

# CASO CLÍNICO

## CORIOANGIOMA PLACENTARIO GIGANTE. REPORTE DE CASO

Marta Rondón-Tapia<sup>1,a</sup>, Eduardo Reyna-Villasmil<sup>1,b</sup>, Duly Torres-Cepeda<sup>1,b</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso", Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

<sup>a</sup> Médica cirujana, Residente del Post-grado de Ginecología y Obstetricia

<sup>b</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia

Reconocimiento de autoría: Todos los autores declaran que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: Los autores certifican que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Artículo recibido el 15 de julio de 2016 y aceptado para publicación el 18 de agosto de 2016.

Correspondencia a:  
Dr. Eduardo Reyna-Villasmil.  
Hospital Central "Dr. Urquinaona".  
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado  
Zulia, Venezuela  
Teléfono: 584162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

### RESUMEN

Los corioangiomas placentarios son tumores vasculares benignos y los tumores placentarios más comunes, con una prevalencia de 1%. Raras veces sobrepasan los 4 a 5 centímetros y, cuando esto ocurre, es descrito como corioangioma gigante. Los embarazos con corioangiomas gigantes están asociados con complicaciones maternas y fetales, tales como anemia hemolítica microangiopática severa, parto pretérmino, polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino del feto, trombocitopenia e hidropesía. Se presenta un caso de un corioangioma gigante diagnosticado a las 22 semanas. A pesar del seguimiento estricto, el parto se produjo a las 30 semanas debido a polihidramnios y rotura prematura de membranas. Tanto la madre como el recién nacido se recuperaron sin complicaciones.

**Palabras clave:** Corioangioma Placentario; Tumores vasculares; Complicaciones.

### GIANT PLACENTAL CHORIOANGIOMA, CASE REPORT

#### ABSTRACT

Placental chorioangiomas are benign vascular tumors and are the most common placental tumors, with a prevalence of 1%. It rarely surpasses 4 - 5 centimeters in length and, when it happens, is referred to as giant chorioangioma. Pregnancies with giant chorioangiomas are associated with maternal and fetal complications, such as severe microangiopathic haemolytic anemia, preterm labor, polyhydramnios, intrauterine growth restriction, thrombocytopenia and hydrops. A case of giant chorioangioma diagnosed at 22 weeks is presented. Despite close follow-up, delivery occurred at 30 weeks of pregnancy due to polyhydramnios and premature rupture of membranes. Both mother and newborn recovered without complications.

**Keywords:** Placental Chorioangioma; Vascular tumors; Complications.



## INTRODUCCIÓN

El corioangioma es un tumor placentario benigno que histológicamente corresponde a hamartoma derivados del mesénquima coriónico primitivo o hemangioma placentario que proviene de la lámina coriónica<sup>(1)</sup>. En su mayoría son únicos, pequeños y encapsulados. La presentación típica tiene vasos sanguíneos fetales rodeados por escaso tejido conectivo de soporte. La localización más común se encuentra en la cara fetal del disco placentario y en ocasiones protruye en la cavidad corioamniótica<sup>(2)</sup>.

El corioangioma placentario de pequeño tamaño es difícil de detectar durante la evaluación macroscópica, a menos que la placenta sea cuidadosamente inspeccionada. Aquellos grandes o gigantes (arbitrariamente clasificados por medir más de 4 a 5 centímetros) tienen una prevalencia estimada que varía de 1 en 9 000 a 1 en 50 000 embarazos; pueden ser detectados durante el segundo trimestre del embarazo y han sido asociados a numerosas complicaciones fetales que incluyen anemia, polihidramnios, circulación hiperdinámica, cardiomegalia e hidropesía<sup>(3)</sup>.

Se presenta el caso de un corioangioma placentario de rápido crecimiento que culminó con el desarrollo de polihidramnios, causando un parto pretérmino.

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 20 años, primigesta, sin ningún tipo de complicaciones, hasta que durante la evaluación ecográfica a las 22 semanas, se observó la placenta implantada en la cara anterior del útero con la presencia de una tumoración placentaria bien vascularizada de aproximadamente 4,7 x 3,2 centímetros, sin pedículo vascular y con un feto con crecimiento normal. A las 28 semanas, la ecografía en escala de grises reveló una tumoración bien definida ligeramente ecogénica (9,9 x 7,1 centímetros) en el lado izquierdo de la placenta (figura 1). Las imágenes de velocimetría Doppler demostraron un patrón de flujo tipo sierra con una alta velocidad pico (60 cm/s) y baja impedancia (índice de pulsatilidad 0,68). Sin embargo, el crecimiento fetal, índice de líquido amniótico y velocimetría Doppler de las arterias umbilical y cerebral media fetal eran normales. La paciente fue hospitalizada y se le administró dos

FIGURA 1. ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA. LA FLECHA SEÑALA LA UBICACIÓN DEL CORIOANGIOMA.



dosis de betametasona para inducir la maduración pulmonar fetal.

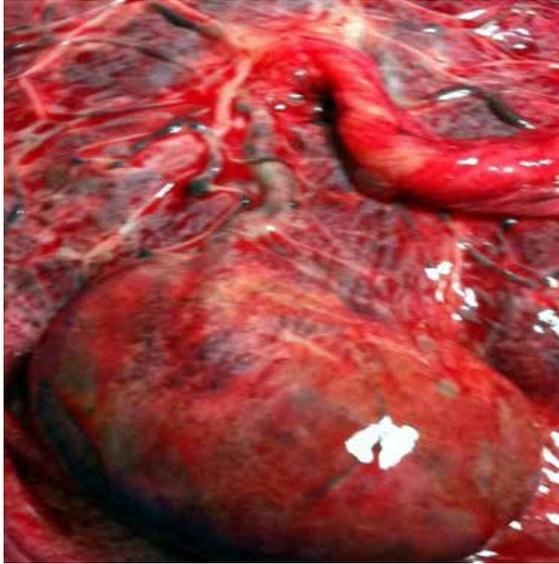
A las 30 semanas se evidenció la presencia de polihidramnios (índice de líquido amniótico 26,1) con ligero edema local. Dos días más tarde la paciente presentó rotura prematura de membranas, obteniéndose por vía vaginal un recién nacido vivo masculino de 2 100 gramos con palidez de piel y mucosa y edema subcutáneo en cabeza, cuello y tórax. El Ápgar al minuto y a los 5 minutos fue de 4 y 8 puntos, respectivamente.

La evaluación histológica de la placenta demostró una placenta hipertrófica (18 x 16 x 3 centímetros), con un peso de 1 100 gramos, cordón umbilical con tres vasos y una tumoración rojiza dura, bien circunscrita, que protruía hacia la superficie fetal sin ulcerar el amnios, y que medía 10 x 8 x 5 centímetros, conectada por varios vasos a la placenta (figura 2). El examen microscópico mostró espacio intervilloso con depósito multifocal de fibrinoide, proliferación de trofoblasto intermedio con atipia focal, cavitación y trombosis reciente, lo que confirmó el diagnóstico de corioangioma placentario

La paciente fue dada de alta al tercer día en buenas condiciones clínicas y sin complicaciones. El recién nacido permaneció 22 días en la unidad de cuidado intensivo neonatal, sin evidencia de patología cardíaca o presencia de hematomas o tumores abdominales. Permanece sano luego de 12 meses de seguimiento.



FIGURA 2. CORIOANGIOMA PLACENTARIO GIGANTE.



## DISCUSIÓN

El corioangioma placentario es el tumor placentario más común, con una prevalencia estimada de 1% en los estudios histológicos placentarios sistemáticos<sup>(4)</sup>. Fue descrito por primera vez en 1798<sup>(5)</sup>. También se le conoce como angioma, mixoma o fibroma. Se utiliza con mayor frecuencia el término 'corioangioma', debido a la coexistencia del componente vascular cubierto por epitelio coriónico. Estos tumores son benignos, independientemente del número de mitosis<sup>(6)</sup>.

Está constituido por células endoteliales que se localizan en la membrana basal. Puede sufrir cambios degenerativos: necrosis, calcificaciones, cambios mixoides, infartos, hialinización, depósitos de hemosiderina y acumulaciones de grasa<sup>(6)</sup>. Existen tres variedades histológicas de estas neoformaciones: A) celular: (inmaduro) formadas por células primitivas, presumiblemente endoteliales, arregladas de manera compacta; B) angioblástica: (vascular, maduro) compuestas por numerosos vasos sanguíneos, capilares; en algunas ocasiones pueden ser cavernosos en un estroma laxo; y, C) degenerativa: implica cambios mixoides, hialinización, necrosis o calcificaciones<sup>(7)</sup>. Dichos cambios son comunes en los grandes tumores, ya que tiene apariencia variable y transición diferente<sup>(8)</sup>.

Asokan y col.<sup>(9)</sup> fueron los primeros en reportar un corioangioma placentario diagnosticado por ecografía. La ecografía permite realizar el diagnóstico y seguimiento antes del parto. También

permite el monitoreo fetal estricto y ayuda a la toma de decisiones oportunas. Los hallazgos de la ecografía en escala de grises son una masa ecogénica compleja bien definida del resto de la placenta y el tumor sobresale en la cavidad amniótica, generalmente cerca de la inserción del cordón umbilical<sup>(10)</sup>. También puede ser útil para la detección de características ecográficas fetales de insuficiencia cardíaca o hallazgos sugestivos de anemia, como cardiomegalia, aumento de tamaño del hígado. El Doppler se puede utilizar para diferenciarlo del teratoma placentario, coágulos sanguíneos y leiomioma<sup>(5,10)</sup>. Los vasos que suministran sangre al tumor generalmente tienen el mismo flujo pulsátil que la arteria umbilical, pero puede mostrar un bajo índice de resistencia debido a las comunicaciones arteriovenosas<sup>(3)</sup>. En algunos casos, también puede ser una herramienta diagnóstica útil antes que aparezcan signos y síntomas de hidropesía fetal.

Los diagnósticos diferenciales incluyen corioangiomas, corangiomas y corioangiomas con proliferación trofoblástica. El diagnóstico diferencial de los tumores placentarios sólidos incluye hematoma, teratoma placentario, mioma degenerado, mola hidatiforme parcial y tumores metastáticos maternos en la placenta<sup>(10)</sup>.

Las complicaciones son debidas a anastomosis de los sistemas arteriovenosos dentro de la placenta, por medio del fenómeno de 'robo', en los cuales los corto-circuitos sanguíneos de vasos de alta a baja resistencia, lleva a insuficiencia cardíaca fetal. Esta condición se puede sospechar por la presencia de hidropesía, derrames serosos, edema subcutáneo, cardiomegalia e incremento de la regurgitación tricuspídea, refuerzo de la onda en la arteria cava inferior y pulsaciones de la vena umbilical, con disminución o ausencia de flujo diastólico<sup>(3)</sup>. Por otra parte, el polihidramnios está asociado con un peor pronóstico y un aumento de 6 veces del riesgo de mortalidad fetal<sup>(11)</sup>. La anemia, restricción del crecimiento intrauterino, trombocitopenia y prematuridad son reportados como complicaciones frecuentes. Esto puede ser explicado por el secuestro debido a los cortocircuitos, al igual que por la microangiopatía trombótica<sup>(4)</sup>.

Existen reportes sobre la regresión espontánea de los corioangiomas secundarios a infartos, con resolución de la hidropesía fetal asociada<sup>(12)</sup>. En la mayoría de los casos, el tamaño del tumor



se estabiliza y permanece asintomático, o crece y causa complicaciones maternas o fetales. Las complicaciones maternas incluyen sangrado, preeclampsia, hematoma retroplacentario, anemia hemolítica y coagulación intravascular diseminada<sup>(2)</sup>. El riesgo de recurrencia es raro, pero existen reportes de tales casos, sugiriendo una predisposición genética o ambiental. Por ejemplo, existe una fuerte relación entre el corioangioma placentario y los embarazos en altitudes elevadas, lo que sugiere un papel de los factores de crecimiento vascular secundarios a la hipoxia<sup>(5)</sup>.

Para mejorar el resultado perinatal se han propuesto diferentes intervenciones que van desde la observación hasta las terapias fetoscópicas invasivas. El manejo conservador se basa en el seguimiento ecográfico y la evaluación Doppler feto-placentaria. El tratamiento invasivo es controversial debido a las complicaciones relacionadas. Se ha propuesto el uso de amniodrenaje para aliviar el polihidramnios, y la transfusión sanguínea intrauterina para la anemia fetal está siendo utilizada en la actualidad para tratar los efectos del corioangioma<sup>(10)</sup>. El tratamiento de la causa subyacente, el tumor mismo, consiste en tratar de lograr la coagulación o trombosis del vaso nutricional. Las técnicas empleadas son: quimioesclerosis con inyecciones de alcohol absoluto, obliteración vascular con sutura endoscópica, terapia con láser YAG intersticial, obliteración de la luz intersticial con microespirales y electrocirugía bipolar. Todas estas opciones no están libres de riesgo y tienen una tasa de éxito variable<sup>(1,10)</sup>.

En vista de la asociación entre el corioangioma placentario y las complicaciones perinatales, se debe realizar de forma rutinaria un estricto control prenatal. Si las complicaciones se producen al final del embarazo, se debe considerar el parto, dependiendo de la madurez fetal y del apoyo neonatal disponible. Sin embargo, los embarazos con complicaciones más severas generalmente ocurren al final del segundo trimestre, momento en el cual el parto no es la opción preferida debido a la prematuridad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu Z, Hu W. Clinical analysis of 26 patients with histologically proven placental chorioangiomas. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;199:156-63. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.12.009.
2. Taori K, Patil P, Attarde V, Singh A, Rangankar V. Chorioangioma of placenta: sonographic features. *J Clin Ultrasound.* 2008;36(2):113-5.
3. Fan M, Skupski DW. Placental chorioangioma: literature review. *J Perinat Med.* 2014;42(3):273-9. doi: 10.1515/jpm-2013-0170.
4. Barros A, Freitas AC, Cabral AJ, Camacho MC, Costa E, Leitão H, Nunes JL. Giant placental chorioangioma: a rare cause of fetal hydrops. *BMJ Case Rep.* 2011;2011. pii: bcr0220113880. doi: 10.1136/bcr.02.2011.3880.
5. Lawrence GC, Rettenmaier MA, Heinemann S, Chang M, Goldstein BH. A precarious pregnancy involving a patient with a large placental chorioangioma: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;278(4):383-6. doi: 10.1007/s00404-008-0596-5.
6. Duque F, Lammana R, Navas S, Brito J, García V. Dos casos de corioangioma en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2000;60:197-203.
7. Ramírez Arreola L, Nieto Galicia LA, Gómez García E, Cerda López JA. Corioangioma gigante y sus complicaciones perinatales. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2007;75(2):104-10.
8. Dhar H. Giant placental chorioangioma with intrauterine fetal death. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2013;52(190):384-7.
9. Al Wattar BH, Hillman SC, Marton T, Foster K, Kilby MD. Placenta chorioangioma: a rare case and systematic review of literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27(10):1055-63. doi: 10.3109/14767058.2013.847424.
10. Liu H, Gu W, Li X. Natural history and pregnancy outcome in patients with placental chorioangioma. *J Clin Ultrasound.* 2014;42(2):74-80. doi: 10.1002/jcu.22101.
11. Wehrens XH, Offermans JP, Snijders M, Peeters LL. Fetal cardiovascular response to large placental chorioangiomas. *J Perinat Med.* 2004;32(2):107-12.
12. Shafqat G, Iqbal F, Rizvi F. Chorioangioma of the placenta with hydrops foetalis. *J Pak Med Assoc.* 2009;59(6):411-2.