



Caso clínico

Corioangioma gigante y sus complicaciones perinatales. Reporte de un caso

Leonardo Ramírez Arreola,* Leyza Angélica Nieto Galicia,** Elibellet Gómez García,*** Jorge Alejandro Cerda López****

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Se comunica el caso clínico de una paciente primigesta que acudió a consulta por salida de líquido transvaginal; se diagnosticó polihidramnios secundario a corioangioma de la placenta de aproximadamente 7 cm, el cual se corroboró con el resultado anatomohistopatológico que reportó corioangioma de la placenta con tres variedades histológicas: celular, angioblástica y degenerativa. Se analizó el caso y sus complicaciones, tales como: polihidramnios, rotura prematura de membranas y parto pretérmino. Se revisó la bibliografía relacionada con el tema.

Palabras clave: corioangioma, polihidramnios, parto pretérmino.

ABSTRACT

It is presented a clinical case of a pregnant patient, who attended to the hospital's emergency service because of the presence of transvaginal liquid. A polyhydramnios was diagnosed, due to a placental chorioangioma (of approximately 7 cm), which was confirmed by histopathological examination, reporting placental chorioangioma with its three histological types: cellular, angioblastic and degenerative. The case and its complications, such as polyhydramnios, membranes rupture and preterm labor, are analyzed. Existing literature is reviewed.

Key words: chorioangioma, polyhydramnios, preterm labor.

RÉSUMÉ

Cas clinique de patiente primigeste qui est allée en consultation du fait de la sortie de liquide transvaginal, on a fait le diagnostic de poly-hydramnios secondaire à chorioangiome du placenta de 7 cm approximativement, lequel a été corroboré avec le résultat anatomohistopathologique qui a rapporté chorioangiome du placenta avec trois variétés histologiques : cellulaire, angioblastique et dégénérative. On a analysé le cas et ses complications, telles que : poly-hydramnios, rupture prématurée de membranes et accouchement avant-terme. On a fait révision bibliographique.

Mots-clé : chorioangiome, poly-hydramnios, accouchement avant-terme.

RESUMO

Caso clínico duma paciente que foi a consulta por derramamento de líquido transvaginal: diagnosticou-se poli-hidrámnios secundário a corioangioma da placenta de aproximadamente 7 cm. Que foi corroborado pelo resultado anatomohistopatológico que reportou corioangioma da placenta com três variedades histológicas: celular, angioblástica, e degenerativa. Analizou-se o caso e suas complicações, tais como poli-hidrámnios, rotura prematura de membranas e parto pré-término. Fez-se revisão bibliográfica.

Palavras chave: corioangioma, poli-hidrámnios, parto pré-término.

* Residente de tercer año de ginecología y obstetricia.
** Residente de cuarto año de ginecología y obstetricia.
*** Residente de segundo año de ginecología y obstetricia.
**** Médico adscrito al servicio de ginecología y obstetricia.
Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo, Matamoros, Tamaulipas, México.

Correspondencia: Dr. Leonardo Ramírez Arreola.

E-mail: leoxtr25@hotmail.com

Recibido: septiembre, 2006. Aceptado: septiembre, 2006.

Este artículo debe citarse como: 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;75:104-10.

El corioangioma es un tumor vascular benigno de la placenta. Más que una lesión tumoral, es una anomalía en el desarrollo vascular dentro de la placenta.^{4,9}

Es la neoplasia placentaria más frecuente. Cuando los tumores son pequeños pasan inadvertidos; sólo los grandes tumores ocasionan manifestaciones clínicas.²

El corioangioma lo describió por primera vez, en 1798, Clarke.⁴ También se le conoce como: angioma,

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

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.^{1,2}

Es una lesión rara que se origina de los vasos sanguíneos del plato coriónico y de las vellosidades coriónicas. El corioangioma o hemangioma de la placenta es el tumor no trofoblástico más frecuente de la placenta.¹

La incidencia real es desconocida. Se reporta desde 1:9,000 hasta 1:50,000 placentas.⁴

Algunos autores informan que esta neoplasia ocurre en 1% de los nacimientos.^{1-3,7-9,11,12}

Su causa es desconocida, pero por su aspecto morfológico, se piensa que se origina por la proliferación excesiva de angioblastos indiferenciados (mesénquima coriónica) en una o más vellosidades.

Se cree que la hipoxia es un importante moderador de la angiogénesis placentaria.

La hipoxia hipobárica es el factor causal más probable y sus efectos pueden estar mediados por elevada producción del factor de crecimiento angiogénico.¹

Los tumores grandes (corioangioma gigante) son los que superan los 4 cm.^{11,13} Es raro que se identifiquen en la práctica obstétrica, pues conllevan repercusión clínica y se han relacionado con complicaciones, como: polihidramnios, hidrops no inmunitario, insuficiencia cardíaca fetal, anemia y trombocitopenia fetal, restricción del crecimiento, parto pretérmino, muerte perinatal y preeclampsia.^{1,3,6-12}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 20 años de edad con embarazo de 24.3 semanas (determinado por la fecha de la última menstruación) que acudió al servicio por salida de líquido transvaginal.

Originaria de Soto la Marina y residente de Valle Hermoso, Tamaulipas. Soltera. Menarquia a los 13 años de edad, ciclo 30 x 4. Inició su vida sexual a los 16 años, cinco parejas sexuales. No hubo detección oportuna de cáncer. Ningún método de planificación familiar, gestaciones: 1, partos: 0, cesáreas: 0, abortos: 0, sin control prenatal; fecha de la última menstruación: 4 de agosto del 2004.

Exploración física

Abdomen aumentado de tamaño a expensas del útero gestante, fondo uterino de 29 cm por arriba de la sínfisis del pubis, feto único vivo, intrauterino, reactivo, con frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto, genitales externos normales con implantación de vello púbico ginecoide, introito y vagina elásticos, cuello uterino posterior: blando, permeable, formado, técnicas de Valsalva y Tarnier positivas, líquido claro sin grumos, extremidades normales sin edema, reflejos osteotendinosos normales.

El 21 enero del 2005, a las 21:30 horas, ingresó a tococirugía con el siguiente diagnóstico clínico: primigesta con embarazo de 24.3 semanas (determinado por la fecha de la última menstruación), rotura prematura de membranas y pródromos de trabajo de parto.

Al día siguiente, a la 01:00 am, se realizó ultrasonografía que reportó embarazo de 23 semanas por fetometría con feto único vivo, intrauterino, situado longitudinalmente, posición cefálica dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal de 141 latidos por minuto, movimientos espontáneos, grado de la placenta con índice de líquido amniótico: 34 mm (figuras 1 y 2).



Figura 1. Feto de 25.5 semanas de gestación, índice de líquido amniótico: 34 mm (fetometría).

Se agregó polihidramnios al diagnóstico clínico de ingreso.

A las 15:30 horas ingresó al piso de ginecología y obstetricia para vigilancia a libre evolución, tratamiento intravenoso con antibióticos, monitoreo con curva



Figura 2. Frecuencia cardíaca fetal: 141 latidos por minuto.

térmica, proteína C reactiva y biometría hemática cada 24 horas.

El día 23, a las 10:00 horas, permaneció en piso a libre evolución sin cambios. Proteína C reactiva positiva 1:320.

El 24 de enero, a las 07:00 horas, estuvo en piso a libre evolución y sin cambios. Proteína C reactiva positiva 1:160.

A las 13:00 horas la ultrasonografía reportó tumoración de bordes regulares cercanos a la pared anterior de la placenta de 5.8 x 6.2 cm, características ecográficas mixtas y diagnóstico ultrasonográfico presuntivo de corioangioma (figuras 3 a 5).



Figura 3. Tumoración en la pared anterior de la placenta.



Figura 4. Tumoración con medidas de 5.8 x 6.2 cm.



Figura 5. Feto sin malformaciones aparentes.

Se solicitó alfafetoproteína pero no se realizó por falta de recursos económicos.

El día 25, a las 08:00 horas, la paciente cumplía su cuarto día de hospitalización; se mantuvo sin fiebre, sin leucocitosis, con feto vivo reactivo intrauterino, sin actividad uterina palpable. Proteína C reactiva positiva 1:160.

El 26 de enero, a las 08:00 horas, se decidió transferirla a tococirugía debido a la salida de líquido transvaginal abundante y trabajo de parto.

A las 17:45 se tuvo un parto eutócico con neonato femenino de 700 g, Apgar 2-2, Ballard 24 semanas de gestación, el cual falleció por prematuridad extrema.

Del parto se obtuvo: placenta y membranas completas, cotiledones completos con tumoración en la cara materna de aproximadamente 7 x 6 cm (figura 6 y 7).



Figura 6. Placenta: cara materna (tumoración de 7 cm aproximadamente).



Figura 7. Placenta: cara fetal.

Se realizó la revisión de la cavidad uterina por medio de bloqueo peridural.

El día 27, a las 07:00 horas, se informó puerperio fisiológico mediato de evolución normal.

El 28 de enero egresó a las 08:00 horas por mejoría.

DISCUSIÓN

La incidencia real de corioangiomas, reportada por Achiron y col., es de 1 a 2.8 por cada 10,000 nacimien-

tos.⁴ Se encuentra en 1% de las placentas examinadas microscópicamente.^{1-3,7-9,11,12}

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico oportuno de estos tumores se realiza el examen ultrasonográfico de la placenta y determinación de la alfafetoproteína sérica.²

El diagnóstico del componente vascular se puede realizar por ultrasonografía Doppler a color.^{3-5,7-9,12,13}

FISIOPATOGENIA

Es una malformación arteriovenosa benigna, puede ser única o múltiple y es muy raro que sea difusa dentro de la placenta. El crecimiento tumoral benigno lo produce la proliferación mixta del endotelio y los fibroblastos mesodérmicos del mesénquima primitivo coriónico o del tejido angioblástico de la propia vellosidad.¹

HISTOPATOLOGÍA

Está constituido por células endoteliales que se localizan en la membrana basal. Las características ultraestructurales de los capilares son similares a los capilares normales. No sobresalen las mitocondrias, el aparato de Golgi o el retículo endoplasmático. Pueden observarse vesículas picnóticas. Las células endoteliales aparecen inflamadas y con aumento aparente de la separación entre los organelos, lo que sugiere la coexistencia de líquido intracelular.¹

Estos tumores pueden sufrir cambios degenerativos: necrosis, calcificaciones, cambios mixoides, infartos, hialinización, depósitos de hemosiderina y acumulaciones de grasa.^{1,4,10}

Existen tres variedades histológicas de estas neoformaciones:

- a) Celular (figura 8)
- b) Angioblástica o capilar (figura 9)
- c) Degenerativa (figura 10)

Celular: (inmaduro) formado por células primitivas, presumiblemente endoteliales, arregladas de manera compacta.

Angioblástica: (vascular, maduro) compuesto por numerosos vasos sanguíneos, capilares; en algunas

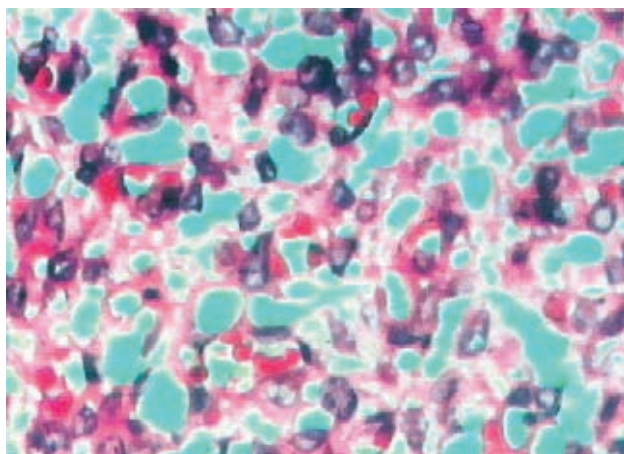


Figura 8. Celular: (inmaduro) formado por células primitivas endoteliales con núcleos grandes ligeramente irregulares, arregladas de manera compacta, forman vasos capilares muy pequeños.

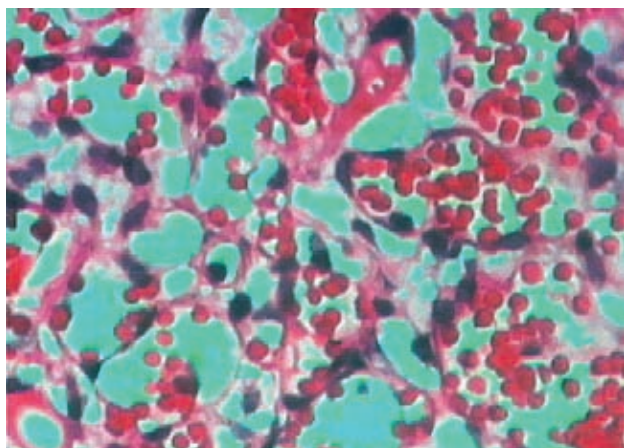


Figura 9. Angioblástica: (vascular, maduro) células endoteliales maduras con núcleos pequeños (maduros), forman numerosos vasos sanguíneos, frecuentemente capilares, pero ocasionalmente cavernosos en un estroma laxo.

ocasiones pueden ser cavernosos en un estroma laxo.

Degenerativa: 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; dichos cambios son comunes en los grandes tumores.^{1,7,9}

El resultado histopatológico de la placenta estudiada reportó las tres variedades histológicas del corioangioma (figuras 8 a 10).

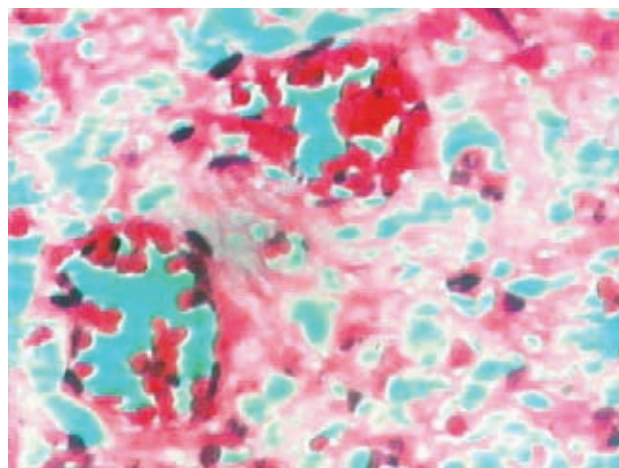


Figura 10. Degenerativa: cambios mixoides, áreas de infiltración hialina, vasos más grandes y núcleos celulares menos irregulares.

Todos los tumores son benignos. Se han descrito variedades histológicas atípicas de alta celularidad y con múltiples mitosis, además de características histológicas de sarcoma. No se ha demostrado comportamiento biológico maligno ni identificado invasión o metástasis.^{1,2}

Este tumor puede originar complicaciones si alcanza un tamaño superior a los 5 cm de diámetro o si se encuentra cercano al sitio de inserción del cordón umbilical.^{1,4} Dichas complicaciones ocurren porque el tumor realiza la función de una fístula en la circulación sistémica fetal.

Se ha informado la coexistencia de un cortocircuito arteriovenoso y numerosas comunicaciones vasculares en la propia masa del corioangioma.

COMPLICACIONES

Maternas del embarazo

- Parto pretérmino
- Toxemia
- Desprendimiento prematuro de la placenta³
- Placenta previa

Salud fetal o perinatal

- Polihidramnios
- Anemia fetal⁸
- Hidrops fetal⁶
- Coagulación intravascular diseminada

- Cardiomegalia^{7,8,10}
- Muerte fetal⁷

Fetales relacionadas

- Edema⁶
- Coagulopatía de consumo^{8,10}
- Anemia hemolítica microangiopática^{8,10}
- Angiomas de la piel
- Hemangioma fetal
- Arteria umbilical única
- Inserción velamentosa del cordón^{1,3,6-11}

CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE LOS CORIOANGIOMAS GRANDES

Efectos y mecanismos implicados (propuestos)

Polihidramnios: trasudación: incremento del área de superficie vascular, obstrucción de las venas umbilicales. Insuficiencia cardíaca congestiva, desequilibrio en el flujo fetal. Poliuria fetal: retención del agua fetal ocasionada por el cortocircuito arteriovenoso.

Hemorragia anteparto: hemorragia retroplacentaria; separación o rotura del pedículo vascular.

Alteraciones fetales menores: otros hamartomas: hemangiomas del hígado y la piel.

Disfunción estructural fetal, peritonitis meconial: degeneración del tumor con tromboembolismo fetal.

Cardiomegalia fetal o neonatal e insuficiencia cardíaca congestiva: sobrecarga cardíaca que aumenta por el circuito arteriovenoso.

Retraso en el crecimiento intrauterino: Espacios fisiológicos necrotizados (circuito arteriovenoso).

Hidropesía fetal: insuficiencia cardíaca. Hipóal-buminemia: pérdida de proteínas, sangrado feto-materno crónico, obstrucción de las venas umbilicales.⁶

Anemia fetal: hemólisis microangiopática; hemorragias feto-maternas masivas; secuestro de eritrocitos.

Trombocitopenia fetal: atrapamiento plaquetario; daño plaquetario. Coagulopatía de consumo relacionada con tromboplastina.

Distocias, malpresentación fetal: obstrucción mecánica.

Concentración elevada de alfafetoproteína en el suero materno y en el líquido amniótico: hemorragias feto-maternas, necrosis del tumor.^{1,3,7,9}

La torsión de un corioangioma no es frecuente; sin embargo, puede desencadenar el trabajo de parto pretérmino.

En este trabajo se hizo la revisión de los diagnósticos de egreso, previos a un año y no se encontraron reportes de corioangiomas.

Fue desafortunado realizar el diagnóstico de corioangioma cuando la paciente ya tenía complicaciones, como polihidramnios y rotura prematura de membranas, subsiguiente parto prematuro y muerte neonatal. Por lo tanto, no hubo oportunidad de proporcionar atención médica para el bienestar fetal.

No se demostraron alteraciones o malformaciones fetales al nacimiento ni hubo datos ultrasonográficos de hidrops fetal.

Tampoco se relacionó con preeclampsia.

En México sólo se han reportado dos casos de corioangioma.^{2,9}

TRATAMIENTO MÉDICO

El hallazgo de esta neoplasia obliga a la vigilancia clínica y evaluación cardíaca durante el periodo perinatal.

Se han realizado tratamientos para la obliteración de esta neoformación (inyección de alcohol y el tratamiento con láser, guiado por fetoscopia), pero los resultados para el feto han sido poco satisfactorios.³

En la mayoría de los casos el tratamiento recomendado es expectante.³

PRONÓSTICO

En general es bueno para la madre y el feto cuando la lesión no rebasa los 5 cm de diámetro.¹ En este caso fue bueno para la madre y malo para el feto por la inmadurez.

CONCLUSIONES

Es un padecimiento raro. La complicación más frecuente es polihidramnios y parto prematuro.

La técnica ultrasonográfica con Doppler a color es importante para identificar el componente vascular de esta tumoración. La detección oportuna permite la vigilancia cardíaca fetal y el tratamiento de las complicaciones.

El pronóstico para el feto es malo cuando la lesión mide más de 5 cm de diámetro.

Agradecimientos

Con especial atención al Dr. Javier Cisneros Sandoval, jefe del departamento de Patología del Hospital General de Matamoros, por el servicio prestado para el diagnóstico histopatológico y facilitar el apoyo visual de las imágenes. Al Dr. Miguel Ángel Cerón Saldaña, jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia por el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. 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(3):197-203.
2. Hernández M, Cuellar EJ, Levario CM. Corioangioma gigante de la placenta: informe de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69(11):439-42.
3. D'Souza D, Olah KS. Infarction of a placental chorioangioma mimicking placental abruption *J Obstet Gynaecol* 1999;9(4):421.
4. Romero E, Sanchez LM. Corioangiomas en el Instituto Materno Infantil a propósito de un caso. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1999;50(4).
5. Hata T, Kanenishi K, Inubashiri E, Tanaka H, et al. Three-dimensional sonographic features of placental abnormalities. *Gynecol Obstet Invest* 2004;57(2):61-5.
6. Galimberti A, Jain S. Placental chorioangioma as a cause of maternal hydrops syndrome. *J Obstet Gynaecol* 2000;20(1):91.
7. Batukan C, Holzgreve W, Danzer E, Bruder E, et al. Large placental chorioangioma as a cause of sudden intrauterine fetal death. *Fetal Diag Ther* 2001;16(6):394.
8. Mara M, Calda P, Zizka Z, Sebron V, et al. Fetal anemia, thrombocytopenia, dilated umbilical vein, and cardiomegaly due to a voluminous placental chorioangioma. *Fetal Diag Ther* 2002;17(5):286.
9. García Flores J, Vega Malagon G, Vega Malagon J, Galvan Aguilera A, Salmon Velez F. Corioangioma gigante. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005;43(6):503-6.
10. Leonidas J, Beatty E, Hall R. Chorioangioma of the placenta. *Soc Ped Radiol* 1975;123(4):366-9.
11. Sepúlveda W, Alcalde J, Schnapp C, Bravo M. Perinatal outcome after prenatal diagnosis of placental chorioangioma. *Am Coll Obstet Gynecol* 2003;102(5): part 1.
12. Spirt B, Gordon L, Cohen W, Yambao T. Antenatal diagnosis of chorioangioma of the placenta. *Am J Roentgen Radium Ther Med* 1980;135:1273-5.
13. Acharya S, Pringle S. A case of placental chorioangioma with the review of literature. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005(5).