

## REPORTE DE CASO

# CORIOANGIOMA PLACENTERO

Dra. Karla Isabel Parodi Turcios<sup>1</sup>, Dr. Benjamín Fortin Rivera<sup>2</sup>, Héctor Santiago Antunez<sup>3</sup>, Wendy Cárcamo Madrid<sup>4</sup>

### RESUMEN

El corioangioma es el tumor benigno más frecuente de la placenta con una incidencia de 1%. Usualmente son asintomáticos y muchos pasan desapercibidos. Los tumores grandes pueden causar complicaciones maternas y fetales graves por lo que es importante realizar diagnóstico prenatal temprano. El pronóstico de un embarazo con corioangioma gigante de placenta, depende fundamentalmente del tamaño y de la detección oportuna.

### INTRODUCCIÓN

El corioangioma es un tumor vascular benigno que surge de tejido corionico. Es el tumor más frecuente de la placenta con una incidencia del 1%. La mayoría de estos tumores son menores de 5 cm y no se identifican en la revisión ultrasonográfica rutinaria de la placenta. Cuando miden más de 5 cm se denominan corioangioma gigante. Este tumor generalmente no se asocia a complicaciones materno fetales a menos que el tamaño supere 5 cm de diámetro o que se encuentre cercano al sitio de inserción del cordón umbilical. Es más frecuente en primigestas, en embarazos gemelares y en fetos del sexo femenino. El diagnóstico prenatal se realiza a través del estudio ecográfico. Un diagnóstico precoz permite mejorar los resultados perinatales realizando un estricto seguimiento, así como el tratamiento indicado, cuando aparecen complicaciones. Debido a su baja incidencia se reporta a continuación un caso clínico.<sup>1</sup>

### DESCRIPCIÓN DE CASO CLINICO

Paciente de 27 años de edad, secundigesta, sin antecedentes personales patológicos, con Embarazo de 35.3SG por FUM, con control prenatal y evolución del embarazo normal hasta ese momento. Acude a Emergencia en una institución de tercer nivel en Tegucigalpa, Honduras por presentar hipomotilidad fetal de tres días de evolución. Se ingresa sin actividad uterina ni cambios cervicales a Labor y Parto para vigilancia de frecuencia cardíaca fetal y monitoreo fetal. Permanece en vigilancia y 10hrs después se traslada a sala. En sala paciente persiste con hipomotilidad fetal. Se realiza

ecografía que reporta feto único vivo, cefálico, placenta anterior derecha grado III con múltiples calcificaciones, índice de líquido amniótico normal. En la evaluación estructural se observa edema de cráneo. En tórax se observa edema de pared torácica, cardiomegalia con corazón ocupando casi la totalidad del tórax, derrame pericárdico 14.4ml, dilatación marcada de las cuatro cavidades cardíacas, corazón hipocontráctil con frecuencia cardíaca fetal 125 latidos por minuto y adelgazamiento de paredes (Figura 1). En abdomen se observa ascitis (Figura 2). No se encuentran malformaciones estructurales evidentes. Se realiza NST la cual es no reactiva y PEVA negativa. Por los hallazgos descritos la paciente es trasladada a Labor y Parto con plan de cesárea de urgencia por riesgo de muerte intrauterina. Se realiza cesárea obteniendo recién nacido vivo, único, cefálico, sexo masculino, con APGAR 4 y 7 al primer y quinto minuto respectivamente, con peso 2750g, con distensión abdominal, sin malformaciones evidentes. Se obtiene líquido amniótico abundante, no fétido, no caliente y placenta completa con múltiples vesículas en racimos (Figura 3). Recién nacido fallece a los cuatro días de vida. No se realizó autopsia ya que los padres no lo autorizaron. El informe histopatológico de la placenta en la descripción macroscópica reporta placenta de 17x8x8cm, cara fetal lisa grisácea, cara materna nodular café clara. Los cortes muestran múltiples zonas blanquecinas nodulares alternadas con tejido placentario esponjoso y café claro. El informe microscópico reporta lesión vascular difusa que afecta 60-70% de la superficie placentaria y diagnóstico de corioangioma difuso (Figura 4 y 5). El diagnóstico de corioangioma se realizó por histopatología, sin sospechase clínicamente en la evaluación prenatal ya que por ecografía únicamente se observó una placenta con múltiples calcificaciones.



Figura 1 Derrame Pericárdico

<sup>1</sup> Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

<sup>2</sup> Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. IHSS

<sup>3</sup> Médico Especialista en Patología Pediátrica. IHSS, HEU, UNAH

<sup>4</sup> Médico Especialista en Medicina Materno Fetal. IHSS



Figura 2 Corte ultrasonográfico a nivel de abdomen que muestra ascitis



Figura 3. Placenta, Pieza Macroscópica

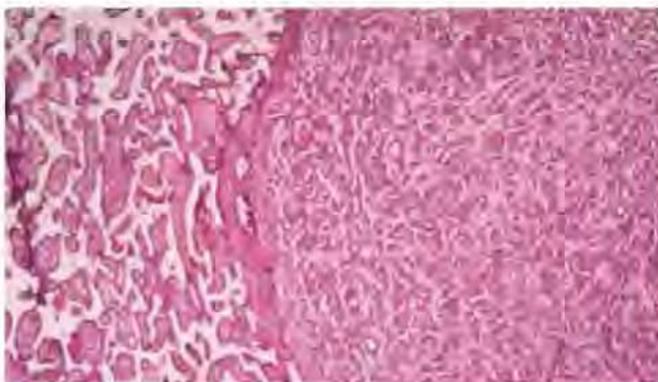


Figura 4. Imagen histológica que muestra a la izquierda vellosidades corionicas normales y a la derecha nódulo tumoral con múltiples vasos proliferantes

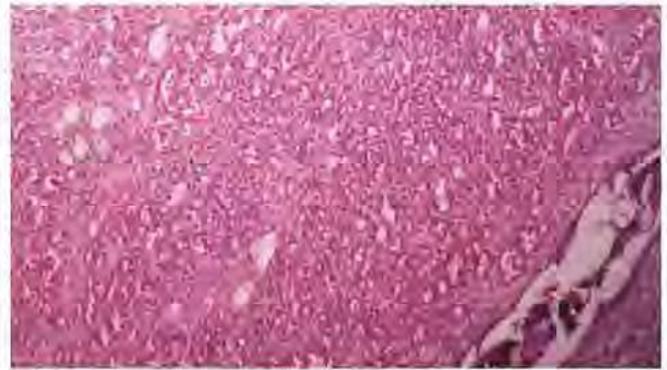


Figura 5. Imagen histológica en acercamiento (10x) que muestra proliferación vascular neoplásica nodular con calcificaciones.

## DISCUSIÓN

El corioangioma es el tumor placentario más frecuente. Fue descrito por primera vez en 1798 por John Clarke y en 1978 Asokan y colaboradores reportan el primer diagnóstico ultrasonográfico de corioangioma. La mayoría de corangiomas son pequeños, menores de 1 cm, y son habitualmente únicos, asintomáticos y más frecuentes en gestaciones con feto de sexo femenino y gestaciones múltiples. Los corangiomas, especialmente si son de gran tamaño (mayores de 5 cm) se asocian con cortocircuitos arteriovenosos dentro de la placenta por lo que se acompañan de complicaciones maternas y fetales.<sup>2,3</sup>

Esta tumoración es una malformación arteriovenosa cuyo crecimiento tumoral benigno es producido por la proliferación mixta del endotelio y los fibroblastos mesodérmicos del mesénquima primitivo coriónico o del tejido angioblástico de la vellosidad. El corioangioma típico se compone de vasos sanguíneos fetales rodeados por escaso tejido conectivo de soporte. La localización más común se encuentra en la cara fetal placentaria. Esta tumoración puede sufrir cambios degenerativos: necrosis, calcificaciones, cambios mixoides, infartos, hialinización, depósitos de hemosiderina y acumulaciones de grasa. Existen tres variedades histológicas de estas neoformaciones: celular, angiomatoso o angioblástico y degenerativo. El tipo celular es pequeño, circular, encapsulado y situado en el parénquima placentario. Es un tipo inmaduro formado por células endoteliales primitivas arregladas de manera compacta y en la periferia de la lesión. El tipo angiomatoso es una masa bien circunscrita en la cara fetal de la placenta cerca del sitio de inserción del cordón. Es un tipo vascular, maduro, compuesto por numerosos vasos sanguíneos. El tipo degenerativo implica cambios mixoides, hialinización, necrosis o calcificaciones. Tiene apariencia variable y transición de diferentes grados histológicos de sus células originarias. En esta última variedad es frecuente la formación de trombosis y necrosis.<sup>4,5</sup>

Las complicaciones maternas relacionadas al corioangioma incluyen sangrado transvaginal, preeclampsia, hematoma retroplacentario, anemia hemolítica y coagulación intravascular diseminada. Sin embargo, las principales complicaciones son

las fetales y usualmente se manifiestan como insuficiencia cardiaca, polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y prematuridad. A estas complicaciones se agrega el riesgo de anemia fetal, trombocitopenia, hidrops y muerte intrauterina. La mortalidad en casos sin hidrops fetal en del 10% mientras que la mortalidad en casos con hidrops fetal se eleva a 67%. Tanto el hidrops como la insuficiencia cardiaca fetal son emergencias medicas. El aumento rápido en el tamaño del corioangioma es un signo que señala necesidad de terapia agresiva y vigilancia mas estricta.<sup>6</sup>

Sepulveda y colaboradores describieron 11 casos de corioangioma gigante, 5 de los 9 se complicaron con polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino o hidrops fetal no inmune, y en 4 de estos 9 casos el parto tuvo lugar antes de la semana 35. El tamaño del corioangioma es el factor más importante relacionado no solo con el diagnóstico prenatal sino también influyendo en el pronóstico de estas gestaciones.<sup>7, 8</sup>

También Zanardini y colaboradores presentan un estudio retrospectivo de 19 casos de corioangiomas gigantes y describen una amplia variedad de complicaciones fetales como el polihidramnios, RCIU, cardiomegalia, anemia e hidrops fetal. 9 En nuestro caso se reporta un corioangioma gigante ocupando 70% de la placenta. Debido a la magnitud del tumor se presenta como complicación asociada hidrops fetal, incluso al momento de su diagnóstico con cardiomegalia importante.

Un estudio de Jauniaux y Ogle demostró que la vascularidad de la placenta es un factor crucial en el resultado del embarazo. En este estudio se describe el mapa color como un factor independiente para las complicaciones a pesar del tamaño del tumor. Cuando el tumor es avascular no se esperan complicaciones. Si el tumor es vascularizado y particularmente si contiene vasos de gran calibre debe vigilarse por signos tempranos de insuficiencia cardiaca congestiva fetal.<sup>10</sup>

Actualmente la ecografía y en menor grado la resonancia magnética representan las principales opciones para obtener imágenes de la placenta. El diagnóstico prenatal del corioangioma se basa en el estudio ecográfico, que permite detectar la existencia de una masa intraplacentaria. La apariencia ultrasonográfica de un corioangioma es el de una masa solida o compleja en la superficie fetal de la placenta. Usualmente se localiza debajo de la placa corionica cerca de la inserción del cordón.<sup>11</sup>

El estudio doppler permite detectar las diferentes variedades histológicas del corioangioma (celular, angiomasosa, degenerativa). Así mismo el Doppler color pone de manifiesto la vascularización, tanto periférica como central y permite realizar el diagnóstico diferencial con trombosis, depósitos hialinos o hematomas placentarios que son avasculares. El estudio Doppler también se utiliza para confirmar que canales vasculares en el tumor son contiguos con la circulación fetal ya que el corioangioma es un tumor abastecido por la circulación fetal, permitiendo realizar diagnóstico diferencial con miomas degenerados, teratoma placentario y mola hidatidiforme incompleta.<sup>12</sup>

Aunque la ecografía es el método diagnóstico de elección se puede emplear como técnica complementaria la resonancia magnética. Esta modalidad es segura en el embarazo y ofrece información sobre la anatomía materna y el sitio de inserción placentaria. Aun no existen estudios que demuestren la sensibilidad y especificidad de la resonancia magnética en la detección de corioangiomas. Su principal utilidad es detectar áreas de sangrado en el interior del tumor. La tomografía tiene función limitada en el diagnóstico de corioangioma principalmente por el alto riesgo de radiación y pobre diferenciación de tejidos.<sup>13, 14, 15</sup>

Niveles séricos o en líquido amniótico de alfa feto proteína (AFP) pueden elevarse en casos de corioangioma. Niveles elevados de AFP no son patognomónicos de corioangioma ya que AFP se eleva fisiológicamente en el embarazo y un incremento patológico de esta misma puede atribuirse a otras condiciones fetales y maternas.<sup>16</sup>

El diagnóstico antenatal es fundamental para clasificar las gestaciones de alto riesgo, y hacer un seguimiento adecuado y poder hacer tratamiento de las complicaciones para mejorar los resultados perinatales.<sup>17</sup>

El manejo del corioangioma suele ser expectante en la mayoría de los casos. Cuando aparecen complicaciones tardíamente en el embarazo, la mejor opción es el nacimiento. Sin embargo, pueden aparecer complicaciones en etapas mas tempranas del embarazo cuando el nacimiento aun no es una opción.

En la actualidad se proponen diversas intervenciones para prevenir muerte fetal relacionada a complicaciones del corioangioma. Amniodrenaje para aliviar polihidramnios y transfusiones intrauterino en la presencia de anemia fetal son dos procedimientos que ofrecen resultados favorables pero no resuelven el problema de flujo periférico aumentado a través del corioangioma. Por esta razón otras intervenciones han sido utilizadas con el propósito de bloquear el aporte vascular al tumor entre ellos inyección de alcohol (quimioesclerosis), coagulación laser endoscópica, ligadura del pedículo vascular con electrocauterio bipolar guiado por fetoscopia y terapia laser intersticial. Aun no existen estudios que permitan establecer la superioridad de una de estas intervenciones en relación al resto.<sup>18</sup>

## CONCLUSIÓN

El corioangioma es sin duda el tumor benigno mas frecuente de la placenta. La mayoría permanece asintomaticos, sin embargo los tumores mayores de 5 centímetros de diámetro o que se encuentren cercanos al sitio de inserción del cordón umbilical, pueden tener complicaciones severas. El estudio por ultrasonido con Doppler color facilita el diagnóstico oportuno y seguimiento de esta patología. Debido a la asociación del corioangioma con resultados desfavorables para la madre y el feto, el embarazo amerita vigilancia regular incluyendo ultrasonido, evaluación Doppler y ecocardiografía fetal para detectar y manejar complicaciones de manera oportuna y efectiva.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Gonzalo I. y colaboradores. Caso clínico. Corioangioma placentario gigante. *Diagnóstico Prenatal*. 2011; 22(4):136-138
2. Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 15: 463-467.
3. Sepulveda W, Alcalde JL, Schnapp C, Bravo M. Perinatal outcome after prenatal diagnosis of placental chorioangioma. *Obstet Gynecol*. 2003; 102 5 Pt 1:1028e33.
4. Smeke BJ et al. Corioangioma, secuencia Pierre Robin. *An Med Mex* 2011; 56 (1): 38-43
5. Ramirez-Arreola y colaboradores. Corioangioma gigante y sus complicaciones perinatales. Reporte de un caso *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75:104-10
6. Kesrouani A., Safi J., El Hajj M. Rapid Evolution of Placental Chorioangioma: Natural Progression and Outcome. *J Ultrasound Med* 2013; 32:545-548.
7. Zardini C, Papageorghiou A, Bhide A, Thilaganathan B. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35: 332-336
8. Garcia-Diaz L, Carreto P, Costa-Pererira S, Antinolo G. Prenatal management and perinatal outcome in giant placental chorioangioma complicated with hydrops fetalis, fetal anemia and maternal mirror syndrome. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:72.
9. Mandava A, Rajaram N, Nagasundari K, Kota K. Ultrasound and color Doppler of Placental chorioangioma with oligohydramnios. *Ultrasound* 2013; 21: 36-39.
10. Zalel Y, Weisz B, Gamzu R, Schiff E, Shalmon B, Achiron R. Chorionangiomas of the placenta: sonographic and Doppler flow characteristics. *J Ultrasound Med* 2002; 21: 909-913.
11. Wou K, Chen MF, Mallozi A, Brown RN, Shrim A. Pregnancy outcomes and ultrasonographic diagnosis in patients with histologically-proven placental chorioangioma. *Placenta* 2011; 32: 671-4.
12. Passalacqua G, Donati L, Ferretti M, Giovannini G, Sbaraglia M, Clerici G. Cellular Placental Chorioangioma and Adverse Fetal Outcome. *J Clin Gynecol Obstet*. 2014; 3(2): 73-75
13. Androutsopoulos G, Gkogkos P, Dacavalas G. Mid-trimester maternal serum HCG and alpha fetal protein levels: clinical significance and prediction of adverse pregnancy outcomes. *Int J Endocrinol Metab* 2013; 11 (2): 102-106.
14. Abdalla N, Bachanek M, Trojanowski S, Cendrowski K, Sawicki W. Placental tumor (chorioangioma) as a cause of polyhydramnios: a case report. *International Journal of Women's Health* 2014;6 955-959.
15. Barros A, Freitas A, Cabral A, Camacho MC, Costa E, Leitao H, Nunes JL. Giant placental chorioangioma: a rare cause of fetal hydrops. *BMJ Case Reports* 2011;10.
16. Dhar H. Giant placental chorioangioma with intrauterine fetal death. *J Nepal Med Assoc* 2013; 52 (190) 384-7.
17. Fan M, Mootabar H. A rare giant placental chorioangioma with favorable outcome: a case report and review of the literature. *J Clin Ultrasound* 2014.
18. Al Wattar B, Hillman S, Marton T, Foster K, Kilby M. Placenta chorioangioma: a rare case and systematic review of literature. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2014; 27:1055-1063.