

Revista Médica del IMSS

Volumen
Volume 43

Número
Number 6

Noviembre-Diciembre
November-December 2005

Artículo:

Corioangioma gigante. Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



Corioangioma gigante. Presentación de un caso

Jorge García-Flores,¹
 Genaro
 Vega-Malagón,²
 Jesús A.
 Vega-Malagón,³
 Alejandro
 Galván-Aguilera,⁴
 Fernando
 Salmón-Vélez⁵

¹Ginecoobstetra

²Ginecoobstetra,

Maestría en Ciencias

Médicas,

Doctorado en Ciencias

de la Salud

³Cirujano general

⁴Patólogo clínico

⁵Radiólogo

Facultad de Medicina,

Universidad Autónoma

de Querétaro,

Asociación de

Ginecología y Obstetricia

de Querétaro

Comunicación con:

Genaro Vega-Malagón.

Tel.: (01 442) 219 7587.

Fax: (01 442) 216 1414.

Dirección electrónica:

genarovm@uaq.mx

RESUMEN

El corioangioma de la placenta es el tumor no trofoblástico más frecuente de la placenta; su incidencia real es desconocida, aunque se ha reportado en 1 % de las placentas examinadas microscópicamente y con evidencia clínica en aproximadamente 1 entre 3500 a 9 mil nacimientos. Este tumor generalmente no se asocia a complicaciones materno-fetales a menos que el tamaño supere 5 cm de diámetro o que se encuentre cerca del sitio de inserción del cordón umbilical. Cuando el tumor es grande puede complicar el embarazo con hidramnios, hemorragia posparto, retraso en el crecimiento intrauterino, insuficiencia cardíaca congestiva en el recién nacido, etcétera. El caso clínico corresponde a una paciente de 23 años, sin antecedentes de importancia, a quien por ultrasonido en la semana 20 de gestación se le identificó tumoración placentaria de 11.6 x 9.2 x 7 cm. En la semana 24 presentó actividad uterina intensa, con hipertensión uterina, ruptura prematura de membranas y sangrado transvaginal profuso que requirió operación cesárea de urgencia, obteniéndose producto femenino de 670 g que falleció minutos después. El estudio histopatológico de la placenta indicó corioangioma placentario, histológicamente compatible con variedad degenerada.

SUMMARY

Placenta chorioangioma is the most frequent non-trophoblastic tumour 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 tumour is not generally associated to maternal fetal complications, unless the tumour size surpasses a diameter of 5 cm or is near the place of umbilical cord insertion. When the tumour is big, it can complicate the pregnancy with hydramnios, postpartum bleeding, delay in the intrauterine growth, or congestive heart failure in the newborn. The clinic case belongs to a female patient, aged 23, without important antecedents. A placental tumouration, 11.6 x 9.2 x 7 cm, was detected by ultrasound to this patient in her 20th week of pregnancy. In her 24th week, she presented intense uterine activity, with uterine hypertonia, premature rupture of membranes and profuse transvaginal bleeding, which required an emergency caesarean operation, getting a female product whose weight was 670 g. The product died minutes later. The placenta histopathological study reported placental chorioangioma, which histologically matches the degenerate variety.

Introducción

El corioangioma o hemangioma de la placenta (también llamado angioma, mixoma o fibroma) es el tumor no trofoblástico más frecuente de la placenta.^{1,2}

Es 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.^{3,4}

La incidencia de corioangioma evidente, clínicamente reportado por Achiron y colaboradores es de 1 a 2.8 por cada 10 mil nacimientos.¹ Duque y colaboradores reportan incidencia de 0.47 por cada 10 mil nacimientos, siendo más frecuente en el sexo femenino, primigestas y embarazos gemelares.^{2,5}

La etiología es desconocida, sin embargo, se cree que se origina de una proliferación excesiva de angioblastos indiferenciados (mesénquima coriónico), en una o más vellosidades (por las malformaciones telangiectásicas en las vellosidades

Palabra clave

✓ corioangioma gigante

Key word

✓ giant chorioangioma

distales); así mismo, se cree que la hipoxia es un factor que interviene en la formación de la angiogénesis placentaria.³

Los tumores grandes pueden asociarse con hidramnios o hemorragias anteparto, producir cortocircuito arteriovenoso en la circulación fetal que conlleva a insuficiencia cardíaca congestiva y sus complicaciones. Otras complicaciones son edema, coagulopatía de consumo, anemia hemo-lítica, microangiopatía y angiomas de la piel. La muerte y las malformaciones son raras.^{6,7} Microscópicamente se han descrito tres tipos:³



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



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

1. *Angiomatoso*: (vascular maduro) compuesto por numerosos vasos sanguíneos frecuentemente capilares, en un estroma inconspicuo, flojo.
2. *Celular* (inmaduro): formado por células primitivas, presumiblemente endoteliales compactadas.
3. *Degenerado*: cambios mixoides, hialinización, necrosis o calcificaciones.

Los conoangiomas placentarios pueden ser diagnosticados por ecografía; se observan como lesiones subcoriónicas compuestas de imágenes hipoeoicas alrededor de un centro ecogénico.¹

El diagnóstico se sospecha al tener los resultados de la ecografía, aunado a polihidramnios, cardiomegalia (doppler), irregularidades placentarias y retardo en el crecimiento intrauterino.

El diagnóstico diferencial es con la coriografía. Las imágenes del doppler en color ayudan a diferenciar el corioangioma placentario de otras lesiones placentarias y al seguimiento prenatal del corioangioma.^{8,9}

Se recomienda manejo conservador en aquellos tumores menores de 5 cm; en los mayores, vigilancia estrecha por la posibilidad de desarrollar las complicaciones mencionadas. Así mismo, el pronóstico dependerá de estas últimas.¹ El tratamiento prenatal con embolizaciones microespirales es otra opción para el manejo de corioangiomas; consiste en una técnica simple guiada por ultrasonido, con riesgo mínimo de embolización distal en la circulación del feto.¹⁰ Wanapirak y colaboradores sugieren el uso de alcoholización para el tratamiento de *hidrops fetalis* secundario a corioangioma.¹¹ La indometacina ha mostrado ser eficaz en el tratamiento del hidramnios secundario a corioangioma placentario.¹²

Caso clínico

Mujer de 23 años de edad, originaria y residente de Querétaro, Querétaro. Sin antecedentes familiares y no patológicos de importancia, alcoholismo ocasional, ritmo menstrual de 30 x 3 a 4, eumenorreica, control de la fertilidad con preservativo, gesta I con FUR.

Acudió a control prenatal de primera vez a las nueve semanas de gestación, con sintomatología neurovegetativa; al ultrasonido se observó embrión único vivo de características normales y tamaño acorde a la amenorrea, por lo que a la paciente se le indicó tratamiento sintomático, vitaminas y suplemento de hierro. Los exámenes de laboratorio y la evolución del embarazo fueron normales hasta la semana 20 en que la paciente presentó actividad uterina anormal para la edad gestacional, que cedió con la aplicación de indometacina y reposo en cama, sin embargo, el ultrasonido obstétrico reportó embarazo de 20 semanas de gestación, producto único, del sexo femenino, perfil biofísico fetal de 10 puntos y masa gelatinosa en cavidad amniótica de aproximadamente 14.6 x 9.2 x 7.1 cm. Se sospechó tumor placentario (figuras 1 y 2).

La paciente se presentó nuevamente a la semana 24 con actividad uterina intensa y a la exploración física se le encontró hipertoniá uterina, cérvix con 1 cm de dilatación y saco amniótico protuyendo hacia vagina. Fue enviada a hospitalización donde presentó ruptura prematura de membranas y sangrado transvaginal profuso, por lo que se efectuó operación cesárea de urgencia obteniéndose producto femenino de 670 g que falleció minutos más tarde. No se aceptó la necropsia.

La madre evolucionó satisfactoriamente durante el posoperatorio, por lo que fue dada de alta al segundo día de hospitalización. El alumbramiento fue espontáneo y se observó placenta aumentada de tamaño a expensas de tumoración en cara fetal, la cual fue enviada para su estudio histopatológico.

Anatomía patológica

Se envió a estudio histopatológico, placenta completa de 12 x 12 x 2 cm de superficie externa, anfractuosa con adherencias fibrosas, de aspecto esponjoso y consistencia blanda (figura 3). En varios cortes se observaron vasos sanguíneos dilatados y trombosados formando una masa de aspecto tumoral de color rojo vino, que en su conjunto midieron 14 x 9 x 7 cm. En la descripción microscópica se reportó vellosidades coriales del segundo trimestre con cambios degenerativos y hialinización severos, así como

zonas de calcificación, trombos intervellosos y nudos siniciales. En el corion se observó tumoración benigna constituida por vasos capilares bien diferenciados que mostraron endotelio rodeado por una red de tejido fibroso y células coriónicas (figuras 4 y 5), formando espacios con sangre fetal en su interior; además, se observó trombos intervellosos (figura 6). El cordón umbilical no mostró alteraciones histopatológicas. El diagnóstico histopatológico final fue:

- a) Fragmentos placentarios del segundo trimestre con corioangioma variedad degenerada.
- b) Cordón umbilical sin alteraciones de importancia.
- c) Sin datos de malignidad.

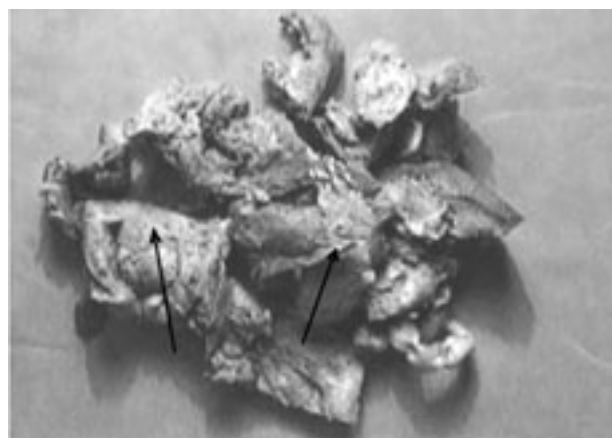


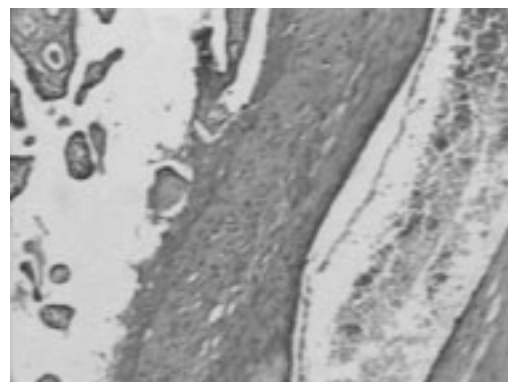
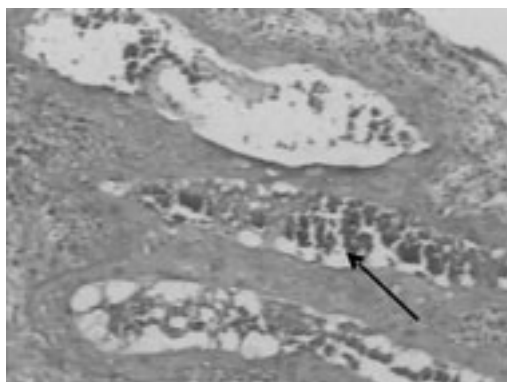
Figura 3. Fragmentos placentarios del segundo trimestre de gestación con corioangioma (flechas)

Discusión

Los corioangiomas son considerados verdaderos hemangiomas placentarios, la mayoría no tiene importancia clínica, sin embargo, los mayores de 5 cm de diámetro pueden tener consecuencias severas en la madre, el feto o el neonato.

En México existen muy pocos reportes en la literatura: Hernández en 2001 informó de un corioangioma de 10 cm descubierto durante una cesárea en un embarazo de 37 semanas que no presentó complicaciones maternas o fetales graves.¹³

En el presente caso, el gran volumen del tumor placentario tal vez fue fundamental para desencadenar trabajo de parto en el segundo trimestre de la gestación y de las serias complica-



Figuras 4 y 5. Microscópicamente se observa corion con tumoración formada por vasos y capilares con endotelio rodeado por una red de tejido fibroso y células coriónicas cuyos espacios alojan sangre fetal en su interior

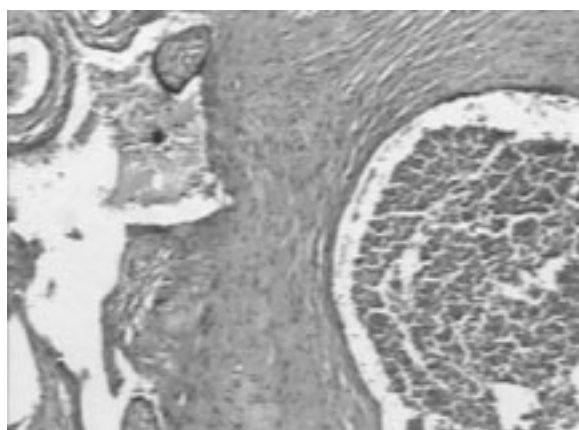


Figura 6. Con aumento de 400 x se aprecian vasos capilares bien diferenciados que contienen sangre fetal en su interior con trombos intervillosos

ciones que culminaron con la interrupción del embarazo y la muerte fetal. Se resalta la importancia del ultrasonido para el diagnóstico oportuno de esta patología y del estudio histopatológico para su confirmación.

Se sugiere que al identificar ecográficamente una masa placentaria sospechosa de corioangioma, se efectúe un examen con Doppler con atención en el incremento de la velocidad del flujo sanguíneo fetal y una vigilancia clínica estrecha durante todo el embarazo.

Referencias

1. Achiron R, Shaia M, Schimel M, Glaer J. Chorioangioma with hydrops in twins. *Fetus* 1992;2(3):1-3.
2. Duque F, Lammanna 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. En: Kurman R, editor. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. Cuarta edición. New York: Springer Verlag; 1997. p. 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): 210-211.
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):163-169.
6. Mucitelli D, Charles E, Kraus F. Chorioangioma of intermediate size and intrauterine growth retardation. *Pathol Rev Pract* 1990;186:455-458.
7. Cunningham G, MacDonald P, Gant N, Levero K, Gilstrap L, Hankins G. Enfermedades y anomalías de la placenta. *Williams Obstetricia*. Vigésima edición. 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;76:708-709.
9. Benirschke K, Kaufmann P. *Pathology of the human placenta*. Segunda edición. Berlín: Springer Verlag; 1990. p. 841-851.
10. Kin LT, et al. Prenatal treatment of chorioangioma by microcoil embolisation. *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):245-248.
13. Hernández M, Cuéllar J, Levario M. Corioangioma gigante de la placenta: informe de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69(11):439-442. **mm**