 3 embarazos gemelares (1 x 15,3).

Patología presente: dos partos en podálica, una rotura prematura de la placenta, una rotura del cordón y una presencia de meconio.

En relación con la anomalía: en 15 casos se describen vasos gruesos; el número de vasos velamentosos se apreció desde uno hasta muchos, pasando por 3, 4, 6. En cuanto a la distancia entre la inserción del cordón y el borde placentario se registró como desde muy cerca hasta 12 centímetros.

Una de las placentas era trilobulada.

No observamos ningún caso de rotura vascular.

Niños. Hembras, 28, varones, 28. Puntuación de Apgar igual o menor de 6, seis casos (13,3%).

El peso promedio fue de 2.990 gramos; 9 pesaron 2.500 o menos gramos (dos pesaron 1.290 y 950,

respectivamente) y uno pesó 4.000.

Hubo 3 muertes perinatales (6,12%): uno nacido muerto, macerado, 2º feto de gemelar, embarazo de 38 semanas, 2.980 gramos; dos muertes neonatales, niños de 1.240 y 950 gramos, respectivamente, muertos el 5º día el primero, y a los pocos minutos el segundo.

### 6) Vasos aberrantes: 24

Frecuencia: 0,37% global y 4,2% entre las placentas con anomalías.

primigestas	12	= 50%
2 gestas	3	
3 gestas	6	
4 gestas	1	
5 gestas	1	
7 gestas	1	

Edad promedio, 27,5 años, extremos, 18 y 39

Edad del embarazo		
<37 semanas	3	= 13%
37 a 41 semanas + 2 días	19	
>41 semanas + 3 días	1	
?	1	

Como patología hubo: 3 sangrados (dos por placentas previas -una centro oclusiva - y una de causa no precisada), una rotura prematura de membranas; cuatro podálicas y tres cesáreas.

El trayecto que recorren los vasos en las membranas fue variable, desde "corto" (7 casos), hasta 8, 10, 20 centímetros; el número de vasos aberrantes fue de 1 a 4; en 4 ocasiones fueron descritos como vasos gruesos. En un caso coexistía un quiste corial.

Niños. Quince varones, 19 hembras. Apgar igual o menor de seis, 4 (16,6%). Peso promedio: 3.081 gramos, tres pesaron menos de 2.500 gramos (uno, 1.400) y uno pesó 4.000.

No hubo muertes perinatales.

### 7) Placenta succenturiada: 22

Frecuencia: global, 0,34%, dentro de las anormales, 3,9%.

primigesta	6	= 27,3%
2 gestas	9	
3 gestas	2	

4 gestas	3
5 gestas	3

Edad promedio, 31 años, extremos 23 a 43.

Edad del embarazo		
<37 semanas	3	= 14,2%
37 a 41 semanas + 2 días	15	
<41 semanas + 3 días	3	= 14,2%
?	1	

Como complicación del embarazo, una hipertensión que terminó en cesárea.

Las características de las placentas fueron: el tamaño de los lóbulos osciló entre 3 x 2 a 10 x 10 centímetros; el número de vasos aberrantes varió entre 1 y 6; la distancia entre el cotiledón accesorio y el borde de la placenta, entre 2 y 10 centímetros. En una placenta se apreciaron dos cotiledones accesorios.

Niños. Varones 11, hembras 11. Apgar igual o menor de 6 en cuatro (18,18%). Peso promedio 3.189 gramos; tres pesaron 2.500 o menos gramos (uno pesó 1.450), y uno, 4.500.

No hubo muertes perinatales.

#### 8) Placenta trilobulada: 14.

Frecuencia global, 0,21%, sobre las anomalías, 2,5%

Gestación		
primigestas	6	= 42,8%
2 gestas	4	
3 gestas	1	
4 gestas	2	
6 gestas	1	

Edad promedio, 29,2 años, extremos entre 23 y 38.

Sólo hubo un embarazo prolongado (7,14%). Ninguno fue pre-término.

Se realizaron dos cesáreas, una por placenta previa central parcial.

Dos placentas tenían vasos aberrantes y una era extensa y muy delgada. El tamaño de los lóbulos varió desde 2 hasta 10 centímetros.

Niños. Nueve hembras y tres varones. Ninguno presentó Apgar igual o inferior a 6. El peso promedio fue de 3.200 gramos y los extremos entre 2.510 y

3.800.

No hubo muertes perinatales.

#### 9) Las 18 placentas que catalogamos como raras fueron:

6	cuatrilobuladas	
1	quintilobulada	
2	multilobuladas	
3	anulares	
2	de forma irregular	
2	en forma de riñón	
1	membranácea	
1	deformada por presencia de un leiomioma	

En este grupo hubo:

6	primigestas	=	33,3%
2	segundigestas		
7	tercigestas		
2	cuartigestas		
1	septimigesta		

Edad promedio, 30 años, extremos entre 23 y 39.

Hubo un parto a las 24 semanas y 6 embarazos prolongados. Dos placentas previas (una centro oclusiva), cuatro cesáreas y una presencia de meconio.

El escaso número de estas diversas anomalías impide relacionarlas con las patologías citadas, porque se abultarían demasiado las cifras, por ejemplo: en las placentas anulares hubo una cesárea por anomalía funcional (retracción uterina), una cesárea por placenta previa centro oclusiva, y una expulsión fetal en la semana 24, con niña de 880 gramos que muere al tercer día por síndrome de dificultad respiratoria. Todo esto llevaría a un absurdo 100% de complicaciones.

En estas placentas se encontró además: tres con vasos aberrantes y una con dos vasos velamentosos.

De los niños, 11 fueron de sexo femenino y 7 del masculino; el Apgar fue de 6 o menos en 3 (16,6%), el peso promedio 3.383 gramos, uno pesó 880 y dos, más de 4.000. Hubo dos muertes perinatales: el ya citado de 880 gramos, el otro, 3.600 gramos, muerte neonatal al 4º día por encefalopatía anóxica, con placenta en forma de riñón.

El análisis conjunto de las 559 placentas con anomalías muestra, como aspectos resaltantes, que: en el 19,3% se trataba de primigestas (164 embarazadas); en 10 casos eran adolescentes y en 18 con 40 o más años; hubo un 7,8% de embarazos pre-



término - algo por encima de la cifra del hospital - y un 7,6% de embarazos con 290 o más días; 18 sangrados, con una frecuencia de 1 x 31, están también por encima de lo usual; y 12 muertes perinatales, sobre 563 niños, dan una cifra de 21,3 por mil, cercana al 18,9 del hospital.

La coexistencia de anomalías se observó en 55 placentas, o sea en el 9,8%. Las anomalías asociadas más comunes fueron los vasos aberrantes (28 casos) y los quistes coriales (12 casos). Por tanto, en estos dos tipos, la frecuencia real sube: para los vasos aberrantes, de 0,37 a 0,81% sobre las 6.380 placentas y de 4,2 a 9,3% sobre las 559 placentas anómalas; para los quistes coriales, de 0,98 a 1,09% como frecuencia global y de 10 a 12,5% dentro de las anomalías.

### DISCUSION

Entre nosotros se le presta poca atención a la placenta y es común verlas arrojadas, sin examen, al recipiente de los desperdicios. Sin embargo, en la literatura venezolana, o de autores venezolanos, hay varias publicaciones sobre la placenta, la primera de las cuales corresponde a Bustamante (3) en 1865, cuyo original no hemos podido consultar y, por tanto, no sabemos qué aspectos enfoca; en 1903, Aguerrevere (4), con el título de placenta discoidal describe dos casos de placentas succenturiadas, con retención de los cotiledones accesorios y expulsión espontánea, uno a los 19 días post parto y otro a los 12 días, este último con cuadro de sepsis y muerte materna a los 21 días del parto; en 1924, Conde Jahn (5) escribe una tesis sobre la fisiología de las placentas, especialmente de la humana; Romero Sierra (6), en 1934, relata un caso de placenta "marginata", cuya descripción corresponde a placenta circunvalada; en el mismo año de 1934, Belloso Chacín (7) da a conocer un "pólipo fibroso" en el borde de la placenta, en un parto prematuro, con un niño de 2.250 gramos y un peso placentario de 1.100 gramos; en 1941, Domínguez Sisco y Aurrecoechea (8) comunican un caso de hemorragia durante el trabajo de parto, con muerte fetal producida por la rotura de un vaso velamentoso; Yáber (9), en 1951, comenta un caso de placenta con cinco quistes coriales - dos cerca de la implantación del cordón y tres cerca del borde -; Facchin de Boni (10) en el curso de una cesárea por placenta previa, sin sangrado, encuentra que lo que estaba previo era el cotiledón accesorio de una placenta succenturiada; Guigni (11) menciona

4 casos de inserción velamentosa del cordón; Alemán y col. (12) reportan un caso de corioangioma en el centro de la placenta; Fleitas y col. (13) en 1.000 partos, encuentran 52 inserciones marginales del cordón, 25 circunvaladas, 22 bilobuladas, 18 con quistes, 10 con vasos velamentosos, 6 multilobuladas, 6 succenturiadas, 4 con vasos aberrantes y una en forma de herradura; Fleitas (14) en 500 placentas de niños de 2.500 o menos gramos, halla 28 placentas bilobuladas, 20 circunvaladas, 13 con inserción velamentosa, 9 trilobuladas, 4 succenturiadas, una con vaso aberrante y una multilobulada; Zigelboim y col. (15) publican un caso de placenta bipartita con vaso velamentoso, sangrado durante la dilatación y extracción, mediante fórceps, de niño vivo; un corioangioma gigante es diagnosticado con ultrasonido por Rísquez y col. (16), cursó con hidramnios y se comprobó una inserción marginal del cordón; una rotura de vasa previa en inserción velamentosa del cordón, con extracción mediante cesárea de feto muerto de 1.600 gramos de peso, es informada por Atars y col. (17); otro corioangioma de placenta es reportado por Cabrera y col. (18); Paiva de Alvarez y col. (19) describen una placenta bipartita, con cordón velamentoso en embarazo gemelar; y Obregón y col. (20) dan a conocer dos casos de inserción velamentosa del cordón.

Para esta discusión utilizaremos la literatura ulterior a nuestra monografía de 1957 (1), limitándola exclusivamente a las anomalías morfológicas, con exclusión de los tumores y otras patologías de la placenta, así como de las teorías y mecanismos de producción que ya discutimos.

Placenta bilobulada. La frecuencia de las placentas bilobuladas muestra, en la literatura, las siguientes cifras: en nuestra primera revisión (1) sólo citamos dos: 0,10% de Ribemont-Dessaignes, basada en 6.701 partos y 8,6% de Torpin y Hart, obtenida entre 4.098 placentas, pero advertíamos que en la serie de Torpin y Hart, se habían incluido placentas succenturiadas y multilobuladas. Esta misma cifra de 8% es repetida por Torpin (21) años más tarde. Ulteriormente persiste la escasez de cifras de frecuencia y únicamente podemos citar datos venezolanos:

	Nº Placentas	Bilobuladas	%
Agüero (1)	10.000	326	3,36
Fleitas y col. (13)	1.000	22	2,20
Presente serie	6.380	171	2,60

Fleitas (14) en un grupo de 500 placentas de niños de 2.500 o menos gramos de peso, encuentra 28 bilobuladas, o sea 5,6%.

En la literatura hay reportes aislados de placentas bipartitas, o sea con los dos lóbulos de iguales o cercanas dimensiones, una de las cuales fue diagnosticada por radioisótopos (22,23). Como hemos mencionado, de nuestras 171 bilobuladas, 8 (4,6%) eran bipartitas. En las placentas de la Maternidad Concepción Palacios (1) la frecuencia de las bipartitas fue de sólo 0,003% (3 en 10.000 placentas).

En lo que se refiere al significado clínico de las placentas bilobuladas, en nuestra primera serie (1) reportamos una hemorragia ante parto por placenta previa, 10,1% de sangrados abundantes durante el período placentario y dos retenciones de placenta; Fox (24) dice que son más frecuentes en grandes múltiparas, en mujeres de edad avanzada y con historia previa de esterilidad y, como complicaciones, cita a las hemorragias del tercer trimestre y las adherencias anormales de la placenta. Los cuatro casos de sangrado de nuestra presente serie significan una frecuencia de 1 por 42, pero en tres de ellos la causa fue la inserción baja o previa de la placenta. En contraste con nuestra serie anterior con un 10,1% de hemorragias post-parto, en la actual sólo hubo un 0,5% (1 caso), lo cual parece indicar que la lobulación no es la causa.

Los 13 casos con otras anomalías placentarias señalan una frecuencia de 7,6%.

Placenta en raqueta o con inserción marginal del cordón. En nuestra anterior publicación (1) citamos 3 cifras de frecuencias: Adair y Thelander con 6% en 392 placentas, Brody y Fraenkel con 6,2% en 512 y Earn con 15% en 5.412. En publicaciones posteriores hay los siguientes datos:

	Nº placentas	En raqueta	%
Agüero (1)	10.000	125	1,25
Fleitas y col. (13)	1.000	52	5,20
Fox (24)	5,6		
Rolschau (25)	447	12	2,60
Presente serie	6.380	109	1,70

Benirschke y Driscoll (26) conforman un cuadro con 8 autores, cuyas frecuencias de inserciones marginales del cordón oscilaron entre 1,9 y 15%; creen que quizá la frecuencia más común esté entre 5 y 10% y, aparentemente, no le asignan ningún significado clínico, porque no hacen comentarios

especiales. Rolschau (25), con sólo 12 casos, afirma que no hay aumento de frecuencia en partos prematuros, ni en niños de bajo peso, que la razón peso- feto-placenta es normal y que solamente cambia el contenido placentario en ácido nucleico, con aumento significativo de la razón RNA/DNA.

Fox (24) cita iguales frecuencias de 1 a 15% y, para él, estas placentas no tienen significado clínico; sin embargo, otros le han achacado influencias sobre el aborto, malformaciones congénitas, parto prematuro y asfisia neonatal.

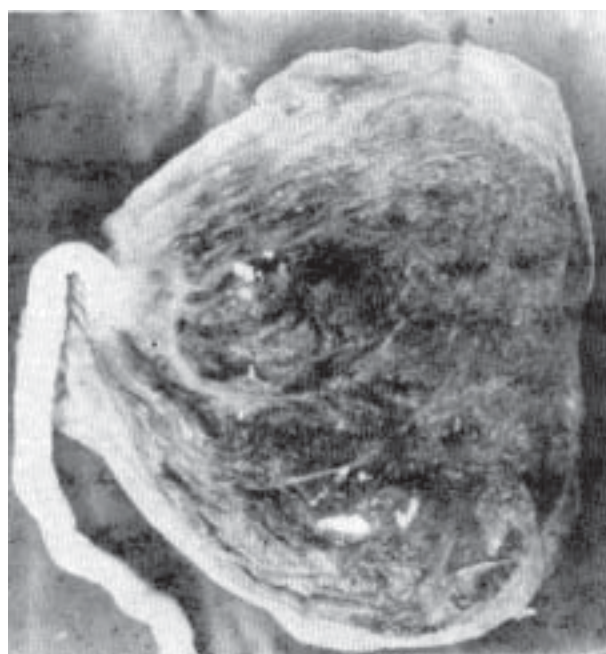


Figura 1. Inserción marginal del cordón o placenta en raqueta.

En la serie anterior nuestra (1) reportamos un 12% de prematuridad, pero no hubo aumentos de las hemorragias del embarazo, ni de la mortalidad perinatal. En la serie actual obtuvimos una cifra habitual de partos prematuros (9,5%) y sólo 3 casos de sangrado durante la gestación.

Placenta circunvalada. Esta placenta continúa siendo estudiada intensamente y, después de la inserción velamentosa del cordón, es la que tiene más referencias en la literatura. Un factor de confusión es el uso del término "placenta extracorial" para englobar la marginadas y las circunvaladas, en lo que

se refiere a frecuencia y repercusiones clínicas, criterio que rechazamos desde nuestra primera publicación, con el argumento de que “el gran número de placentas marginadas encontradas le quita toda importancia práctica y las hace considerar como de común ocurrencia” (1). En nuestras 10.000 placentas examinadas hallamos 2.519 marginadas (25%). Esta opinión es también compartida por Fox (24,27) quien, categóricamente, escribe: “Las marginadas no tienen significado clínico” y además, considera que el término “extracorial” es inadecuado y que deben separarse como 3 entidades diferentes las placentas marginadas, las circunvaladas totales y las circunvaladas parciales. No obstante, Scott (28), en uno de los trabajos más citados en la literatura, mezcla marginadas con circunvaladas.

La frecuencia de esta anomalía es también variable y en su estimación influyen: la inclusión de las marginadas y el subregistro, el cual es señalado por Scott (28) al encontrar en sus 3.161 placentas, 578 extracoriales, de las cuales sólo 162 (28%) habían sido registradas en las historias, explicando así las frecuencias bajas en los hospitales.

Refiriéndonos solamente a las circunvaladas: en nuestra primera revisión encontramos 117 casos en 10.000 placentas -1,17%- , y citábamos frecuencias de 6 autores que oscilaron entre 0,47 y 2,4%; Fox (24) elabora un cuadro con 17 autores con variaciones entre 0,5 y 6,9%, Scott (28) en cuadro con 8 autores muestra variaciones de 0,5 a 4%; Torpin (21) habla de un 1 a 3%. En el siguiente cuadro mostramos frecuencias ulteriores, colocadas en orden ascendente:

Autor	Nº placenta	Circunvaladas	%
Ziel (29)	2.000	13	0,65
Castelazo y col. (30)	250.072	2.208	0,80
Wilson y Paalman (31)	10.927	110	1
Presente serie	6.380	97	1,50
Fleitas y col. (13)	1.000	25	2,50
Fleitas (14)	500	20	4
Rolschau (25)	447	19	4,20
Fox (27)	3.000	207	6,90

Estas series no son estrictamente comparables porque, algunas son obtenidas de revisión de historias, en las cuales ha intervenido un personal variable y numeroso; otras provienen de placentas enviadas a servicios de anatomía patológica, en algunas se incluyen sólo embarazos simples y en otras se estudian placentas de niños de 2.500 gramos o menos o de niños con retardo de crecimiento intrauterino.

En cuanto a la frecuencia de los tipos parcial y total, solamente dos autores ofrecen datos: Fox (27), en 207 placentas circunvaladas encuentra 72 totales (34,7%) y 135 parciales, y Fleitas, (13) 10,5% de totales. Nosotros encontramos 44,3% totales. Esta separación es enfatizada por Fox (27) quien encuentra más abortos, más partos prematuros, más niños de bajo peso, más sufrimiento fetal y más asfixia neonatal en las totales; en las parciales, sólo un ligero aumento de alta paridad.

Además, Fox (27) cree que las circunvaladas son más comunes en las múltiparas y que no influyen en su frecuencia ni la edad, ni la raza, datos estos difíciles de corroborar.

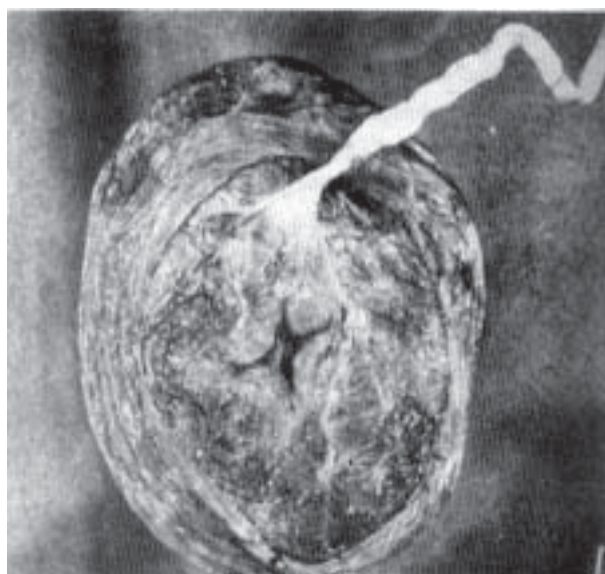


Figura 2. Placenta circunvalada.

También es difícil comprobar estadísticamente la larga lista de complicaciones que se le atribuyen a esta anomalía placentaria. De nuestros casos solamente podemos afirmar que en este grupo de placentas es donde se observó la mayor frecuencia (8,2%) de sangrados, en comparación con las de otras alteraciones morfológicas, como bilobuladas, con 2,3% y placenta en raqueta con 2,7%.

Hasta ahora, el diagnóstico de esta anomalía se había hecho solamente con la placenta ya expulsada. El ultrasonido ha hecho posible el diagnóstico in utero (32,33).

Otro aspecto que se mantiene también sin dilucidar es el del mecanismo de producción. En nuestra monografía analizamos la extensa revisión hecha por Williams (34), en la cual hizo la crítica de



10 hipótesis; posteriormente, Scott (28) comenta 12 nociones etiológicas y sigue sin conocerse el origen del proceso.

**Quistes coriales.** En nuestra primera serie describimos 101 placentas con quistes, o sea un 1,01%; mostramos una variación de frecuencia desde 0,1 hasta 50% entre 13 autores, y explicábamos esta marcada diferencia por la inclusión o no de los quistes microscópicos. En publicaciones posteriores, sólo Fleitas (13,14) da cifras de 1,8 y de 0,4% respectivamente, en placentas de su serie global y en las de niños con 2.500 o menos gramos de peso. Nuestra cifra actual de 0,9% es parecida a nuestro anterior 1,01% y revela solamente los quistes macroscópicos.

En otros trabajos se describen los tipos de quistes -intravellosos e intraamnióticos- su anatomía y su contenido (35), se les considera como indicadores de madurez placentaria en los embarazos normales, no así en placentas de diabéticas, hipertensas o Rh-negativas (36) y, por último, se escribe sobre su posibilidad diagnóstica por ultrasonido (32).

**Inserción velamentosa del cordón.** Es la anomalía que más atención atrae y de la cual existen más publicaciones, sobre todo cuando se complica por rotura de un vaso, sea o no previo. De esto último hay reportes de casos aislados en la literatura reciente (37-41). El mecanismo de la rotura es investigado, histológicamente, por Schenner (24) y la posibilidad de su diagnóstico prenatal, mediante ultrasonido y estudio de flujo sanguíneo en color, ha sido ilustrada por Hsieh y col. (43).

La frecuencia de esta anomalía, según un cuadro elaborado por nosotros (1), con 14 autores, osciló entre 0,16 y 1,25%. En esa oportunidad, nuestra frecuencia fue de 0,48% (48 casos en 10.000 placentas). Cifras posteriores se muestran en el siguiente cuadro:

Autor	Nº placentas	Velamentosas	%
Jaavanen y col. (44)	14.066	31	0,22
Presente serie	6.380	46	0,72
Fleitas y col. (13)	1.000	10	1
Robinson y col. (45)	4.677	72	1,50
Pfersmann y col. (46)	9.460	—	1,60
Fleitas (14)	500	13	2,60

Fox (24) reúne 22 autores en cuadro que muestra una variación entre 0,02 y 13,6% y cita su propia frecuencia de 0,16%. Vestermark y col. (37) al

comunicar un caso de rotura del cordón, mencionan frecuencias de 0,24 a 2,17%.

La complicación más resultante de esta entidad y la más comentada es la rotura, con su acompañante mortalidad, de un vaso velamentoso, pero además, se le ha achacado: provocación de abortos y partos prematuros, hidramnios, anomalías del desarrollo fetal (47), malformaciones congénitas (48) insuficiencia placentaria y asfixia perinatal (22,49), niños de bajo peso y aumento de la mortalidad perinatal (49).

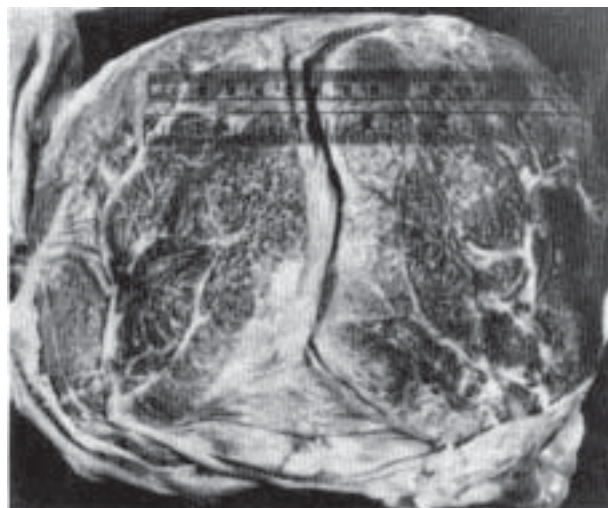


Figura 3. Placenta bipartita con inserción velamentosa del cordón.

Ni en nuestro anterior estudio, ni en el actual, hemos observado sangrados ante o intraparto; sólo tuvimos una rotura del cordón velamentoso durante la extracción de la placenta.

**Vasos aberrantes.** Siguen sin recibir mucha atención en la literatura. En nuestra publicación anterior sólo teníamos una referencia bibliográfica. Para esta revisión no encontramos sino dos informaciones venezolanas: Fleitas y col. (13) con 4 casos en 1.000 (0,4%) y Fleitas (14), 1 en 500 placentas de niños pequeños, 0,2%. Nuestras frecuencias fueron 0,83 y 0,37%, respectivamente.

**Placenta succenturiada.** Escasa información en la literatura. En lo que se refiere a frecuencia, en 1957 citábamos cifras de 4 autores que oscilaron entre 0,16 y 1,8%. En la actual serie la frecuencia fue de 0,34%; Fleitas (13,14) 0,6 y 0,8%; Fox (24) 3%.

No le apreciamos repercusión clínica. En nuestra serie anterior observamos aumento de hemorragias del período placentario y citábamos otros riesgos, como retención del cotiledón accesorio, posibilidad de que este cotiledón se coloque previo, como en el caso publicado por Facchin de Boni (10), y que el o los vasos que van al cotiledón se desgarran. Fox (24) agrega: la involución uterina y las hemorragias tardías. Matayaschi (49) halla un 13,5% de placentas succenturiadas en 162 malformaciones congénitas.



Figura 4. Placenta cuatrilobulada.

Del resto de las placentas anormales no haremos muchos comentarios, dado el escaso número de cada una de ellas. Sólo comentaremos que las placentas multilobuladas (tres o más lóbulos) no son tan raras como afirma Fox (24); las encontramos 1 vez cada 666 en la serie de la Maternidad Concepción Palacios y 1 vez cada 277 en la presente serie.

Fox (24) igualmente escribe que no ha visto ningún caso de placenta membranacea en 15 años y critica la frecuencia de 1 por 3.300 citada por nosotros en la primera revisión; ahora hallamos otro caso. Esta anomalía ha sido analizada recientemente por Wilkins y col. (50), basados en 7 casos, observados en 8.961 partos, lo cual les representa 1 por 1.280, mientras en la literatura esa cifra oscila entre 1 por 3.300 y 1 por 21.500.

Como conclusión podemos repetir que el estudio de las anomalías morfológicas de la placenta continúa

siendo un tema de gran interés para dilucidar muchos aspectos en discusión, especialmente acerca de su significación clínica. Ello requiere un examen macroscópico minucioso de cada placenta, seguido de otros estudios cuando sea necesario, ya que sólo así pueden interpretarse algunas situaciones clínicas, como, por ejemplo, el síndrome descrito por Naftocin y col. (51) de abruptio placentae crónica, hidrorrea, contracciones uterinas y muerte fetal o neonatal en embarazos jóvenes -16 a 28 semanas-, asociado a la placenta circunvalada. Además, el informe clínico-patológico de una placenta puede servir de apoyo y defensa al médico en algunas circunstancias médico-legales, tal como lo demostrara recientemente el Colegio Americano de Patólogos (52).



Figura 5. Placenta muy extendida, membranacea, casi anular.



Figura 6. Placenta fenestrada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agüero O. Anomalías morfológicas de la placenta y su significado clínico. Caracas, Artegrafía 1957.
2. Meyer R. Zur anatomie und entschung der placenta marginata sire partim extrachorialis. Arch Gynak 1909; 89:542-545.
3. Bustamante F. Etude sur la placenta. Tesis París, 1865.
4. Aguerrevere T. Sobre dos casos de apariencia de placenta discoidal. Gac Méd Caracas 1903;10:89-91.
5. Conde Jahn F. Reproducción de los animales placentarios. Fisiología de la placenta y en especial de la humana. Tesis, Caracas, 1924.
6. Romero Sierra J. Sobre un caso de placenta marginata. Gac Méd Caracas 1934;41:369-372.
7. Belloso Chacín R. Tumores placentarios. Rev Soc Méd Quir Zulia 1934;8:379-384.
8. Domínguez Sisco R, Aurrecoechea J. Hemorragias durante el trabajo. Rev Obstet Ginecol Venez 1941;1:194-198.
9. Yáber M. Quistes placentarios. Bol Mater Concepción Palacios 1951;2:48- 49.
10. Facchin de Boni J. Sobre un caso de placenta succenturiada con masa aberrante previa. Rev Obstet Ginecol Venez 1961;21:301-306.
11. Guigni A. Significación clínica de la patología del cordón umbilical. Rev Obstet Ginecol Venez 1967;27:459-481.
12. Alemán C, Teppa P, Garrán de Teppa D, Sánchez L. Corioangioma de placenta. Acta Méd Venez 1975;22:13-15.
13. Fleitas F, Corredor A, Torres de Pulido I, Uzcátegui O. Significado clínico de las anomalías de la placenta y el cordón umbilical. Rev Obstet Ginecol Venez 1978;38:151-156.
14. Fleitas F. Volumen cardíaco materno, anomalías placentarias y funiculares como factores etiológicos de prematuridad. Rev. Obstet Ginecol Venez 1980;40:1-27.
15. Zighelboim I, Kízer S, González Serva A. Vasa previa, parto vaginal con niña viva. Rev Obstet Ginecol Venez 1982;42:57-59.
16. Rísquez F, Suárez R, González A, Ortega R, Suárez J. Corioangioma gigante de placenta. Ultrasonido Med 1986;2:17-24.
17. Atars R, Sanoja R, Borregales J, Pérez C. Vasa previa con inserción velamentosa del cordón. Rev Obstet Ginecol Venez 1988;48:207-209.
18. Cabrera C, Kízer S, Tachón G, Silveira M, Reumann W. Corioangioma de placenta. Rev Obstet Ginecol Venez 1988;48:210-211.
19. Paiva de Alvarez S, Silveira M, Tachón G. Placenta gemelar bipartita. Rev Obstet Ginecol Venez 1989;49:159-160.
20. Obregón L, Guariglia D, Saunero F. Inserción velamentosa del cordón y vasa previa. Rev Obstet Ginecol Venez 1991;51:243-245.
21. Torpin R. Anomalías placentarias y su relación con el aborto habitual y el desprendimiento prematuro de placenta. Obstet Ginecol Lat Amer 1957;15:431-436.
22. Dreshchler W. Eine seltene plazentaform: placenta bipartita, dimidiata, duplex. Dtsh Gesund Wes 1959;14:108-111.
23. Thiery M, Deron M, van Vaerenbergh M, Dewulf L. Antepartum diagnosis of reniform placenta with isotopic placentography. Bull Soc Royal Belge Gynecol Obstet 1965;35:215-217.
24. Fox H. Pathology of the placenta. Londres, WB. Saunders Co Ltd 1978.
25. Rolschau T. Aspects of placenta pathology and growth retardation. Acta Obstet Gynaecol Scand 1978 (Supp72):15-21.
26. Benirschke K, Driscoll S. The pathology of the human placenta. En: Uelinger E Handbuch der speziellen pathologischen anatomie und histologie VII/5. Placente. Berlín, Springer Verlag 1967:100-134.
27. Fox H, Sen D. Placenta extrachorialis. J Obstet Gynaecol Br Cwlt 1972;79:32-35.
28. Scott J. Placenta extrachorialis (placenta marginata and placenta circumvallatae). J Obstet Gynaecol Br Cwlt 1960; 62:904-918.
29. Ziel H. Cirumvallate placenta, a cause of antepartum bleeding, premature delivery and perinatal mortality. Obstet Gynecol 1963;22:798-802.
30. Castelazo L, Karchmer S, Maqueo M, Ontiveros E. Hemorrhage of late pregnancy and the puerperium of placental origen. Int J Gynaecol Obstet 1970;8:383-391.
31. Wilson D, Paalman R. Clinical significance of circumvallate placenta. Obstet Gynecol 1967;29:774-778.
32. Janaux E, Avni F, Elkhazen N, Wilkin P, Hustier J. Etude morphologique des anomalies placentaires echographiques de la deuxième moitié de la gestation. J Gynecol Obstet Biol Repro 1989;18:601-613.
33. Janaux E, Avini F, Donner C, Rodesch F, Wilkin P. Ultrasonographic diagnosis and morphological study of placenta circumvallate. J Clin Ultrasound

- 1989;17:126-131.
34. Williams JW. Placenta circumvallata. *Am J Obstet Gynecol* 1927;13:1-16.
  35. Bret A, Legros R, Toyoda S, Duperret B. Les kystes placentaires. *Press Med* 1960;60:1552-1555.
  36. Fox H. Septal cyst of the placenta. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1965;72:745-747.
  37. Vestermark V, Christensen I, Kay L, Windfelt M. Spontaneous intrauterine total rupture of a velamentous umbilical cord. *Europ J Obstet Gynec Reprod Biol* 1989;35:279-281.
  38. Kunnishige K. A comparative rare case. I Precipitate labor combined with attachment of umbilical cord to the vitaline membranes. *J Shimane Med Ass* 1964;3:444-445.
  39. Linnet-Jepsen P, Thomsen Pedersen G. Rupture of vasa previa som arsaag til neonatal anaemia. *Ugeskr Laeg* 1960;122:786-789.
  40. Erb H, Zeilinger I. Spontane getasruptur bei insertio velamentosa und intaker fruchtblase. *Gynecologie* 1965;159:25-32.
  41. Aspillaga C, Las Heres J, Kakameka E, Avila R, Henríquez C. Anomalías del cordón umbilical y su asociación con malformaciones congénitas. *Rev Chilena Obstet Gynecol* 1991;56:27-34.
  42. Schenner G. Uber die mikroskopische struktur der insertio velamentosa. *Zbl Gynak* 1965;87:38-49.
  43. Hsieh F, Chen H, Ko T, Hsieh Ch, Chen H. Antenatal diagnosis of vasa previa by color flow mapping. *J Ultrasound Med* 1991;10:397-399.
  44. Jaavanen J, Joutunpaa K, Kangastoma P, Aro P, Heinonen P. Velamentous insertion of the umbilical cord and vasa previa. *Int J Gynaec Obstet* 1984;22:207-211.
  45. Robinson L, Jones K, Benirschke K. The nature of structural defects associated with velamentous and marginal insertion of the umbilical cord. *Am J Obstet Gynecol* 1965;87:38-49.
  46. Pfersman Ch, Schaller H, Sernal R. Insertio velamentosa. Zur epidemiologie und klinik der pathologischen nabelchinninsertion. *Wien Klin Wochenschr* 1974;96:443-444.
  47. Bjoro K. Vascular anomalies of the umbilical cord. II. Perinatal and pediatric implications. *Early Human Dev* 1983;8:279-287.
  48. Monie I. Velamentous insertion of the cord in early pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1965;93:276-281.
  49. Matayaschi K. Pathological features of the human placenta associated with fetal congenital malformations. *J Tokyo Med Coll* 1977;35:325-341.
  50. Wilkins B, Batrup G, Vinall P. Partial placenta membranacea. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:675-679.
  51. Nagtocin F, Khuda G, Benirschke K, Hutchinson D. The syndrome of chronic abruptio placentae, hydrorionitis and velamentous placenta. *Am J Obstet Gynecol* 1974;116:150-154.
  52. Arch Pathol Lab. Med 1991;116:647-751.
- Este artículo ha sido aceptado para su publicación en la revista por el Dr. Zerpa y la necesidad de tomar por parte de los editores todas las precauciones necesarias para evitar desagradables sorpresas.

#### *Viene de la página 184*

Entre nosotros, la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (4) introduce otro elemento importante, al exigir una carta en la cual conste "Que el o los autores tienen la autorización del Hospital o institución donde se realizó el trabajo para divulgarlo...". Y es esto importante porque ya han ocurrido faltas a este principio: en una oportunidad escribimos una carta (5) al Comité de Redacción de "Progresos en Ciencias Médicas" (PCM), por la publicación de un artículo basado en material de la Maternidad Concepción Palacios, no autorizado ni en conocimiento de las autoridades de dicho hospital; más recientemente apareció un trabajo (6) basado también en casos de la Maternidad Concepción Palacios, con la autoría de cursantes de posgrado de la Maternidad y médicos de otro hospital, actuando estos últimos sólo como realizadores de un procedimiento especial, lo cual no justifica de ninguna manera la publicación, sin la autorización de la Maternidad y con la colocación en primer lugar del hospital a donde fueron referidos los dos pacientes.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Requisitos uniformes para preparar las manuscritos enviados a revisar biomédicas. *Gac Méd Caracas* 1991;99:340-348.
2. Information for authors. *N Eng J Med* 1991;325:1392.
3. Instructions for authors. *JAMA* 1992;268:41-47.
4. Normas de publicación en *Rev Obst Gin Venezuela*. 1992.
5. Agüero O. Cartas el Editor. *PCM* 1990;4:3.
6. Segarra V, Guevara F, La Manna R, Rodríguez E, Gil E, Brandy J. Diagnóstico prenatal de sirenomelia. Ultrasonido en *Med* 1992;8:35-38.