

Corioangioma gigante de la placenta con buenos resultados perinatales

Giant Placenta Chorioangioma with Good Perinatal Outcomes

Sandi Jiménez Puñales, Nuria Vega Betancourt, Kenia González Valcárcel

Hospital Universitario Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

El corioangioma fue descrito por primera vez en 1798 por Clarke. Este es un tumor no trofoblástico de la placenta, constituye una entidad poco usual y se reporta en 1 % de las placentas examinadas microscópicamente, con evidencia clínica en aproximadamente 1:3 500 a 1:9 000 nacimientos. Presentamos el caso de una paciente de 21 años, con una historia obstétrica de embarazos 2, abortos 1, que es valorada en servicio de emergencias con embarazo a término con corioangioma gigante de la placenta. El ultrasonido muestra una imagen redondeada hipoecogénica que se interpreta como: cotiledón placentario aberrante. Se le realizó cesárea y se observa una tumoración redondeada en borde placentario con presencia de una red vascular evidente en su superficie. El ultrasonido es el medio que más favorece el diagnóstico, sobre todo el Doppler. La detección precoz y oportuna de esta afección permite la vigilancia fetal y la prevención de las complicaciones.

Palabras claves: corioangioma; placenta; complicaciones.

ABSTRACT

Clarke first described Chorioangioma in 1798. This is a placenta non-trophoblastic tumor; it is an unusual entity and is reported in 1% of the placentas examined microscopically, with clinical evidence in approximately 1: 3 500 to 1: 9 000 births. We present the case of a 21-year-old patient, with an obstetric history of two

pregnancies and one abortions, who is evaluated in emergency services with full-term pregnancy with giant placenta chorioangioma. Ultrasound shows a rounded hypoechoic image that is interpreted as aberrant placental cotyledon. A caesarean section was performed and a rounded tumor was observed on the placental border with the presence of an evident vascular network on the surface. Ultrasound is the way that most favors diagnosis, especially Doppler. Early and timely detection of this condition allows fetal monitoring and prevention of complications.

Keywords: chorioangioma; placenta; complications.

INTRODUCCIÓN

El corioangioma lo describió por primera vez en 1798 Clarke y también se le conoce como: angioma, mixoma o fibroma de la placenta. Se utiliza con mayor frecuencia el término "corioangioma", debido a la coexistencia del componente vascular cubierto por epitelio coriónico. Estos son tumores benignos independientemente del número de mitosis encontradas.^{1,2}

El corioangioma o hemangioma de la placenta es el tumor no trofoblástico más frecuente en la placenta. Es una lesión poco usual, y se reporta que esta neoplasia ocurre en 1 % de las placentas examinadas microscópicamente, y con evidencia clínica en aproximadamente 1:3 500 a 1:9 000 nacimientos. Es más frecuente en primigestas, en embarazos gemelares y en productos del sexo femenino. La etiología es desconocida, sin embargo, se cree que se origina de una proliferación excesiva de angioblastos indiferenciados (mesénquima coriónica), en una o más vellosidades (por las malformaciones telangiectásicas en las vellosidades).^{1,3-5}

Esta entidad constituye una malformación arteriovenosa benigna dentro de la placenta que puede ser única, múltiple, o más raramente difusa. El corioangioma es redondo, encapsulado, firme y bien delimitado dentro del parénquima placentario; 80 % es pequeño y no tiene significancia clínica. Sin embargo, cuando alcanzan tamaños superiores a los 4-5 centímetros, o sea gigantes, pueden llegar a causar complicaciones serias tanto al producto como a la madre.^{1,3,6,7}

Histológicamente, el corioangioma está constituido por células endoteliales que se localizan en la membrana basal, con capilares cuyas características estructurales son similares a la normalidad. Existen 3 variedades histológicas:

- a) celular (inmaduro), formada por células primitivas, sobre todo endoteliales;
- b) angioblástica (maduro), compuesta por vasos sanguíneos, y
- c) degenerativa, con cambios mixoides, necrosis o calcificaciones, y no se han descrito metástasis.^{1,4,7}

El objetivo del presente artículo es presentar un caso de una paciente con corioangioma gigante de la placenta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 21 años de edad, de raza blanca, con antecedentes de salud, historia obstétrica de embarazos 2, abortos 1, sin partos anteriores, que es recibida en el cuerpo de guardia con dolor en bajo vientre y pérdidas de flemas sanguinolentas.

La paciente fue valorada en cuerpo de guardia, donde se le realiza un examen físico completo.

En el examen obstétrico se evidencia un útero grávido, con altura uterina de 38 centímetros, feto en cefálica, dorso derecho y frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto, y dinámica uterina de dos contracciones en 10 minutos.

Durante el tacto vaginal se constató un cuello fino, suave, con dilatación de 4 centímetros, con membranas amnióticas intactas.

Durante la revisión de la historia clínica de la atención prenatal, se observa informe ultrasonográfico que reporta: hacia el fondo del útero y en contacto con la placenta imagen redondeada hipoecogénica medía 6,5 x 4,8 centímetros, y además en registro Doppler muestra flujo mixto, lo que se interpreta como un cotiledón placentario aberrante ([Fig. 1](#)).

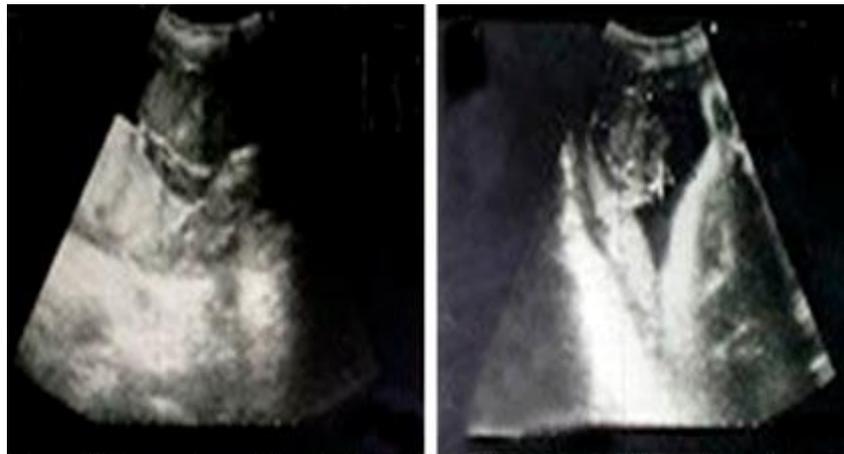


Fig. 1. Muestra foto de imagen ultrasonográfica. Se observa una tumoración placentaria hipoecogénica de 6,5 x 4,8,(cm) que muestra flujo mixto en el Doppler.

Se decidió ingresar a la paciente en sala de parto con diagnóstico de embarazo con 39,6 semanas y trabajo de parto. Fue recibida en la unidad de labor donde evolucionó con bienestar materno y fetal durante 7 horas. Luego fue valorada por el equipo médico de guardia, quienes decidieron indicar cesárea por presentarse una desproporción cefalopélvica.

Se realizó el proceder y se obtuvo recién nacido vivo, sexo femenino, Apgar 8/9, peso 3600 gramos y durante la revisión de la placenta se observó una tumoración redondeada hacia un borde placentario con presencia una red vascular evidente en su superficie ([Fig. 2](#)).



Fig. 2. Placenta y tumor placentario de aproximadamente 9 centímetros de diámetro, donde se observan red vascular en la superficie.

Se envió la placenta al departamento de anatomía patológica y se recibe el siguiente informe anatomopatológico:

Descripción macroscópica: Torta placentaria que mide 18 x 20 x 3 centímetros y pesa 650 gramos con cordón umbilical de 24 centímetros de longitud ubicado a 5 centímetros del borde de la placenta. Cara materna formada por cotiledones de aspecto normal presentando hacia un extremo masa de tejido adherida que mide 9 x 7 x 5 centímetros de color pardo claro superficie lisa con gruesa red vascular evidente en su superficie que al corte muestra aspecto carnoso. Membrana amniótica que rodea la torta placentaria.

Descripción microscópica: Tumor vascular formado por múltiples vasos de aspecto capilar separados por estroma moderadamente celular. Se observa hacia la periferia la presencia de calcificaciones, así como hiperplasia de células trofoblástica. El aspecto histológico es consistente con corioangioma placentario ([Fig. 3](#)).

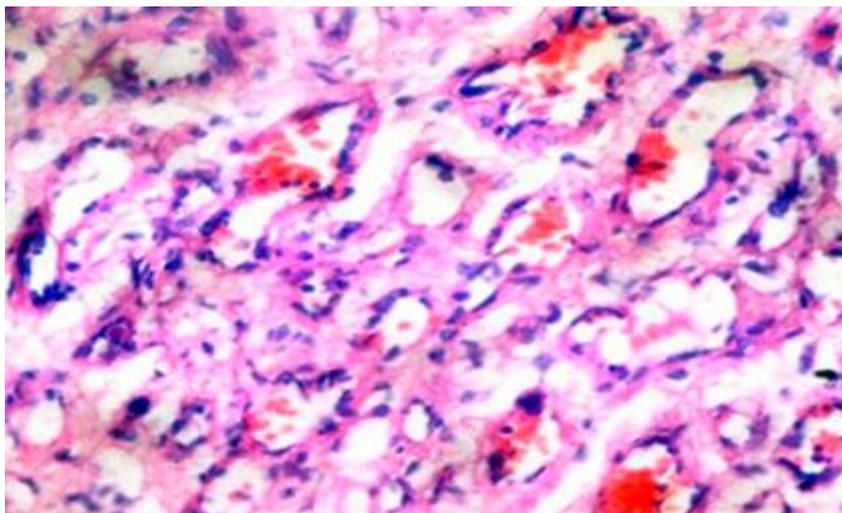


Fig. 3. Se muestra hacia la periferia del tumor hiperplasia de células trofoblástica, múltiples vasos sanguíneos de aspecto capilar separados por estroma moderadamente celular y presencia de calcificaciones.

DISCUSIÓN

El corioangioma es un tumor placentario que está constituido básicamente por elementos vasculares derivados de la mesénquima coriónica, este es solitario, de tamaño variable, desde algunos milímetros hasta varios centímetros de diámetro, esféricos, multilobulados, que crece bajo la superficie fetal de la placenta, pero puede aparecer en la cara materna. Está rodeado de una cápsula o pseudocápsula, y también se localiza en las membranas, unido a la placenta por un pedículo vascular, o sobre el cordón umbilical. Los corioangiomas mayores a 4 centímetros tienen una frecuencia mucho menor, la incidencia de tumores mayores que 5 cm oscilan entre 0,2-4/10 000 nacimientos.⁸

Este tipo de masas suelen presentar serias complicaciones perinatales y maternas, dado que actúan como una fístula arteriovenosa que lleva a hidrops fetal, polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, trombocitopenia, anemia fetal, falla cardíaca, e incluso, muerte intraútero hasta en 40 % de los casos. También pueden producirse complicaciones posparto, como hemorragia o retención placentaria.⁷⁻⁹

La fisiopatología se basa en que una posible alteración vascular a nivel de las vellosidades capilares incrementa las derivaciones arteriovenosas placentarias con aumento en la precarga fetal. Esto puede llevar a un fallo congestivo y a hidropesía por mecanismos de compensación hemodinámica del feto para mantener la perfusión fetal y el intercambio gaseoso en la placenta. En los vasos anómalos del tumor, puede producirse hemólisis que dé lugar a anemia fetal, trombocitopenia e incluso la restricción de crecimiento intrauterino y además hemorragias feto-maternas que producen incrementos en los niveles de alfafetoproteína sérica materna.

Para la explicación de la causa de polihidramnios hay muchas teorías. Algunas hablan de un incremento del trasudado y un acúmulo de líquido de forma retrógrada por compresión de la vena umbilical producida por el propio tumor. A lo largo de la gestación, pueden darse cambios degenerativos espontáneos como necrosis o calcificaciones, lo que puede causar una regresión de los síntomas. La vascularización del tumor es el principal factor que determina los resultados perinatales.^{1,10}

El diagnóstico de esta entidad se efectúa preferentemente en la segunda mitad de la gestación, mediante ecografía, en el que se observa un complejo nodular de ecogenicidad similar a tejido corial periférico, localizado en la cara fetal de la placenta o en su interior, que protruye hacia la cavidad corioamniótica cerca de la inserción umbilical. El Doppler color pone de manifiesto la presencia de vascularización en su interior o en la periferia. Este hallazgo, no siempre presente, facilita su diagnóstico diferencial con otras masas sólidas placentarias como: mola hidatiforme incompleta, teratoma placentario, quiste citotrofoblástico, hematoma placentario, trombosis o depósitos hialinos.³

Como tratamiento, se ha propuesto la observación y el posterior tratamiento de las complicaciones (amniodrenaje, tratamiento tocolítico, cordocentesis) o el tratamiento activo (trombosis del vaso nutricio por técnicas fetoscópicas o bajo guía ecográfica de varias maneras: alcoholización, mediante coagulación térmica con láser (YAG) del pedículo u obliteración de la luz vascular, con sutura endoscópica o con microespirales). A lo largo del tiempo se han intentado diferentes aproximaciones terapéuticas; sin embargo, dada la poca frecuencia de esta patología, la evidencia se basa solamente en reportes anecdóticos y ninguna terapia ha demostrado ser más eficiente que las demás. En caso de objetivar un deterioro hemodinámico fetal, se

recomienda la intervención activa, dado que el manejo expectante suele comportar un desenlace casi siempre fatal.³

CONCLUSIONES

El corioangioma placentario es una entidad rara, la cual se asocia a complicaciones maternas y fetales, en el cual el pronóstico empeora cuando la lesión mide más de 5 centímetros de diámetro. El ultrasonido es el medio que más favorece el diagnóstico, sobre todo el Doppler a color que es importante para identificar el componente vascular de esta tumoración. La detección precoz y oportuna de esta afección permite la vigilancia fetal y la prevención de las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-García M, Merlos-Gutiérrez AL, Pérez-Martínez, Chávez-Martínez S, Sereno-Coló JA. Corioangioma placentario gigante. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab [Internet]. 2015[citado 6 nov de 2015];62(3):187-93. Disponible en: www.mediagraphic.com/patologiaclinica.
2. Ramírez AL, Nieto GLA, Gómez GE, Cerda LJA. Corioangioma gigante y sus complicaciones perinatales. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2007[citado 6 nov de 2015];75(2):[aprox.8. p]. Disponible en: <http://new.mediagraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=78&IDARTICULO=17897&IDPUBLICACION=1835>.
3. Muñoz López M, Comas Gabriel C, Torrents Muns M, Muñoz Prades A, García Gallardo M, Mallafre Dols J. Diagnóstico prenatal de corioangioma placentario y gestación a término. Progresos de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2013[citado 6 nov de 2015];56(2):94-100. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501312001550>.
4. Vega-Malagón G, Hernández-Lomelí A, García-Flores J, Vega-Malagón J, Leo-Amador G, Luengas-Muñoz J, Hernández-Montiel HL. Corioangioma gigante de la placenta: reporte de dos casos. REV CHIL OBSTET GINECOL [Internet]. 2007[citado 6 nov de 2015];72(6):407-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
5. [Gonzalo I](#), Martínez-Guisasola J, Angeles Martín M, Rozada P, Klabili, Gemma Fernández V. Corioangioma placentario gigante. Diagnóstico prenatal [Internet]. 2011[citado 6 nov de 2015];22(4):136-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-diagnostico-prenatal-327-articulo-corioangioma-placentario-gigante-90091718>.
6. González-Gleason A, Vera-Gaspar D, I Ponce-González N, Grados-García C. Rotura de corioangioma de cordón umbilical, hemorragia intraamniótica y muerte fetal: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. [Internet].

2012[citado 6 nov de 2015];80(2):104-9. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?q=Corioangioma+de+la+placenta&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2010.

7. Sarmiento-Rodríguez A, Quijano-García FE, Puccini-Santamaría G, Rodríguez-Acosta N, Victoria-Gómez PA. Corioangioma placentario. Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología . [Internet]. 2008[citado 6 nov de 2015];59(1):[aprox.8. p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342008000100010

8. Oliva Rodríguez JA. Alteraciones del cordón umbilical membranas y placenta. En. Ultrasonografía diagnóstica fetal, Obstetrica y Ginecológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.p. 227- 248.

9. Smeke Befeler J, Linder Efer C, Meneses Ríos A, Valdespín Fierro C, González Cofrades Julio, I Chaya Hajj M, et al. Corioangioma placentario gigante asociado a secuencia de Pierre Robin. An Med Mex [Internet]. 2011[citado 6 nov de 2015];56(1):38-43. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=11&IDARTICULO=29196&IDPUBLICACION=3187>.

10. Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. Ultrasound Obstet Gynecol[Internet]. 2000 [citado 6 nov de 2015]; 15(6):463-7. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1469-0705.2000.00127.x>

Recibido: 21/12/2017.

Aprobado: 21/1/2018.

Sandi Jiménez Puñales. Hospital Universitario Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

Correo electrónico: sandijp@infomed.sld.cu