

Casos Clínicos

CORIOANGIOMA GIGANTE DE LA PLACENTA: REPORTE DE DOS CASOS

Genaro Vega-Malagón, Adrián Hernández-Lomelí, Jorge García-Flores, Jesús Vega-Malagón, Guillermo Leo-Amador, Javier Luengas-Muñoz, Hebert Luis Hernández-Montiel*

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro, México.

*Doctor en Ciencias Biomédicas

RESUMEN

Antecedentes: El corioangioma placentario es el tumor no trofoblástico más frecuente de la placenta, su incidencia real es desconocida, frecuentemente pasan desapercibidos, los tumores grandes causan complicaciones materno fetales importantes. *Objetivos:* Reportar dos casos de corioangioma gigante de placenta, el método diagnóstico y la evolución del embarazo. *Resultados:* En ambos casos el resultado fue fatal para el feto, con un producto inmaduro de 670 gramos y un óbito de 1300 gramos, obtenidos por operación cesárea urgente por sangrado transvaginal. El reporte histopatológico corroboró el diagnóstico de sospecha. *Conclusión:* El pronóstico de un embarazo con corioangioma gigante de placenta, depende fundamentalmente del tamaño y de la oportunidad con que se hace el diagnóstico. Se resalta la utilidad del examen ultrasonográfico para su detección oportuna.

PALABRAS CLAVE: *Corioangioma placentario, examen ultrasonográfico*

SUMMARY

Background: Placental chorioangioma is the most frequent non trophoblastic tumor of the placenta. Its real incidence is unknown, and is frequently unnoticed. However, giant tumors cause important maternal-fetal complications. *Objectives:* To report two cases of giant placental chorioangioma, the diagnostic method and the evolution of pregnancy. *Results:* In both cases the outcome was fatal for the fetus: an immature newborn weighing 670 grams and a still born weighing 1300 grams, obtained through emergency C-section due to vaginal bleeding. The histopathological report confirmed the suspected diagnosis. *Conclusion:* The prognosis of a pregnancy with giant placental chorioangioma depends mainly on the size of the fetus and how opportunely the diagnosis is made. The ultrasonography is recommended for its opportune detection.

KEY WORDS: *Placental chorioangioma, ultrasonography*

INTRODUCCIÓN

El corioangioma o hemangioma de la placenta es el tumor no trofoblástico más frecuente de la placenta (1,2). Es

una lesión poco frecuente, la incidencia real es desconocida porque la mayoría de estos tumores son menores de 5 cm, y no se identifican en la revisión rutinaria de la placenta (3,4) algunos autores informan que esta neoplasia ocurre en 1% de

las placentas examinadas microscópicamente y con evidencia clínica en aproximadamente 1:3500 a 1:9000 nacimientos, es más frecuente en primigestas, en embarazos gemelares y en productos del sexo femenino (1,2,5).

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; cuando el tumor es grande se asocia a morbimortalidad materna y fetal de hasta el 18% y puede complicar el embarazo con polihidramnios, hemorragia anteparto, retraso en el crecimiento intrauterino, cortocircuitos arterio-venosos en la circulación fetal que conlleva a insuficiencia cardíaca congestiva y sus complicaciones propias. Otras complicaciones son edema, coagulopatía de consumo, anemia hemolítica, microangiopatía y angiomias de la piel. La muerte y las malformaciones son infrecuentes (6).



Figura 1. Ultrasonido obstétrico de embarazo de 20 ± 1 semanas de gestación, se observa en cavidad amniótica tumoración dependiente de placenta de 14.6 x 7.1 x 9.2



Figura 2. Ultrasonido obstétrico, se observa embarazo de 20 ± 1 semana de gestación, por diámetro biparietal y longitud del fémur con producto único vivo y tumoración placentaria dentro de la cavidad amniótica.

Todos los tumores son benignos, se han descrito diversas variedades histológicas: angiomaso o vascular (maduro), celular (inmaduro) y degenerado (3).

El diagnóstico se sospecha al tener los resultados de la ecografía, junto a polihidramnios, cardiomegalia (Doppler), irregularidades placentarias y retardo del crecimiento intrauterino; también pueden ser útiles la determinación de alfa feto proteína sérica y la inmunohistoquímica de los vasos sanguíneos que constituyen los corioangiomas, muestran positividad para los anticuerpos contra la vimentina y la actina del músculo liso (7,8).

El objetivo de esta comunicación es presentar 2 casos clínicos de corioangioma gigante de la placenta.

Caso clínico 1

Primigesta de 23 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia. Acude a control prenatal a las 9 semanas de gestación, los exámenes de laboratorio y la evolución del embarazo es normal, hasta la semana 20 en que la paciente presenta actividad uterina anormal que cedió con reposo en cama. Sin embargo, el ultrasonido obstétrico reporta: embarazo de 20 semanas de gestación. Producto único, femenino, perfil biofísico fetal de 10 puntos y masa gelatinosa en cavidad amniótica de aproximadamente 14,6 x 9,2 x 7,1 cm (Figuras 1 y 2). La paciente se presenta nuevamente a la semana 24 con actividad uterina intensa, a la exploración física se encontró hipertonía uterina, cérvix con 1 cm de dilatación y saco amniótico protruyendo hacia vagina, se envía a hospitalización donde presenta ruptura prematura de membranas y sangrado transvaginal profuso, se efectúa operación cesárea de urgencia obteniéndose producto femenino de 670 gramos que falleció minutos más tarde. La placenta presentaba aumento de tamaño a expensas de tumoración en cara fetal, la cual es enviada para su estudio histopatológico. El estudio histopatológico reveló placenta de aproximadamente 12 x 12 cm de superficie externa anfractuosa con adherencias fibrosas, de aspecto esponjoso y consistencia blanda. En la descripción microscópica se reportó vellosidades coriales del segundo trimestre con cambios degenerativos y de hialinización severos, zonas de calcificación, trombos intervellosos y nudos sinciales. A nivel del corion se observó una tumoración benigna constituida por vasos capilares bien diferenciados que mostraron un endotelio rodeado por una red de tejido fibroso y células coriónicas (Figuras 3 y 4), formando espacios con sangre fetal en su interior, observándose además trombos intervellosos

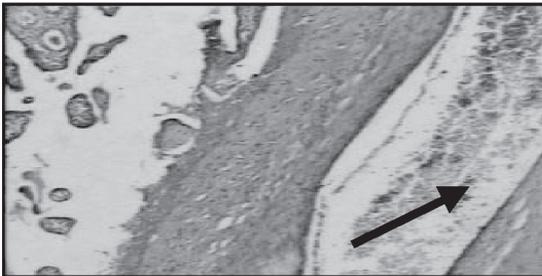


Figura 3 y 4. Microscópicamente se observa corion con tumoración formada por vasos y capilares con endotelio rodeado por tejido fibroso.

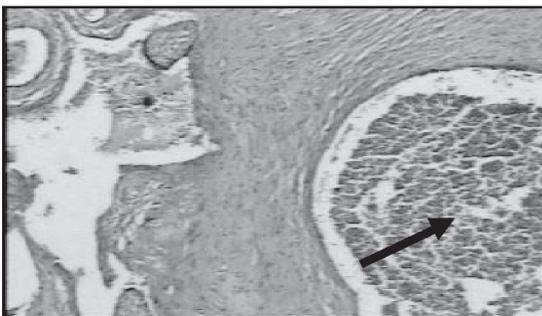


Figura 5. Con aumento de 400x se aprecian vasos capilares bien diferenciados, conteniendo sangre fetal en su interior, con trombos intervallosos.

(Figuras 5). El cordón umbilical no mostró alteraciones histopatológicas. El diagnóstico final fue corioangioma gigante de la placenta.

Caso clínico 2

Múltipara de 24 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia, Gesta 5, Para 2, Abortos 2. El control prenatal fue irregular, cursando con infección de vías urinarias en el primer trimestre tratada con ampicilina vía oral. El embarazo evolucionó normalmente, en la semana 26 casualmente se detectó por ultrasonido, una tumoración placentaria de aproximadamente 160 cc. A la exploración se encuentra feto

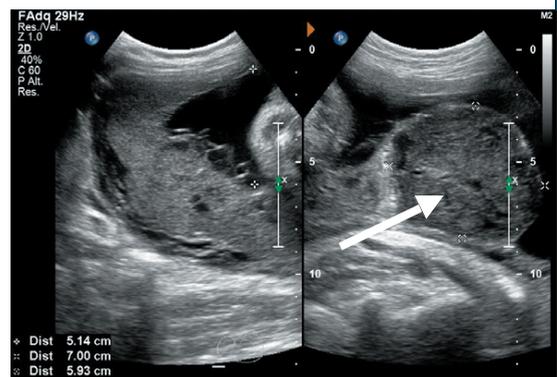


Figura 6. Ultrasonido de placenta a la semana 30 de embarazo, se observa masa tumoral, redonda de 7.0 x 5.9 cm. En el borde inferior de la placenta con implantación en el segmento inferior de útero.

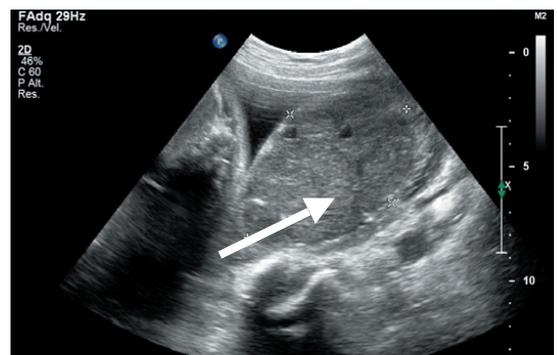


Figura 7. Otra vista del corioangioma placentario donde se observa imagen de 9.0 x 5.9 cm. Ovoides, ecodensa, de bordes regulares.

con crecimiento armónico y perfil biofísico fetal de 10 puntos. Se le indicó reposo y medidas generales. La tumoración creció paulatinamente y 3 semanas después ocupa un volumen de 193 cc, con un tamaño de 80 x 70 x 79 mm (Figuras 6 y 7). En la semana 30 de gestación presentó sangrado transvaginal moderado, actividad uterina leve por lo que acude al hospital donde se diagnostica óbito fetal, por lo que es intervenida de urgencia, obteniéndose mortinato femenino de 1300 gramos; se envió muestra de tumoración a estudio histopatológico. El estudio histopatológico reportó en su descripción microscópica fragmentos de tumoración de placenta de superficie externa lisa con adherencias membranosas, de consistencia firme, al corte muestra una cavidad dilatada y ocupada con un coágulo, microscópicamente se observó en los diferentes cortes estudiados, un nódulo bien delimitado por tejido fibroconectivo que muestra numerosas cavidades de diferentes formas y tama-

ños, las cuales están revestidas por endotelio plano sin atipias, dichas cavidades con algunos eritrocitos en su interior (Figuras 8 y 9).

DISCUSIÓN

Los corioangiomas son considerados verdaderos heman-giomas placentarios, la mayoría no tienen importancia clínica, sin embargo los tumores mayores de 5 centímetros de diá-metro o que se encuentren cercanos al sitio de inserción del cordón umbilical, pueden tener consecuencias severas en la madre, feto o neonato. Las complicaciones mas importantes son la hemorragia anteparto, parto prematuro y polihidramnios, aunque también puede producir un circuito arteriovenoso en la circulación fetal que lleva a insuficiencia cardiaca congestiva con todas sus consecuencias, también suele ocasionar pro-ductos de bajo peso al nacer (6,7).

El primer caso, se trata de un corioangioma gigante de placenta, detectado en el control prenatal con ultrasonido y que probablemente el gran volumen del tumor fue fundamental para desencadenar trabajo de parto en el segundo trimestre de la gestación y de las serias complicaciones que culminaron con la interrupción del embarazo y la muerte fetal. El segundo caso presentado, también fue descubierto casualmente por ultrasonido al final del segundo trimestre de la gestación, en un embarazo de evolución normal, hasta que presenta ligera actividad uterina acompañada de sangrado transvaginal y que sorpresivamente y sin causa aparente presenta óbito fetal.

En ambos casos el diagnóstico fue por ultrasonido de rutina, con mala evolución del embarazo que requirieron la in-terrupción del embarazo vía cesárea urgente por sangrado y con un desenlace fatal en ambos fetos.

CONCLUSIÓN

Se resalta la importancia del ultrasonido para el diagnós-tico oportuno de esta patología y del estudio histopatológico para su confirmación. Se sugiere que al identificar ecográfi-camente una masa placentaria sospechosa de corioangioma, efectuar un examen con doppler con atención en el incremento de la velocidad del flujo sanguíneo fetal y efectuar una vigilan-cia clínica estrecha durante todo el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achiron R, Shaia M, Shimmel M, Glaser J. Chorioangioma with hydrops in twins. *The fetus* 1992;2(3):1-3.
2. Duque F, Lammana R, Navas S, Brito J, García V. Dos



Figura 8. Se observan vasos capilares con sangre fetal en su interior rodeados de tejido fibroconectivo

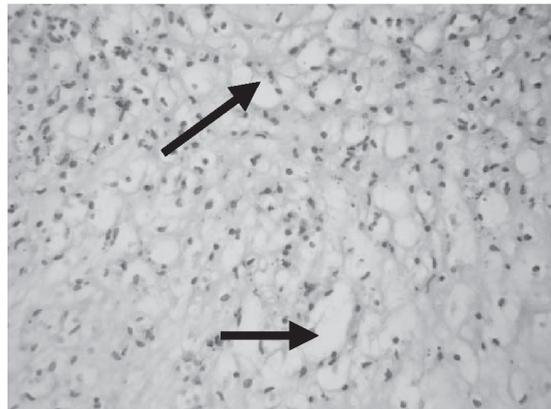


Figura 9. Se identifican numerosas cavidades de diferentes formas y tamaños, las cuales están revestidas por endotelio plano sin atipias, dichas cavidades contienen algunos eritrocitos

- casos de corioangioma en el Hospital de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000; 60(3): 197-203.
3. Gensell D, Kraus F. Disease of the placenta. En: Kurman R. Editor. *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract*. 4a. edición. New York: Springer Verlag 1997, 975-1048.
 4. Cabrera C, Kizer S, Tachón G, Silveira M, Reumann W. Corioangioma de la placenta. Presentación de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988; 48(4):210-1.
 5. Guschmann M, Henrich W, Entezami M, Dudenhausen J. Chorioangioma new insights into a well-Know problem. I. Results of a clinical and morphological study of 36 cases. *J Perinat Med* 2003; 31(2):163-9.
 6. Mucitelli D, Charles E, Kraus F, Chorioangioma of intermediate size and intrauterine growth retardation. *Pathol. Rev. Pract.* 1990;186:455-8.

7. Cunningham G, MacDonald P, Gant N, Levero K, Gilstrap L, Hankins G. Enfermedades y anomalías de la placenta. Williams Obstetricia 20^a. Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998. p:624
 8. Deminiz M, Tunca Y, Ozcan A, Celasun B, Finci R. Placental chorioangioma associated with fetal cardiac complication. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 708-9.
-