



## Corioangioma placentario. Reporte de un caso en el Hospital Español

Eric Emilio Vázquez Camacho,\* Rafael Sánchez Herrera,\* Gerardo García García,\*\* Laura Estrada Natoli,  
\*\*\* Javier Sánchez Lazcano, \*\*\*\* Cynthia Saules Bezanilla\*

### RESUMEN

El corioangioma de placenta es el tumor no trofoblástico más frecuente de ese órgano; su incidencia real se desconoce, aunque se reporta en 1% de las placentas examinadas microscópicamente y con evidencia clínica en aproximadamente 1 por cada 3,500 a 9 mil nacimientos. Este tumor no suele vincularse con complicaciones materno-fetales, a menos que su tamaño supere 5 cm de diámetro o que se encuentre cerca de la inserción del cordón umbilical. Cuando es grande puede complicar el embarazo con hidramnios, hemorragia posparto, retraso en el crecimiento intrauterino, insuficiencia cardiaca congestiva del producto, etcétera. El caso clínico corresponde a una paciente de 32 años, sin antecedentes de importancia, a quien por ultrasonido en la semana 37 1/7 de embarazo se le detectó una tumoración placentaria de 50.2 x 44.1 mm. El embarazo fue normoevolutivo, llegó a término y se atendió en parto eutócico. Se obtuvo un producto único vivo, masculino, con Apgar de 719, peso de 2,850 g. El estudio histopatológico de la placenta indicó corioangioma parcialmente infartado con áreas de calcificación multifocal.

**Palabras clave:** corangioma placentario, tumor no trofoblástico, complicaciones.

### ABSTRACT

Placenta chorioangioma is the most frequent non-trophoblastic tumor of the placenta. Its real incidence is unknown. This incidence is reported as 1% in microscopically examined placentas and counts with clinical evidence in approximately 1: 3,500 to 9,000 births. This tumor is not generally associated to maternal fetal complications, unless the tumor size surpasses a diameter of 5 cm or is near the place of umbilical cord insertion. When the tumor is big, it can complicate the pregnancy with hydramnios, postpartum bleeding, delay in the intra-uterine growth, or congestive heart failure in the newborn. The clinic case belongs to a Korean female patient, aged 32, without important antecedents. A placental tumouration, 50.2 x 44.1 mm, was detected by ultrasound to this patient in her 37 1/7 week of pregnancy. She has a normoevolutuve pregnancy whose was a term, she had an a eutocic delivery, getting a male whose weight was 2,850g. The baby is still alive. The placenta histopathological study reported placental chorioangioma, which infarcted partially, with multifocal calcification areas.

**Key words:** Placenta chorioangioma, non-trophoblastic tumor, complications.

### RÉSUMÉ

Le chorioangiome de placenta est la tumeur non trophoblastique la plus fréquente de cet organe; son incidence réelle est méconnue, même si elle se rapporte dans 1% des placentas examinés microscopiquement et avec évidence clinique dans approximativement 1 sur 3,500 à 9 mille naissances. Cette tumeur en général ne se lie pas avec des complications materno-fœtales, au moins que sa taille surpassé 5 cm de diamètre ou qu'elle se trouve près de l'insertion du cordon ombilical. Lorsqu'elle est grande, elle peut compliquer la grossesse avec hydramnios, hémorragie post-accouchement, retard dans la croissance intra-utérine, insuffisance cardiaque congestive du produit, etc. Le cas clinique correspond à une patiente de 32 ans, sans antécédents d'importance, à qui au moyen de l'ultrason dans la semaine 37 1/7 de grossesse on a identifié tuméfaction placentaire de 50.2 x 44.1 mm. La grossesse a été normo évolutuve, à terme et traitée en accouchement eutocique. On a obtenu un produit unique vivant, masculin, avec score Apgar de 719, poids de 2,850 g. L'étude histopathologique du placenta a indiqué chorioangiome partiellement infiltré avec zones de calcification multifocale.

**Mots-clés:** chorioangiome placentaire, tumeurs.

### RESUMO

O corioangioma de placenta é o tumor não trofoblástico mais freqüente desse órgão; sua incidência real é desconhecida, mesmo assim reporta-se no 1% das placentas examinadas microscopicamente e com evidência clínica em aproximadamente 1 entre 3,500 a 9 mil nascimentos. Este tumor não se vincula geramente com complicações materno-fetais, a não ser que seu tamanho supere 5cm. de diâmetro ou que se encontre perto da inserção do cordão umbilical. Quando é grande pode complicar a gravidez com hidramnios, hemorragia pós-parto, retraso no crescimento intrauterino, insuficiência cardíaca congestiva do produto, etcétera. O caso clínico corresponde a uma paciente de 32 anos, sem antecedentes de importância a quem por ultrasom na semana 37 1/7 da gravidez foi lhe identificada tumoração

placentária de 50,2 x 44,1 mm. A gavidez foi normoevolutiva, chegou a término e foi atendida em parto eutóxico. Obteve-se um produto único vivo, masculino, com Apgar de 719, peso de 2,850g. O estudo histopatológico da placenta indicou carioangioma parcialmente infartado com áreas de calcificação multifocal.

**Palavras chave:** corioangioma placentário, tumores.

**E**l corioangioma o hemangioma de la placenta, también llamado angioma, mixoma o fibroma, es el tumor no trofoblástico más frecuente de ese órgano. Es una malformación arteriovenosa benigna dentro de la placenta, que puede ser única, múltiple o, más raramente difusa; físicamente es redonda, encapsulada, firme y bien delimitada dentro del parénquima placentario; en 80% de los casos es de dimensión pequeña y sin significado clínico.

La incidencia del corioangioma evidente, clínicamente reportado por Achiron y colaboradores, es de 1 a 2.8 por cada 10,000 nacimientos. Duque y colaboradores reportan una incidencia de 0.47 por cada 10,000 nacimientos; es más frecuente en primigestas y embarazos gemelares.

Sus causas se desconocen, pero se cree que surge por la proliferación excesiva de angioblastos indiferenciados (mesénquima coriónico) en una o más vellosidades, por malformaciones telangiectásicas en vellosidades distales; además, se piensa que la hipoxia y la temperatura intervienen en su formación.

Ejemplares mayores a 5 cm pueden relacionarse con hidramnios o hemorragias anteparto. Las malformaciones y la muerte fetal son complicaciones raras, pero existe correlación con el bajo peso al nacer. También pueden producir un circuito arteriovenoso en la circulación fetal que lleve a insuficiencia cardiaca congestiva con todas sus complicaciones.

\* Médico asociado.

\*\* Médico residente.

\*\*\* Médico patólogo adscrito al servicio de patología.

\*\*\*\* Médico radiólogo.

Hospital Español de México.

Correspondencia: Dr. Eric Emilio Vázquez Camacho. Hospital Ángeles de México. Agrarismo 208, torre A, 801, colonia Escandón, C.P. 11800, México D.F. Fax: 5271-6138. E-mail: vazquezeric@hotmail.com

Recibido: marzo, 2007. Aceptado: junio, 2007.

Este artículo debe citarse como: Vázquez CEE, Sánchez HR, García GG, Estrada NL, Sánchez LJ, y col. Corioangioma placentario. Reporte de un caso en el Hospital Español. Ginecol Obstet Mex 2007;75(7):404-7.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

Otras complicaciones fetales relacionadas son: edema, coagulopatía por consumo, anemia hemolítica microangiopática y angiomas en la piel. Además, puede acompañarse de hemangioma fetal, arteria umbilical única, inserción velamentosa del cordón y elevación de las concentraciones de  $\alpha$ -fe-toproteína en el suero materno.

Su apariencia microscópica varía dependiendo del grado de diferenciación, degeneración y distribución del elemento vascular. Se describen tres variedades microscópicas:

1) Angiomatoso (vascular, maduro): compuesto por numerosos vasos sanguíneos, con frecuencia capilares aunque ocasionalmente pueden ser cavernosos, en un estroma inconspicuo.

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

3) Degenerado: muestra cambios mixoides, hialinización, necrosis o calcificaciones.

Su apariencia varía con la transición entre los diferentes grados histológicos de sus células originarias. Es frecuente localizar grupos de vellosidades y telangiectasia adyacentes al tumor.

Debido a lo infrecuente de esta alteración, se trata del primer caso reportado en este hospital.

## CASO

Paciente femenina de 32 años de edad, originaria de Corea; se diagnosticó a la semana 36 (primer embarazo y ningún parto); fecha de última menstruación, 23 de noviembre del 2005; tuvo un embarazo de 38 3/7 semanas; sin antecedentes patológicos heredofamiliares o personales de importancia para el caso.

Al ingresar, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con pródromos de trabajo de parto. En la revisión obstétrica se detectó fondo uterino de 32, producto único vivo con FCF de 156, posición cefálica longitudinal, membranas íntegras (figura 1). Al tacto vaginal la longitud cervical se



Figura 1. Tumoración de origen placentario.

encontró de 1 cm, blando, medio, 1 cm de dilatación, Bishop de 6. El trabajo de parto se resolvió de manera eutóxica.

Se obtuvo un producto único vivo, con Apgar de 7/9 y peso de 2,850 g, que se mantuvo en el cunero fisiológico, sin complicaciones.

#### REPORTE DE HISTOPATOLOGÍA

Se recibió una placenta discoide en solución de formol con peso de 900 g, medidas de 19 x 17 x 5.0 cm, con un segmento de cordón umbilical de inserción central (figuras 2 y 3). La superficie fetal mostró vasos conges-



Figura 2. Corte sagital. Se observa corioangioma placentario en relación con el tamaño placentario.



Figura 3. Corte sagital. Se observa el tejido café violáceo, corioangioma.

tivos y tortuosos; la superficie materna, cotiledones completos de aspecto mamelonado. Al corte se vio un tejido sólido de color rojo violáceo, discretamente sobrelevado, que midió 4.0 x 3.0 cm; el resto del tejido placentario fue marrón rojizo, esponjoso, con áreas puntiformes amarillas de aspecto necrótico.

El cordón umbilical midió 32 cm de longitud por 2.0 cm de diámetro; al corte se hallaron tres vasos permeables y membranas amnióticas color blanco grisáceo, de apariencia despullida.

Diagnóstico: placenta del tercer trimestre de la gestación, con peso de 900 g, corioangioma parcialmente infartado, con áreas de calcificación multifocal de 4 cm de eje mayor; infartos múltiples con fibrina intervellosa, congestión vascular acentuada, hemorragia multifocal, membranas amnióticas con congestión y hemorragia, cordón umbilical con tres vasos permeables y edema en la gelatina de Wharton.

#### REFERENCIAS

1. Achiron R, Shaia M, Schimel M, Glaer J. Chorioangioma with hydrops in twins. *Fetus* 1992;2(3):1-3.
2. Duque F, Lammana R, Navas S, Brito J, García V. Dos 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. In: Kurman R, editor. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Springer Verlag, 1997;pp: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):210-11.

5. Guschmann M, Henrich W, Entezami M, Dudenhausen J. Chorioangioma new insights into a web 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, Levere K, Gilstrap L, y col. Enfermedades y anomalías de la placenta. *Obstetricia de Williams*. 20<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1998.
8. Deminiz M, Tunca Y, Ozcan A, Celausun B, Finci R. Placental chorioangioma associated with fetal cardiac complication. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:708-9.
9. Benirschke K, Kaufmann P. Pathology of the human placenta. 2<sup>nd</sup> ed. Berlín: Springer Verlag, 1990;pp:841-51.
10. Kin LT, et al. Prenatal treatment of chorioangioma by microcoil embolization. *BJOG: An Intern J Obstet And Gynaecol* 2003;110(1):70-73.
11. Wanapirak C. Alcoholization: the choice of intrauterine treatment for chorioangioma. *J Obstet Gynaecol Rev* 2002;28:71-75.
12. Kriplani A. Indomethacin therapy in the treatment of polyhydramnios due to placental chorioangioma. *J Obstet Gynaecol Rev* 2001;27(5):245-8.
13. Hernández M, Cuéllar J, Levario M. Corioangioma gigante de la placenta: informe de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69(11):439-42.
14. García-Flores J, Vega-Malagón G, Vega-Malagón JA, Galván-Aguilera A, Salmón-Vélez F. Corioangioma gigante. Presentación de un caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005;43(6):503-506.

## CADUCA

Se da este nombre a la mucosa uterina transformada durante el embarazo. Existen tres caducas:

*Primero. La caduca serotina o interúteroplacentaria*, que forma parte materna de la placenta, de la cual volveremos a hablar al tratar de este órgano.

*Segundo. La caduca verdadera*, que estudiaremos inmediatamente y que cubre todo el útero, salvo la región placentaria.

*Tercero. La caduca refleja*, que tapiza en los primeros meses toda la superficie del huevo y se reúne y suelda con la precedente al llegar el quinto mes, atrofiándose más tarde.

La CADUCA VERDADERA no es una neoformación; proviene de la *mucosa uterina normal*, de la cual es una transformación.

FUERA DEL EMBARAZO, la mucosa uterina ofrece un espesor de cerca de un milímetro; presenta un epitelio cilíndrico vibrátil. Este epitelio, excepto los cilios vibrátils, se continúa en las glándulas tubulares. Entre las glándulas se extiende el tejido conjuntivo, en el cual se encuentran elementos celulares de formas variables y ciertas células epiteloides, más voluminosas: éstas son las células propias de la mucosa uterina. Entre las glándulas, alrededor de las mismas y bajo el epitelio, corren los vasos sanguíneos.

DURANTE EL EMBARAZO, la caduca verdadera se modifica: durante los cinco primeros meses, se engruesa y llega a medir un centímetro; luego sufre un adelgazamiento progresivo, debido a la presión del huevo.

**Reproducido de:** Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:26.