

---

**CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

---

# Placenta succenturiata, una presentación inusual. Se reporta un caso y se revisa la literatura nacional e internacional

José Lattus O<sup>1</sup>, Trinidad Pinochet de la J<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Graciela Olivares V<sup>3</sup>.

## RESUMEN

*Presentamos el caso de un embarazo de tercer trimestre cuyo diagnóstico prenatal fue de placenta previa oclusiva total, la resolución se realizó por operación cesárea la que dejó claramente establecido que se trataba de una placenta succenturiata, cuyo cotiledón aberrante estaba inserto en la zona segmentaria uterina baja. Se revisa la literatura y se plantea la disyuntiva que debe dilucidarse con un buen examen ultrasonográfico para su resolución por la vía más expedita.*

**Palabras clave:** Placenta succenturiata, cotiledón aberrante, diagnóstico y resolución.

## SUMMARY

*We present the case of a third-trimester pregnancy whose prenatal diagnosis was total occlusive placenta, the resolution was made by cesarean section which clearly established that it was an Succenturiate placenta, whose aberrant cotyledon was inserted in the uterine segmental area low Literature is reviewed and the disjunctive that must be elucidated with a good ultra-sonographic examination for its resolution by the most expeditious route.*

**Key words:** Succenturiate placenta, aberrant cotyledon, diagnosis and resolution.

## INTRODUCCIÓN

Entre las formas anormales de la placenta, que se alejan de su forma circular comúnmente observada, pueden presentarse varias formas, entre las que se describen como cordiforme, ovalada, en raqueta, circunvalada, anularis, bilobada, multilobada, succenturiata, membra-

nácea y extracorial, que en rigor carecen de verdadera importancia clínica según autores<sup>1-3</sup>, pero en la literatura internacional, se le asocia a factores de riesgo como prematuridad, restricción del crecimiento fetal intrauterino y operación cesárea<sup>4</sup>.

Los protocolos actuales de atención del parto, incluyen la revisión acuciosa de la placenta y sus anexos al

---

<sup>1</sup> Médico Ginecólogo-Obstetra. Profesor Asociado Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

<sup>2</sup> Becada de Gineco-Obstetricia. Universidad de Chile, Facultad de Medicina.

<sup>3</sup> Interna de Medicina. Universidad de Chile.

Correspondencia a: trini\_pinochet@hotmail.com

Recibido el 18 junio, 2018. Aceptado el 29 junio, 2018.

finalizar el periodo de alumbramiento, lo que implican y aseguran la mejor calidad de atención de cada parturienta.

En esta revisión, presentamos el caso de una de las anomalías de la forma de la placenta y se da a conocer los resultados, se revisa la literatura y se dan algunas indicaciones generales para su mejor manejo en el caso de presentarse esta anomalía.

### DESARROLLO

En el caso de la placenta succenturiata, subcenturiada o succenturiada se explica esta atípica conformación placentaria por la diferente capacidad nutritiva que las vellosidades coriales hallaron a nivel de las distintas zonas de la pared uterina en la se implantaron. Esta posibilidad se explica bastante bien cuando uno de los lóbulos puede haberse nutrido en la cara anterior y el otro en la cara posterior, la zona intermedia puede quedar ubicada en cualquier zona de la cavidad uterina, pero aquella que queda en relación al cuello uterino, por ejemplo, sufre las consecuencias de la escasa nutrición hasta atrofiarse y quedar reducida a las membranas y algunos vasos que la recorren, esto además explica el mecanismo para las formas bilobulada y multilobulada<sup>1</sup>. En su forma anatómica al examen ocular, consta de un lóbulo o masa placentaria principal donde habitualmente se inserta el cordón, y de uno o varios lóbulos accesorios de diverso tamaño o placenta accesoria o cotiledón exento.

Ahora bien, cuando los cotiledones se alejan de la masa principal de la placenta, hallándose a distancias variables desde los 2 cm, en plena área membranosa, se les llama cotiledones aberrantes o accesorios y a la placenta, que así se configura, se la designa con el nombre de placenta succenturiata<sup>1</sup>. Como se puede apreciar en la Figura 1.

El cotiledón accesorio se nutre suficientemente por vasos que parten del borde placentario, recorren las membranas y llegan a éste; esta particularidad de la placenta es de suma utilidad para reconocer la existencia de esta anomalía, siempre que el examinador sospeche que un cotiledón quedó retenido y adherido en la cavidad uterina.

Se describe en la literatura que este lóbulo placentario accesorio o adicional, además de que pueda quedar retenido tras el parto inadvertidamente en la cavidad uterina, puede provocar sintomatología de una placenta previa si está inserto en el segmento uterino y en la cara anterior baja del útero. Lo anterior, generalmente por un examen ultrasonográfico poco prolijo, el diagnóstico lo hará el especialista que busque la masa placentaria y sus alteraciones, en este caso con transductor transvaginal que observará el adelgazamiento e interrupción de la masa placentaria y la distancia exacta del cotiledón aberrante. Si esta anomalía se ubica como en el caso que presentamos, masa placentaria mayormente de inserción posterior que rebasa hacia anterior traspasando el orificio cervical interno (OCI) y se inserta además en segmento uterino, se debe tener la seguridad de que entre ambas imágenes no hay masa placentaria y se trata de una placenta succenturiata. Ante la duda una resonancia nuclear magnética dilucidará el diagnóstico preciso. Lo que además asegurará que los vasos que se dirigen hacia el cotiledón aberrante desde la placenta principal, no están expuestos y actúen como vasa previa, lo que no permite un parto vaginal<sup>1-3</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años, primigesta, sin antecedentes morbidos. Cursa embarazo de 35 semanas, con diagnóstico de placenta previa oclusiva total, controlado de forma



Figura 1. Placenta succenturiata con su cotiledón o lóbulo aberrante.

particular en extrasistema, desde donde se deriva al servicio de urgencias el día 19 de mayo de 2018 por cifras tensionales elevadas asociadas a índice proteinuria/creatininuria elevado. Ingresa en buenas condiciones generales, normotensa, asintomática, sin genitorragia, decidiéndose hospitalización en Unidad de Alto Riesgo Obstétrico para estudio. Durante su hospitalización se reciben resultados de exámenes de laboratorio, entre los que destaca proteinuria de 24 horas de 405 mg, por lo que se realiza el diagnóstico de preeclampsia moderada. Se realiza ecografía del servicio el día 23 de mayo, en la que se observa feto único activo en presentación cefálica, con peso estimado de 2.375 gr, líquido amniótico en cantidad normal, placenta inserta en cara posterior que ocluye el orificio cervical interno (OCI) con *overlap* de 38 mm; destaca además imagen econegativa irregular de 29x10 mm que desplaza el borde inferior placentario, sugerente de desprendimiento parcial de placenta, y en pared posterior gran cantidad de lagunas y vasos sanguíneos sugerentes de acretismo placentario. Posteriormente, se realiza nueva ecografía en unidad Centro de Referencia de Medicina Perinatal (CERPO) el día 25 de mayo de 2018 en que destaca la visualización de lagunas placentarias sobre OCI, sin pérdida de espacio econegativo entre placenta y útero, y en la que no se visualizan vasos sanguíneos que infiltran órganos vecinos, informándose la ausencia de signos de acretismo placentario, sin poder descartar el diagnóstico. Se mantiene hospitalizada durante 10 días, durante los cuales evoluciona en buenas condiciones, persistentemente normotensa, asintomática, sin genitorragia, sin dinámica uterina, con registros basales no estresantes reactivos. Previa coordinación con anestesia, neonatología y banco de sangre, se decide interrupción de gestación por operación cesárea a

las 36<sup>73</sup> semanas, con preparación acorde a la sospecha diagnóstica. Se realiza cesárea programada el día 29 de mayo, obteniéndose recién nacido de sexo masculino, peso 2.845 gr, talla 48 cm, Apgar 9-9. Durante el acto quirúrgico se observa placenta inserta en cara posterior, con cotiledón aberrante inserto en cara anterior con signos de desprendimiento del mismo; se procede a alumbramiento dirigido que se realiza de forma completa sin dificultad, curetaje y escobillonaje de cavidad uterina, histerorrafia en 1 plano con Vicryl N° 0 y ligadura bilateral de arterias uterinas. Tras cierre de pared abdominal por planos, paciente en buenas condiciones generales, útero retraído, loquios normales, orina clara por sonda Foley. Evoluciona de forma favorable en puerperio, indicándose alta hospitalaria a las 48 horas.

EL ESTUDIO ANÁTOMO PATOLÓGICO  
DE PLACENTA INFORMA:  
INFORME N° 184352 - 18/06/2018.-

*Examen macroscópico:*

Placenta con membrana y cordón en conjunto de 525 gr. Disco placentario ovoide de 400 gr y 15 x 13,5 cm de diámetro con un grosor de hasta 3 cm. Cara fetal azul violácea, brillante y con vasos troncales adecuados; cara materna con cotiledones completos y un cotiledón pediculado de localización excéntrica de 52 gr y 8 x 4 x 2 cm, con un pedículo de 3 cm de longitud por hasta 0,5 cm de decímetro; al corte, tejido esponjoso rojizo congestivo, con áreas blanquecino-amarillentas densas que comprometen menos del 2% del volumen vellositario. Segmento de cordón umbilical de inserción paracentral

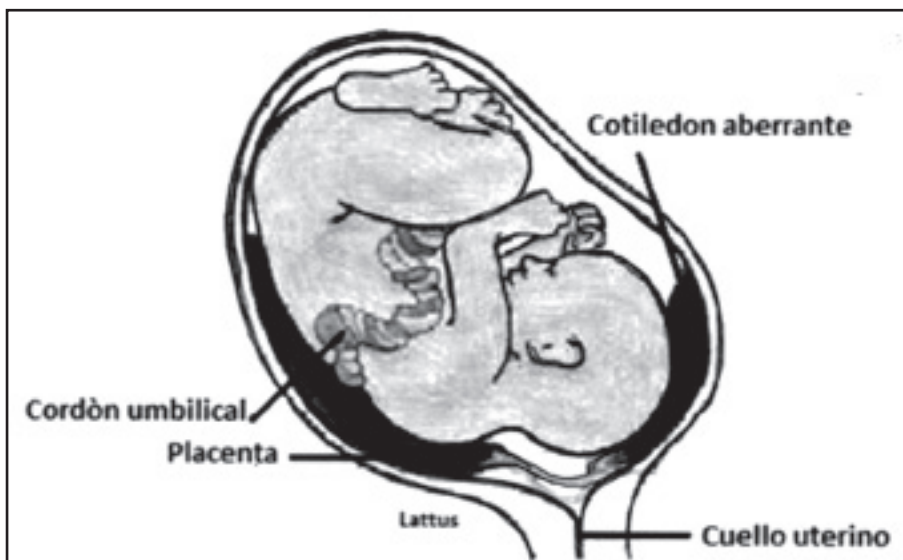


Figura 2. Esquema de la presentación inusual, placenta subcenturiata posterior con cotiledón aberrante anterior.

de 12,5 cm de longitud por hasta 2 cm de diámetro con 3 vasos al corte. Membranas ovulares parduscas, rugosas y brillantes. (6t+/6HE/MGO/mh).

#### DIAGNÓSTICO ANÁTOMO PATOLÓGICO

##### *Estudio placentario*

- Placenta entre los percentiles 25 y 50 para 36 semanas de gestación, vellosidades coriales del tercer trimestre con focos de dismadurez con aumento focal de nudos sinciales y áreas de infarto vellositario (signos de hipoxia crónica), y microcalcificaciones distróficas. Cotiledón aberrante de similar histología, que se comunica por un paquete vascular con 2 vasos sanguíneos.
- Cordón umbilical de inserción paracentral con 3 vasos al corte.
- Membranas ovulares sin hallazgos significativos.

#### DISCUSIÓN

Las anomalías morfológicas de la placenta constituyen un hallazgo obstétrico poco común, y entre ellas, la placenta subcenturiata se constituye como una entidad rara, reportándose en la literatura una incidencia variable estimada de 3 a 5 por cada 100 embarazos<sup>4</sup>. Entre los factores de riesgo asociados a esta condición, la literatura describe la edad materna avanzada, fertilización asistida, proteinuria significativa en el primer trimestre de embarazo, pre eclampsia, malformaciones fetales mayores y cesárea anterior<sup>4-7</sup>.

La mayor parte de estas placentas succenturiatas se diagnostican después del parto, al revisar acuciosamente la masa y disco placentario, sus membranas y el cordón umbilical, sin embargo, en el control prenatal existe la posibilidad de realizar el diagnóstico mediante el estudio ultrasonográfico en el II trimestre de gestación, al observarse un lóbulo de estructura hiperecoica separado de la masa placentaria principal. En este caso, es de suma importancia establecer la localización de los vasos sanguíneos que conectan la masa placentaria principal con el cotiledón aberrante, así como la búsqueda dirigida de conexiones vasculares en relación con el orificio cervical interno que constituyan la vasa previa, condición asociada en el 50% de los casos, y que contraindica un parto vaginal. Con este fin, es de utilidad el uso de Doppler color vía transvaginal<sup>8</sup>.

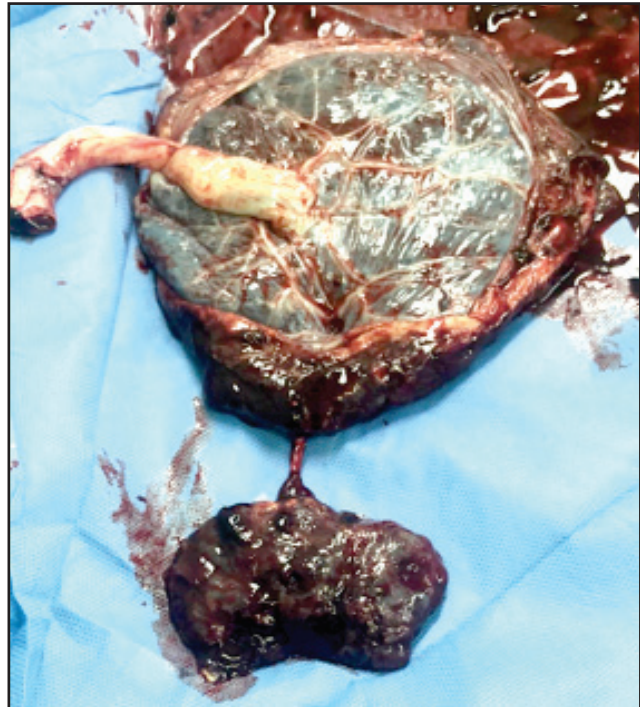


Figura 3. Placenta del caso clínico, subcenturiata, con el cotiledón aberrante y su nexa a la masa placentaria principal.

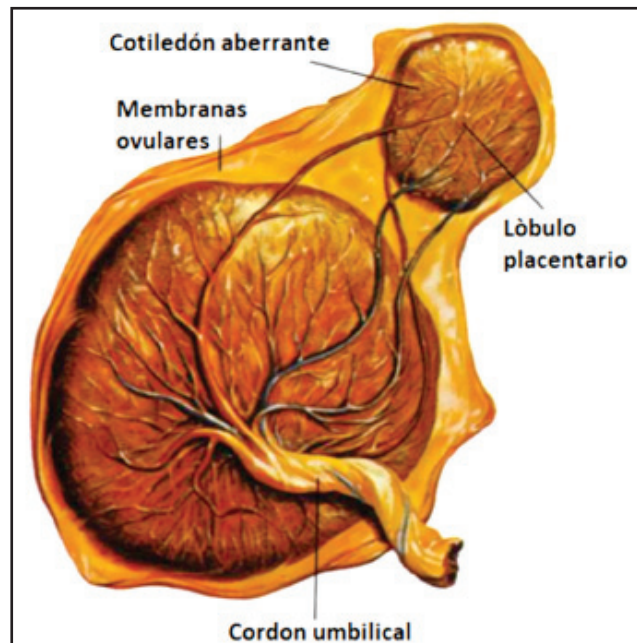


Figura 4. Placenta subcenturiata y lóbulo placentario aberrante o cotiledón aberrante.



En el caso clínico presentado, durante la hospitalización de la paciente se realizó estudio ultrasonográfico por vía transabdominal y transvaginal en dos ocasiones, constituyéndose el diagnóstico de placenta previa, y destacando sin embargo, discordancia entre ambos informes en cuanto al hallazgo de lagunas y vasos sanguíneos en relación a OCI, que fueron interpretados en uno de los estudios como hallazgos sugerentes de acretismo placentario. Acorde a esta sospecha diagnóstica, se decidió interrupción mediante cesárea programada a las 36<sup>+3</sup> semanas.

En cuanto a las complicaciones de este tipo de placenta, los principales riesgos se presentan durante el parto, debido a que los vasos accesorios pueden romperse durante las contracciones uterinas, comprometiendo el bienestar fetal y finalmente al óbito del mismo. La presencia de vasa previa, hemorragia posparto y retención placentaria es también un riesgo que aumenta de manera significativa ante la presencia de esta anomalía morfológica<sup>7</sup>. En este caso, la resolución del embarazo se llevó a cabo de manera satisfactoria mediante cesárea electiva, no presentándose ninguna de estas complicaciones descritas, y preservándose tanto el bienestar fetal como materno durante toda su hospitalización.

Cabe destacar, que teniendo en consideración las potenciales complicaciones de las anomalías morfológicas y de implantación placentaria, así como la dificultad del estudio ultrasonográfico para diagnosticar con precisión

la variante aquí descrita, se vuelve de vital importancia que quien asista un parto realice una inspección metódica de la placenta después de ser extraída (Figura 4).

## CONCLUSIÓN

Entre las anomalías morfológicas de la placenta, pueden presentarse múltiples variantes, siendo una de éstas la placenta succenturiata. Se presenta en esta revisión un caso clínico ejemplificador de esta condición muy poco común, en el cual el diagnóstico fue confundido en el período antenatal con otras anomalías de la inserción placentaria, específicamente con placenta previa oclusiva total, a pesar de lo cual se obtuvo un resultado exitoso con un recién nacido y madre sanos.

Los potenciales riesgos de la placenta succenturiata, así como de otras variantes, vuelven de vital importancia el estudio ultrasonográfico metódico, buscando estas alteraciones y sus asociaciones de forma dirigida, para así realizar el diagnóstico de manera oportuna, y planificar la resolución del embarazo por la vía más adecuada<sup>8</sup>. Así también, el profesional de la salud que asiste el parto debe inspeccionar acuciosamente la placenta, lo que no debe estar ausente en los protocolos de atención del parto, poniendo su atención a la ausencia de cotiledones y buscando intencionadamente otras anomalías, a fin de prevenir complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. NUBIOLA PEDRO, ZÁRATE ENRIQUE. *Tratado de obstetricia*. Tomo III. Ed. Labor S.A. Madrid. 1951.
2. LEÓN, JUAN. *Tratado de Obstetricia*. Tomo III. Ed. Científica Argentina. Rauch 1847. Buenos Aires. 1959.
3. PÉREZ, MANUEL LUIS. *Tratado de Obstetricia*. Volumen III, 1964. López Libreros Editores. Buenos Aires.
4. MA JS, MEI X, NIU YX, LI QG, JIANG XF. Risk Factors and Adverse Pregnancy Outcomes of Succenturiate Placenta: A Case-Control Study. *J Reprod Med* 2016; 61(3-4): 139-44.
5. KUMARI S, BISWAS AK, GIRI G. Succenturiate placenta: An incidental finding. *J Case Rep Images Gynecol Obstet* 2015; 1: 1-4.
6. MANOHAR R, LALITHA S, PRADEEP M. Succenturiate Placenta - An Unusual Case Presentation. *J Dent Sci* 2014; 13(9): 5-7.
7. SUSUKI S, IGARASHI M. Clinical significance of pregnancies with succenturiate lobes of placenta. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277(4): 229-301.
8. CHIHARA, H., OTSUBO, Y., OHTA, Y. ET AL. Prenatal diagnosis of succenturiate lobe by ultrasonography and color Doppler imaging. *Arch Gynecol Obstet* 2000; 263: 137.