



PÓLIPO PLACENTARIO: CAUSA FRECUENTE DE HEMORRAGIA TRAS UN ABORTO.

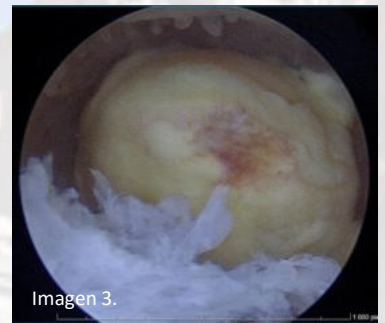
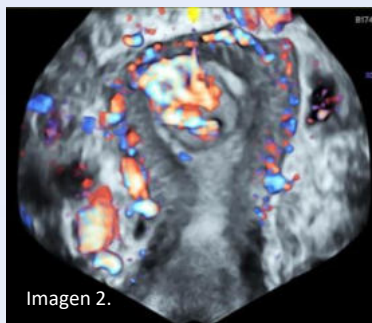
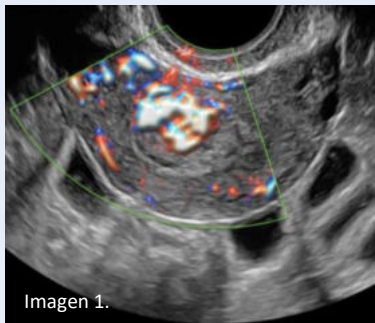
Juan Pérez, A.; Ferreira Gutiérrez, E.; Gómez Meseguer, C.; López Martínez, P.; Mokachir Mohsenin, Z.; Sánchez Bernal, P.; Araico Rodríguez, F.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones se utiliza indistintamente y de forma errónea los términos: restos ovulares, pólipo placentario y malformación arteriovenosa. Es por ello que el diagnóstico y manejo del pólipo placentario es un tema controvertido y de interés creciente en la actualidad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años que acude a consulta de Patología del 1º Trimestre por gestación diferida acorde a 9SG. Se lleva a cabo tratamiento médico del aborto con misoprostol 600µg/24h vía vaginal 2 días. Durante el seguimiento, la paciente permanece asintomática; no obstante, se objetiva una imagen ecográfica compatible con pólipo placentario por lo que se pauta norgestimato 0,250 mg/etinilestradiol 0,035 mg vía oral durante 4 semanas, según indica nuestro protocolo. Ante la persistencia de dicho hallazgo en controles posteriores a pesar del tratamiento médico, se solicita una ecografía en la Unidad de Ecografía Ginecológica donde se visualiza una formación intracavitaria isoecogénica de 20x19 mm con vascularización miometrial y que depende de cara anterolateral derecha uterina compatible con pólipo placentario tipo 3 de Gutenberg (*Imagen 1 y 2*). Posteriormente, se deriva a la Unidad de Histeroscopia donde se reseca sin incidencias (*Imagen 3*).



DISCUSIÓN

El concepto de pólipo placentario se define como “masa polipoidea reestructurada compuesta de vellosidades coriónicas fibróticas y degeneradas que permanecen dentro de la cavidad endometrial tras un aborto, parto o cesárea y que sufren un proceso de neovascularización”. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía Doppler color transvaginal; con la que valoramos, entre otros, el grado de vascularización del pólipo (clasificación de Gutenberg). Dicha clasificación, junto con la clínica de la paciente, nos permitirá orientar el tratamiento inicial y la mejor actitud terapéutica (actitud expectante, resección histeroscópica...).

CONCLUSIONES

- Es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial con patologías que puedan comportarse de forma similar, ya que de él dependerá el tratamiento posterior.
- Dado que el pólipo placentario es un motivo de consulta frecuente en nuestro hospital, se ha creado un protocolo de actuación multidisciplinar que cuenta con la colaboración de la CEX Patología 1º Trimestre, CEX Patología Puerperal, Unidad de Ecografía Ginecológica y Unidad de Histeroscopia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mori M, Iwase A, Osuka S, Kondo M, Nakamura T, Nakahara T et al. Choosing the optimal therapeutic strategy for placental polyps using power Doppler color scoring: Transarterial embolization followed by hysteroscopic resection or expectant management? Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 55;(2016):534-538
2. Shimada T, Wakimoto Y, Kamihigashi M, et al. (September 25, 2023) Management of Hypervascular Retained Products of Conception With Massive Bleeding. Cureus 15(9): e45952.
3. Goda M, Suzuki T, Adachi H. Placental polyp with arteriovenous malformation treated with a gonadotropin-releasing hormone antagonist. BMJ Case Rep. 2021 Sep 8;14(9):e244664.
4. Spielvogel R. A hypervascular placental polyp after complete abortion: a case report. BMC Womens Health. 2023 Oct 10;23(1):534.
5. Di Serio M, Capozzi VA, Berretta R, Marcato C, Dall'Asta A, Frusca T. Conservative treatment for hypervascularised placental polyp with secondary haemoperitoneum: a case report. Acta Biomed. 2021 Apr 30;92(S1):e2021157.

