

Pólipo placentario: tratamiento histeroscópico. Reporte de dos casos

Placental polyp hysteroscopic treatment. Report of two cases.

J Gustavo Francisco González Baltazar,¹ Miguel Ángel Valencia Torres,^{2,4}
Ronnie Darío Ramírez Uribe^{3,5}

¹ Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

² Ginecoobstetra.

³ Anatomopatólogo.

⁴ Adscrito al servicio de Ginecología.

⁵ Adscrito al servicio de Patología.

Hospital de la Mujer, Ciudad de México.

Resumen

ANTECEDENTES: El pólipo placentario es un tumor de tejido retenido dentro de la cavidad endometrial. Los de tipo hipervascular son posible causa de hemorragia aguda durante un tiempo indefinido después de un aborto o parto. Estos fragmentos retenidos de tejidos placentarios, compuestos predominantemente de vellosidades coriónicas necróticas e hialinizadas, son los que le otorgan su condición hipervascular y pueden causar hemorragia profusa, potencialmente mortal; por lo tanto, requieren intervención inmediata basada en el diagnóstico diferencial correcto.

CASOS CLÍNICOS: Caso 1: Paciente de 37 años, con abundante sangrado transvaginal, con antecedente, cuatro meses previos, de aborto del primer trimestre atendido con aspiración manual endotelina. Diagnóstico de pólipo placentario por ultrasonido, con extirpación por histeroscopia, sin complicaciones. Caso 2: paciente de 29 años, con abundante sangrado transvaginal (400 cc) que requirió hemotransfusión, con antecedente de interrupción legal del embarazo cuatro meses antes de su ingreso. Se le indicaron 600 mcg de misoprostol sublingual, con posterior expulsión del saco gestacional y persistencia del sangrado. Se procedió a la resección del pólipo mediante histeroscopia, que transcurrió sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: La sospecha diagnóstica de los pólipos placentarios se basa en los antecedentes de la paciente. El ultrasonido es un método de gran ayuda para apoyar el diagnóstico, sin dejar de lado la trascendencia del examen histopatológico de la muestra obtenida. La histeroscopia quirúrgica representa un método adecuado para su tratamiento porque permite la visualización directa del pólipo y la completa extracción del tejido durante el procedimiento.

PALABRAS CLAVE: Pólipo placentario; diagnóstico ultrasonográfico; histeroscopia quirúrgica.

Abstract

BACKGROUND: Placental polyp is a tumor of placental tissue retained within the endometrial cavity. These retained fragments of placental tissue, especially those of the hypervascular type, are a possible cause of acute hemorrhage for an indefinite period of time after abortion or childbirth. These retained fragments of placental tissue, predominantly composed of necrotic and hyalinized chorionic villi, give it its hypervascular condition and can cause profuse, potentially fatal hemorrhage, and require immediate intervention based on the correct differential diagnosis.

CLINICAL CASES: Case 1: 37-year-old female, who presented with abundant transvaginal bleeding, with a history of first trimester abortion 4 months ago resolved with manual endothelin aspiration. Diagnosis of placental polyp by ultrasound, with removal by hysteroscopy without complications. Case 2: A 29-year-old female presented with abundant vaginal bleeding, amounting to 400 cc, requiring a blood transfusion, with a

Correspondencia

J. Gustavo Francisco González Baltazar
gustavog_14@hotmail.com

Recibido: julio 2024

Aceptado: septiembre 2024

Este artículo debe citarse como:

González-Baltazar JG, Valencia-Torres MA, Ramírez-Uribe RD. Pólipo placentario: tratamiento histeroscópico. Casos Clínicos de GOM 2025; 2 (1): 11-16.

<https://doi.org/10.24245/gom.v2i1.22>
www.casosclnicosdegom.org.mx

history of legal abortion. Four months before admission, she had taken 600 mcg of sublingual misoprostol, with subsequent expulsion of the gestational sac, and had continued to bleed. An ultrasound diagnosis was made and the polyp was resected by hysteroscopy without complications.

CONCLUSION: The diagnostic suspicion of placental polyps should be based on the patient's history, with ultrasound being a very helpful tool to support the diagnosis. The definitive diagnosis is made after the histopathological examination of the sample obtained. Surgical hysteroscopy represents an adequate method for its treatment since it allows direct visualization of the polyp and allows complete removal of the tissue during the procedure.

KEYWORDS: Placental polyp; Ultrasound diagnosis; Surgical hysteroscopy.

ANTECEDENTES

El pólipo placentario es un fragmento de tejido que persiste en la cavidad uterina, posterior a un aborto, parto o cesárea. Desde el punto de vista histológico este fragmento consiste en vellosidades coriales o decidua.¹ Es un padecimiento poco frecuente, con una incidencia muy baja. Se estima 1 caso por cada 40,000 a 60,000 nacimientos.²

La retención de tejido placentario se sospecha cuando hay sangrado transvaginal, posterior a un procedimiento obstétrico. Ante su sospecha, el ultrasonido transvaginal Doppler es un estudio inicial, útil en lesiones uterinas hipervasculares.³ La histeroscopia es una opción diagnóstica y terapéutica adecuada que permite una visualización directa y una tasa baja de complicaciones.⁴

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 37 años, con antecedentes de: menarquia a los 10 años, con ciclos menstruales de 28 x 3 días, dos embarazos y dos abortos, el último hacía cuatro meses, tratado con aspiración manual endouterina, sin seguimiento posterior. Acudió a Urgencias debido a un sangrado transvaginal abundante, color rojo rutilante, acompañado de coágulos, de aproximadamente tres días de evolución.

En el examen físico de ingreso, la paciente se advirtió: consciente, con adecuada coloración e hidratación de piel y tegumentos, afebril (36.7 °C), orientada, con presión arterial de 119-76 mmHg, frecuencia cardíaca de 68 latidos por minuto (lpm) y respiratoria de 20 respiraciones por minuto (rpm). El abdomen se palpó blando, depresible, no doloroso, sin tumoraciones palpables. Los genitales externos se encontraron sin alteraciones, la vagina elástica, eutérmica, sin tumoraciones anexiales ni dolor al movimiento cervical. A la especuloscopia, el orificio cervical externo se encontró cerrado, con salida de sangrado abundante.

Los estudios de laboratorio reportaron: hemoglobina de 11.1 g/dL, hematocrito de 32.4%, leucocitos 5,400 células/mL, neutrófilos 53.5% y linfocitos 33.7%. La determinación de la gonadotropina coriónica humana fue de 17.03 mU/mL. La ecografía transvaginal mostró al útero de 62 x 37 x 40 mm, la cavidad endometrial heterogénea, con un grosor máximo de 20 mm, una lesión focal de morfología redondeada en la pared posterior, con invasión al tejido miometrial adyacente de 16 mm de diámetro, hiperecogénica. Al Doppler color se advirtió flujo vascular aumentado.

Previo consentimiento informado se le aplicó un bloqueo peridural. En posición de litotomía se procedió a la histeroscopia diagnóstica, con técnica de Bettocchi. Como medio de distensión se utilizó solución fisiológica, a una presión de 40 mmHg, aspiración 0.1 Bar, flujo continuo de 100 mL por minuto. Se identificó un nódulo, de aspecto trofoblástico, de 3 x 2 cm, con un pedículo vascular en la cara posterior. El pólipo placentario (**Figura 1**) se corroboró con un resector bipolar Storz de 24 French, previa dilatación cervical con un dispositivo Hegar 7. La resección transcurrió sin complicaciones (**Figura 2**), con balance neutro y sangrado de 50 mL. La extracción fue total, sin sangrado activo. **Figura 3** Luego de la intervención, la paciente evolucionó satisfactoriamente por lo que se dio de alta del hospital a las 24 horas posteriores, sin complicaciones.

El análisis microscópico de los fragmentos de la lesión reveló tejidos placentarios maduros, con áreas necróticas y vellosidades coriónicas. **Figura 4**

Caso 2

Paciente de 29 años, con antecedente de: menarquia a los 14 años, con ciclos menstruales de 30 x 5 días; dos embarazos, un parto y un aborto; la gestación previa fue interrumpida, legalmente, tres meses previos, con tres tabletas de misoprostol sublingual, dosis única. Acudió a Urgencias debido a un sangrado transvaginal moderado, de color rojo

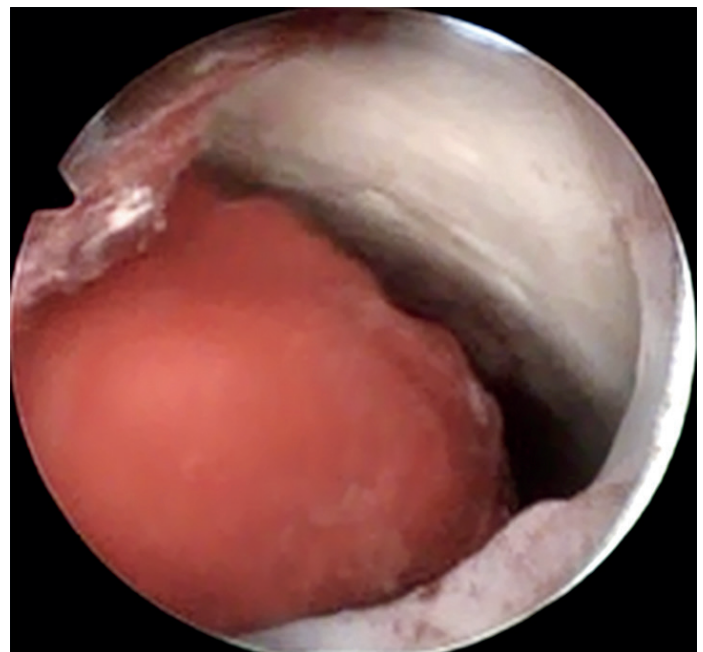


Figura 1. Pólipo placentario.



Figura 2. Resectoscopia.

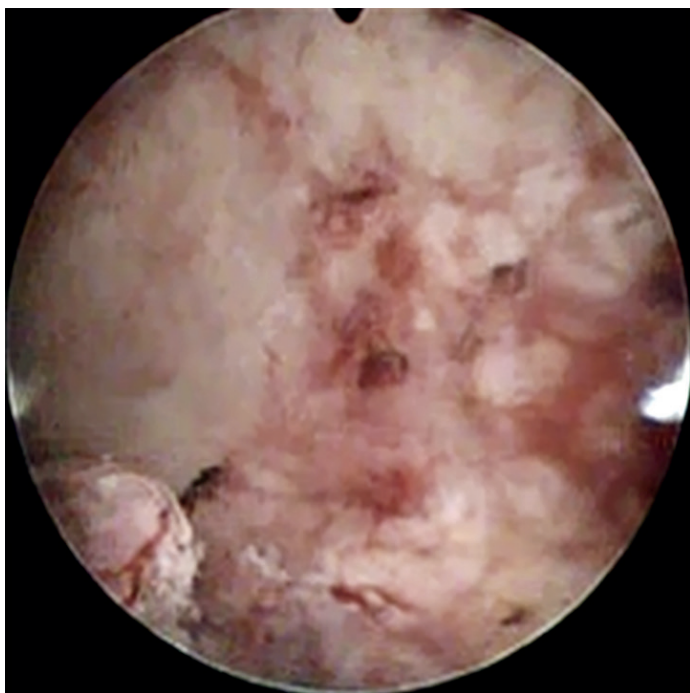


Figura 3. Lecho quirúrgico.

rutilante, sin coágulos, de aproximadamente tres días de evolución. Luego del aborto persistió con sangrado intermitente hasta tres días previos a su valoración, con aumento en la cantidad de sangrado. A su ingreso al hospital se la encontró con anemia grado III de la OMS (7.1 g/dL), por ello se le transfundieron dos concentrados eritrocitarios.

En el examen físico de ingreso la paciente se encontró: consciente, con palidez de tegumentos y adecuada hidratación de mucosas, con temperatura de 37.3 °C, orientada, con presión arterial de 110-80 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 lpm y respiratoria de 20 rpm. El abdomen se palpó blando, depresible, no doloroso, sin tumoraciones palpables. Los genitales externos sin alteraciones, la vagina elástica, eutérmica, sin tumoraciones anexiales ni dolor al movimien-

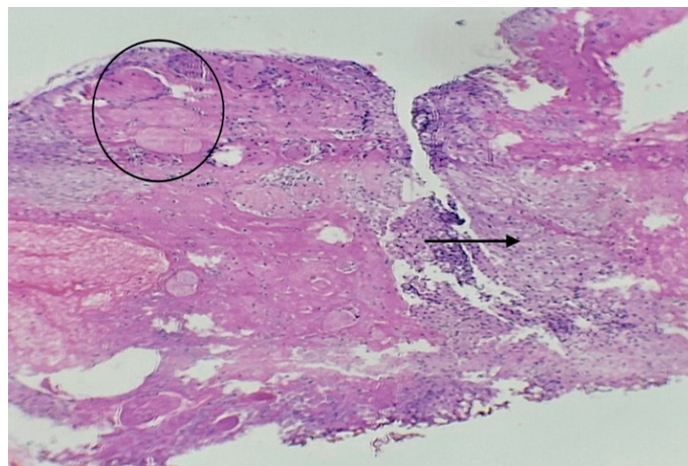


Figura 4. Corte histológico que muestra células poligonales correspondientes a decidua y vellosidades coriales con necrosis isquémica.

to cervical, cuello uterino posterior cerrado, con sangrado transvaginal abundante.

Los análisis de laboratorio al ingreso reportaron: hemoglobina de 7.1 g/dL, hematocrito de 22.1%, leucocitos 5,100 células/mL, neutrófilos 64.2% y linfocitos 24.2%. Posterior a la transfusión de dos concentrados eritrocitarios y el procedimiento histeroscópico, la hemoglobina ascendió a 9.8 g/dL, y el hematocrito a 30.1%. La ecografía transvaginal mostró al útero de 74 x 47 x 51 mm, al miometrio sin alteraciones, el endometrio de 12 mm, con patrón ecográfico alterado, múltiples imágenes hipocogénicas, algunas de morfología tubular, a la exploración Doppler con flujo vascular aumentado.

Previo consentimiento informado, con bloqueo peridural, en posición de litotomía, se procedió a la histeroscopia diagnóstica, con técnica de Bettocchi, utilizando como medio de distensión solución fisiológica a una presión de 40 mmHg, aspiración 0.1 Bar, flujo continuo 100 mL por minuto. Se identificó un nódulo de aspecto trofoblástico de base, de 1 cm, con pedículo vascular en el fondo, que corroboró el pólipo placentario (**Figura 5**), con resector bipolar Storz de 24 French, previa dilatación cervical Hegar 7. La resección transcurrió sin complicaciones (**Figura 6**), con balance neutro, en un tiempo breve, con sangrado de 10 mL. La extracción total se corroboró, sin sangrado activo (**Figura 7**). La evolución fue satisfactoria y a las 24 horas del posoperatorio se dio de alta del hospital, sin complicaciones. El reporte de Patología fue: vellosidades coriales maduras y algunas hialinizadas. **Figura 8**

DISCUSIÓN

Los pólipos placentarios son una afección poco común, con una incidencia menor a 0.25% de todos los embarazos, de los que solo el 6% son hipervasculares y se asocian con hemorragias agudas.¹ Las pacientes con pólipos placentarios suelen tener el antecedente de aborto, parto o cesárea con sangrado transvaginal como síntoma más frecuente.⁵ El pólipo placentario, clínicamente más significativo, es el de tipo hipervascular,⁶ formado por una porción del tejido placentario estrechamente adherida a la capa muscular uterina en donde forma un pólipo placentario, secundario a la degeneración de tejido con depósitos de fibrina y cambios inflamatorios.³

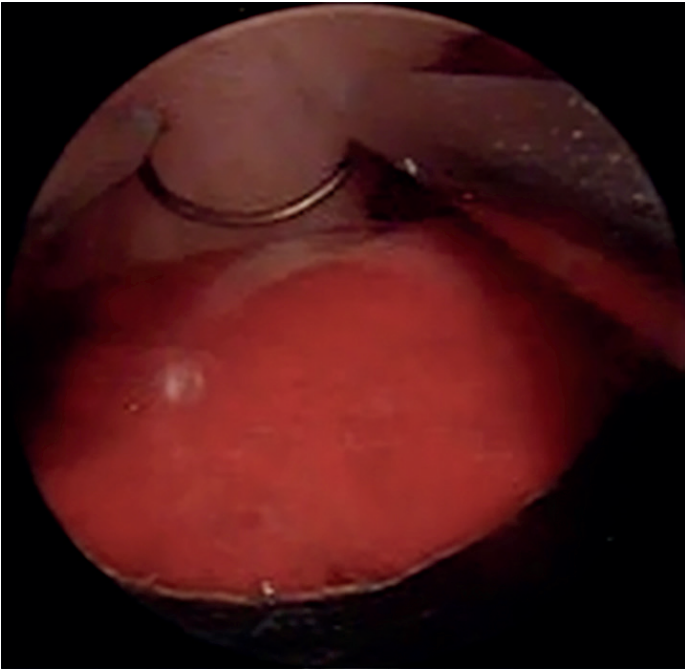


Figura 5. Pólipo placentario.

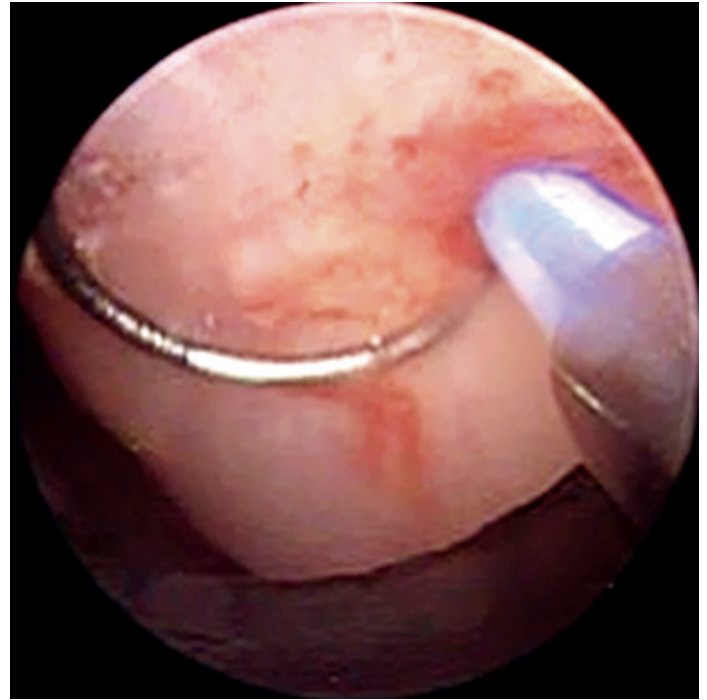


Figura 7. Lecho quirúrgico.

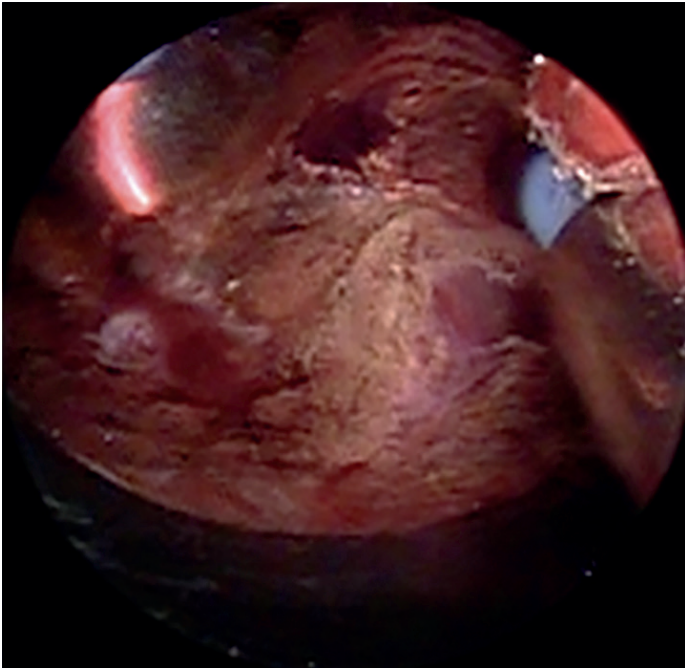


Figura 6. Resectoscopia.

Los pólipos placentarios se clasifican en dos tipos, dependiendo del tiempo de aparición: agudos y crónicos. Los que aparecen a las cuatro semanas posteriores a la finalización de un suceso obstétrico se consideran agudos y son el tipo más común. Cualquier pólipo placentario que ocurra posterior a ese tiempo se considera crónico, como los dos casos aquí reportados (Caso 1: aborto 4 meses antes y Caso 2: aborto inducido 3 meses previos).²

El sangrado uterino anormal, debido a un pólipo placentario, se atribuye a la persistencia de vellosidades coriales o cotiledones. La preservación de las vellosidades de las células sincitiotrofoblásticas y la fosfatasa placentaria, mantienen las propiedades anticoagulantes de las vellosidades. Las propiedades tromboplastinas de las vellosidades preser-

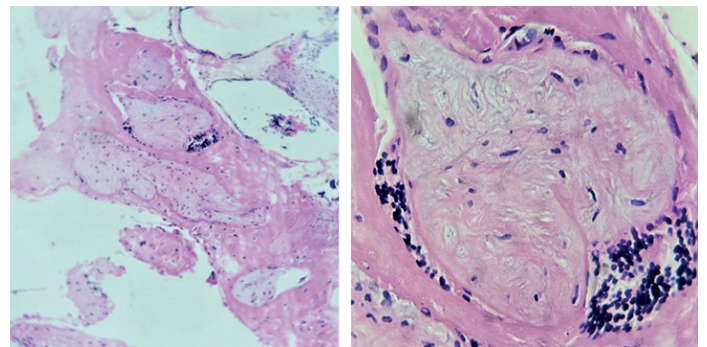


Figura 8. Corte histológico que evidencia vellosidades coriales maduras, algunas de ellas hialinizadas.

vadas juegan un papel importante en la patogénesis del sangrado uterino, cuando prevalecen vellosidades necróticas con restos epiteliales, como el reporte de anatomía patológica de los dos casos aquí informados.⁶

De acuerdo con lo mencionado por Rafaelano A y colaboradores hay dos teorías que explican la patogénesis del pólipo placentario. Refieren que Eastman y Hellman propusieron que la existencia de pólipos placentarios quizá sea secundaria a cierto grado de acretismo placentario. Por su parte, Reanney atribuye la formación de pólipos placentarios a diferencias en el grosor y el tono del miometrio subyacente a la lesión.⁷

Los pólipos placentarios se definen, desde el punto de vista patológico, posterior al examen de los especímenes resecados. Contienen, sobre todo, vellosidades hialinizadas y necróticas, con tejido trofoblástico.

Algunas de las vellosidades coriales muestran tejido sincitiotrofoblástico, que puede contribuir a estimular la neovascularización del miometrio. La hialinización parcial de la vascularización alrededor de las vellosidades es una de las causas de la hemorragia.⁸

En el ultrasonido se observa un tumor endometrial que puede ser polipode, sólido, quístico o heterogéneo, con múltiples áreas anecoicas dispersas y de tamaño variable.

La ecografía Doppler es útil para detectar lesiones hipervasculares y examinar el sitio de implantación, suministro de sangre y planificar la extracción. La resonancia magnética puede identificar el grado de afectación miometrial, mientras que la angiografía por tomografía computada permite evaluar la neovascularización, en especial en pacientes en quienes se considera el tratamiento conservador, porque permite el cateterismo selectivo del vaso que irriga la tumoración.⁹

El principal diagnóstico diferencial de los pólipos placentarios son las malformaciones arteriovenosas uterinas, que se definen como una lesión vascular, poco común, caracterizada por comunicaciones arteriovenosas anormales, entre ramas de la arteria uterina y el plexo venoso del miometrio.¹⁰ Se clasifican en congénitas y adquiridas, estas últimas resultantes de un traumatismo uterino asociado con un evento obstétrico.¹¹ El ultrasonido y la angiografía pueden, casi siempre, distinguir entre ambas afecciones, visualizándose el daño del miometrio en las malformaciones arteriovenosas.¹²

Se dispone de distintas opciones terapéuticas para tratar a las pacientes con pólipos placentarios donde se incluyen: la actitud expectante, el tratamiento médico y la intervención quirúrgica. El tratamiento farmacológico incluye a los antagonistas de GnRH¹³ y el quirúrgico al legrado uterino, con legas fenestradas o por aspiración, que es la opción a la que más se recurre. Otras opciones incluyen la evacuación ecoguiada del tejido retenido, la evacuación con control histeroscópico y la evacuación de restos con resectoscopia con visión directa.¹⁴ En las pacientes con persistencia de los síntomas pueden intentarse otros procedimientos, como la embolización selectiva y la histerectomía.¹⁵

El tejido retenido, generalmente, tiene una localización focal,¹⁴ casi siempre adherido a pequeñas áreas del endometrio. Por ello, el tratamiento tradicional con dilatación y curetaje, sin visión directa, puede ocasionar una evacuación incompleta del tejido y persistir con síntomas y sangrado. La aplicación de la histeroscopia en estas áreas permite la identificación y remoción, sin dañar el endometrio.⁵ Además de ser un método seguro y efectivo para minimizar el sangrado, permite preservar la fertilidad en pacientes con deseo de un futuro embarazo, como aconteció en el caso de las dos pacientes.¹⁶ Las tasas de embarazo son significativamente mayores posterior al procedimiento histeroscópico, comparadas con el legrado.¹⁷

En un estudio de Jiménez y su grupo (2009), con 84 pacientes con tejido trofoblástico retenido, la histeroscopia diagnóstica y terapéutica resultó una opción adecuada posterior a un aborto, parto o cesárea. Esta técnica permite la extracción completa, con visualización directa del tejido y una tasa baja de complicaciones y éxito del 94.8%.⁴

CONCLUSIONES

La sospecha diagnóstica de los pólipos placentarios debe fundamentarse en los antecedentes de la paciente. El ultrasonido es una herramienta de gran ayuda para apoyar el diagnóstico; el definitivo se establece posterior al examen histopatológico de la muestra obtenida. La histeroscopia quirúrgica representa un método adecuado para su tratamiento porque permite una visualización directa del pólipo y una extracción completa del tejido durante el procedimiento.

REFERENCIAS

1. Tomoko I, Haruhiko K, Aki O, et al. Differential diagnosis and management of placental polyp and uterine arteriovenous malformation: Case reports and review of the literature. *Women's Health* 2016; 12 (6): 538-43. <https://doi.org/10.1177/1745505717692590>
2. Alhussami R, Noorwali F, Ibrahim G. A rare medical dilemma: presentation and management of placental polyp. *Cureus* 2020 12 (12): e12259. <https://doi.org/10.7759/cureus.12259>
3. Mori M, Iwase A, Osuka S. Choosing the optimal therapeutic strategy for placental polyps using power Doppler color scoring: Transarterial embolization followed by hysteroscopic resection or expectant management? *TJOG* 2016; 55: 534-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2014.12.016>
4. Jiménez J, Gonzalez C, Alvarez C, et al. Conservative management of retained trophoblastic tissue and placental polyp with diagnostic ambulatory hysteroscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 145: 89-92. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.001>
5. Chithra Sch, Manchanda R, Lekhi A, Jain N. Placental polyp: a rarity- treated hysteroscopically. *Eur J Biomed Pharm Scienc* 2016; 3: 597-600. https://www.researchgate.net/profile/Rahul-Manchanda/publication/323966354_PLACENTAL_POLYP_A_RARITY-TREATED_HYSTEROSCOPICALLY/links/5ab50fc00f7e9b68ef4be788/PLACENTAL-POLYP-A-RARITY-TREATED-HYSTEROSCOPICALLY.pdf
6. Behnamfar F, Mohammadi Zadeh F, Hashemi L. A case of placental polyp after normal vaginal delivery. *J Res Med Sci* 2014;19: 680-2.
7. Rafaelano A, Salazar F, Morales I, et al. Hemorragia postparto tardía, secundaria a pólipo placentario. Reporte de un caso. *Rev Sanid Milit Mex* 2019; 73: 5-6. <https://doi.org/10.35366/93334>
8. Shiina Y. Overview of neo-vascular lesions after delivery or miscarriage. *J Clin Med* 2021; 10: 1084. <https://doi.org/10.3390/jcm10051084>
9. Torres-Cepeda D, Rondón-Tapia M, Reyna-Villasmil E. Pólipo placentario hipervasculoso posparto. *Rev Peru Gineol Obstet* 2022; 68 (2). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2419>
10. Salmeri N, Papale M, Montesor C, et al. Uterine arteriovenous malformation (UAVM) as a rare cause of postpartum hemorrhage (PPH): a literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2022; 306: 1873-84. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06498-0>
11. Ishihara T, Kanasaki H, Oride A, et al. Differential diagnosis and management of placental polyp and uterine arteriovenous malformation: Case reports and review of the literature. *Women's Health* 2016; 12 (6): 538-43. <https://doi.org/10.1177/1745505717692590>
12. Spielvogel R. A hypervascular placental polyp after complete abortion: a case report. *BMC Women's Health* 2023; 23: 534. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02672-x>
13. Goda M, Suzuki T, Adachi H. Placental polyp with arteriovenous malformation treated with a gonadotropin-releasing hormone antagonist. *BMJ* 2021; 14.e244664. <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-244664>

14. Alonso L, Rodrigo M, Larracochea J, et al. Histeroscopia en el tratamiento de los pólipos placentarios. *Prog Obstet Ginecol* 2013; 56 (3): 164-68. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2012.07.018>
15. Sánchez-Usabiaga RA, González-Becerra JE, Romero-Tovar S, et al. Fístula arteriovenosa uterina-pólipo placentario: tratamiento histeroscópico. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2017; 85 (1): 27-31. 0300-9041-gom-85-01-00027.pdf (scielo.org.mx)
16. Takeuchi K, Sugimoto M, Kitao K, et al. Pregnancy outcome of uterine arterial embolization followed by selective hysteroscopic removal of a placental polyp. *Acta Obstet Gynecol* 2007; 86: 22-25. <https://doi.org/10.1080/00016340600855763>
17. Nishioka M, Maezawa T, Takeuchi H, et al. Pregnancy rates after hysteroscopic endometrial polypectomy versus endometrial curettage polypectomy: a retrospective study. *Medicina* 2023; 59: 1868. <https://doi.org/10.3390/medicina59101868>