Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2018 octubre;86(10):692-698.

Corioangioma placentario gigante. Reporte de un caso

Giant placental chorioangioma. A case report.

Alfredo Ramírez-Cárdenas,[1] Elías Emanuel Licona-Venegas,[2] Roque Delfino Licona-Menínde z,[3] Fidel S. Navarro-Muñoz[4]

Resumen

ANTECEDENTES: El corioangioma es el tumor placentario benigno más frecuente (1%). Cuando miden más de 5 cm pueden causar complicaciones materno-fetales, por lo que es importante establecer el diagnóstico prenatal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, atendida en el Hospital Español de Beneficencia de Pachuca, con fetometría de 19.2 semanas, acorde con el ultrasonido del primer trimestre. En la evaluación del estudio de imagen se observó edema craneal; área cardiacatorácica 0.55 (anormal), compatible con cardiomegalia severa. El ultrasonido Doppler materno mostró la placenta en localización anterior y una tumoración de 7.53 x 6.74 x 6.33 cm, con zonas hiper e hipoecoicas, que protruía la superficie fetal de la placenta, arriba de la inserción del cordón umbilical. Los vasos de alimentación con diámetro máximo de 3 mm, ubicados superficialmente y cerca de la inserción del cordón. En la valoración del ultrasonido Doppler fetal: ACM-PVS: 33.5 cm/s, 1.37 MoM, anemia leve y DV IP 1.02 (> p95 anormal); en la vena umbilical del cordón se observó flujo pulsátil, *pool* máximo de 5.81 cc y longitud cervical de 4 cm. Mientras se integraba un equipo multidisciplinario se acordó tratamiento expectante hasta el nacimiento; debido a las repercusiones hemodinámicas el feto falleció. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de corioangioma (hemangioma placentario), de 7 cm de diámetro mayor.

CONCLUSIONES: Es importante reportar los casos de corioangioma placentario, con la finalidad de contribuir al conocimiento y estimar las tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

PALABRAS CLAVE: Corioangioma placentario; corioangioma gigante; diagnóstico prenatal.

Abstract

BACKGROUND: Chorioangioma is the most common benign placental tumour (1%). If these are greater than 5 cm, it can cause various maternal-fetal complications, so it is important to perform your prenatal diagnosis.

CLINICAL CASE: Female patient of 25 years-old, attended at the Hospital Español de Beneficencia de Pachuca with suggestive diagnosis with fetus of 19.2 weeks, according to the ultrasound of the first trimester; in the imaging study cranial oedema was observed; cardiac-thoracic area 0.55 (abnormal), compatible with severe cardiomegaly. The maternal Doppler ultrasound showed the placenta in the anterior location and tumour of 7.53 x 6.74 x 6.33 cm, with hyperechoic and hypoechoic zones, which protruded the fetal surface of the placenta, above the insertion of the umbilical cord; the feeding vessels with a maximum diameter of 3 mm, located superficially and close to the insertion of the cord. In the evaluation of fetal Doppler ultrasound: ACM-PVS: 33.5 cm/s, 1.37 MoM, mild anaemia and DV IP 1.02 (> p95 abnormal); In the cord umbilical vein pulsatile flow was observed, maximum pool of 5.81 cc and cervical length of 4 cm. While a multidisciplinary team was formed, expectant treatment was agreed upon until birth; however, soon after, the fetus died due to hemodynamic repercussions. The histopathological study confirmed the diagnosis of chorioangioma (placental hemangioma), 7 cm in greatest diameter.

CONCLUSIONS: It is important to report the cases of placental chorioangioma, with the purpose of contributing with the knowledge and estimating maternal-fetal morbidity and mortality rates.

KEYWORDS: Placental chorioangioma; Giant chorioangioma; Prenatal diagnosis.

[1] Medicina Materno-Fetal.
[2] Ginecoobstetra.
[3] Ginecoobstetra, Director médico.
[4] Patólogo.
Hospital Español de Beneficencia de Pachuca, Hidalgo.

Recibido: julio 2018

Aceptado: agosto 2018

Correspondencia
Alfredo Ramírez Cárdenas
alfredoramirez_atm@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Ramírez-Cárdenas A, Licona-Venegas EE, Licona-Menínde z RD, Navarro-Muñoz FS. Corioangioma placentario gigante. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018 octubre;86(10):692-698.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2365

ANTECEDENTES

El corioangioma es el tumor placentario benigno más frecuente (1%). Es una malformación arteriovenosa, única o múltiple, dentro del parénquima placentario. Se clasifican en pequeños o gigantes, con criterios basados en puntos de corte. Se consideran gigantes los mayores de 5 cm. Su prevalencia se estima en 1:9000-50,000 casos.[1]

Los corioangiomas gigantes se relacionan con complicaciones maternas y fetales como: polihidramnios, parto pretérmino, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento intrauterino, anemia fetal, hidrops no aloinmunitario, preeclampsia, insuficiencia cardiaca fetal y óbito.[2] En Latinoamérica existen pocos reportes de corioangioma placentario. La importancia de establecer el diagnóstico oportuno radica en que se trata de una alteración con elevada mortalidad fetal y diversas alteraciones perinatales. En México se han reportado pocos casos de corioangioma placentario. En regiones con altitudes mayores a 3600 metros la prevalencia de corioangioma es, incluso, 20 veces mayor, así como en primigestas, embarazos gemelares y fetos femeninos.[3]

El diagnóstico de la neoplasia se sospecha por ultrasonido Doppler; por tanto, establecerlo tempranamente puede aminorar las repercusiones perinatales y dar la oportunidad de individualizar el caso y plantear las opciones de tratamiento.

En la bibliografía se reportan tres patrones histológicos: *1)* angiomatoso, *2)* celular y *3)* degenerado. El patrón angiomatoso es el más común y su característica principal es la identificación de pequeños vasos capilares revestidos por células endoteliales, rodeados de estroma placentario.[4]

Zoppi y su grupo[5] sugieren que la evaluación semicuantativa del flujo de la tumoración placentaria mediante ultrasonido Doppler puede ayudar a estandarizar el tratamiento, aplicando una puntuación basada en la intensidad de la señal del método de imagen, por ejemplo: puntuación 1: no se observa sangre en la lesión; puntuación 2: solo se detecta un flujo mínimo; puntuación 3: flujo moderado evidente, y puntuación 4: altamente vascularizada, con flujo sanguíneo marcado.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 25 años, originaria y residente de Pachuca, Hidalgo, sin antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual. Antecedentes ginecoobstétricos: dos embarazos y un parto (hijo previo con cardiopatía), fecha de la última menstruación no confiable. El control prenatal se inició en el primer trimestre en su centro de salud. El ultrasonido del 20 de diciembre de 2017 reportó una longitud cráneo-caudal de 12 semanas de gestación (**Figura 1**) y, posteriormente, el 9 de enero de 2018, la fetometría evidenció 15 semanas de gestación y una tumoración hipoecoica de 20.6 mm x 16.9 mm en la placenta (**Figura 2**), por lo que se envió al Hospital Español de Beneficencia de Pachuca para su valoración por el ginecoobstetra (7 de febrero de 2018), quien estableció el diagnóstico sugerente de mioma y tumoración placentaria, con base en las imágenes reportadas en los ultrasonidos previos. El estudio estructural del segundo trimestre (8 de febrero de 2018; **Figura 3**) reportó: fetometría de 19.2 semanas, acorde con el ultrasonido del primer trimestre. En la exploración se observó edema craneal, cavidad cardiaca con las cuatro cámaras sin alteraciones, cierre y apertura de las válvulas auriculoventriculares sincrónicas y rítmicas, conexiones auriculoventriculares y ventriculoarteriales normales. El área cardiacatórax 0.55 (anormal) se encontró compatible con cardiomegalia severa. Los pulmones íntegros y frecuencia cardiaca de 143 latidos por minuto.



Figura 1. Ultrasonido del primer trimestre.

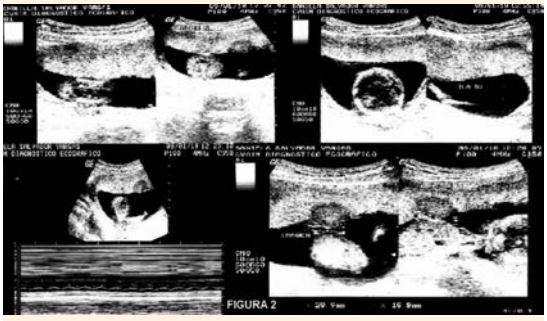


Figura 2. Ultrasonido del primer trimestre que evidencia una tumoración en la placenta.

El resto de la exploración sin malformaciones evidentes.

El ultrasonido Doppler materno reportó: placenta con localización anterior y una tumoración de 7.53 x 6.74 x 6.33 cm, con zonas hiper e hipoecoicas, que protruía la superficie fetal de la placenta, arriba de la inserción del cordón umbilical. Los vasos de alimentación con diámetro máximo de 3 mm, ubicados superficialmente y cerca de la inserción del cordón. En la valoración del ultrasonido Doppler fetal: ACM-PVS: 33.5 cm/s, 1.37 MoM, anemia leve y DV IP 1.02 (> p95

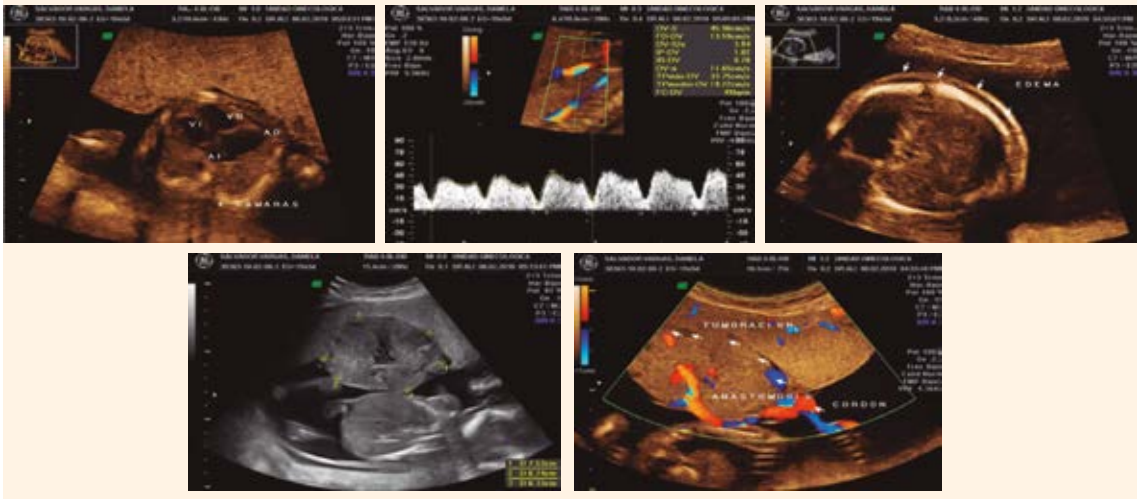


Figura 3. Ultrasonido de segundo nivel.

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2365

anormal). En la vena umbilical del cordón se observó flujo pulsátil, *pool* máximo de 5.81 cc y longitud cervical de 4 cm (**Figura 3**). Con esos hallazgos se estableció el diagnóstico final de corioangioma gigante con afección cardiaca fetal. De acuerdo con los criterios de Zoppi y su equipo, se otorgó una puntuación de 4 en el ultrasonido Doppler-color (evidencia de deterioro de la circulación fetal). Se solicitó a la institución integrar un comité de ética, formado por múltiples especialistas, con la finalidad de otorgar asesoría multidisciplinaria, basada en evidencia médica para la intervención fetal y tratamiento expectante hasta su nacimiento.

Durante la instalación del comité de ética y la asesoría médica ocurrió la muerte del feto como consecuencia de las repercusiones hemodinámicas, por lo que se decidió la inducto-conducción del parto, del que se obtuvo un óbito. La placenta se envió a estudio histopatológico, para su evaluación y confirmación del diagnóstico (**Figura 4**). El reporte de los cortes histológicos mostró proliferación de las vellosidades coriales del segundo trimestre del embarazo, depósitos de fibrina inter e intravellosos; infarto reciente; nódulo con proliferación de vasos y endotelio prominente; membranas sin alteraciones y cordón umbilical con tres vasos congestionados. Se estableció el diagnóstico de corioangioma (hemangioma placentario), de 7 cm de diámetro mayor.

DISCUSIÓN

El corioangioma es la neoplasia no trofoblástica benigna de la placenta identificada con mayor frecuencia. El diagnóstico se sospecha al encontrar imágenes de una tumoración sólida, con apariencia hiper o hipoecoica. Con base en estos hallazgos se propone el algoritmo de tratamiento expuesto en la **Figura 5**. Las malformaciones congénitas no se han correlacionado de manera significativa, incluso pueden ser una simple asociación o la consecuencia de un efecto de la misma tumoración; por tanto, algunos estudios han reportado fetos con diagnóstico de Pierre-Robin o recién nacidos con múltiples hemangiomas.[6,7] En nuestro caso, el ultrasonido Doppler no reportó ninguna malformación, al igual que el estudio de patología.

Los corioangiomas placentarios gigantes se asocian con múltiples complicaciones obstétricas. La mortalidad perinatal estimada varía de 30 a 40%.[8] En la actualidad, los corioangiomas con repercusión fetal pueden tratarse con diferentes métodos; sin embargo, es importante establecer el tratamiento expectante (vigilancia estrecha mediante ultrasonido), con la finalidad de planear el momento del parto, o el tratamiento conservador (si la edad gestacional lo permite), incluso optar por tratamiento invasivo. Entre otras opciones se encuentran: amniorreducción en caso de síntomas maternos por hiperfiltrado

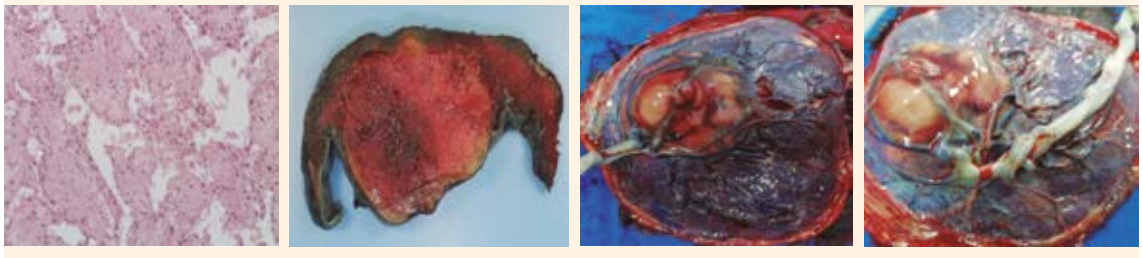


Figura 1. Estudio histopatológico.

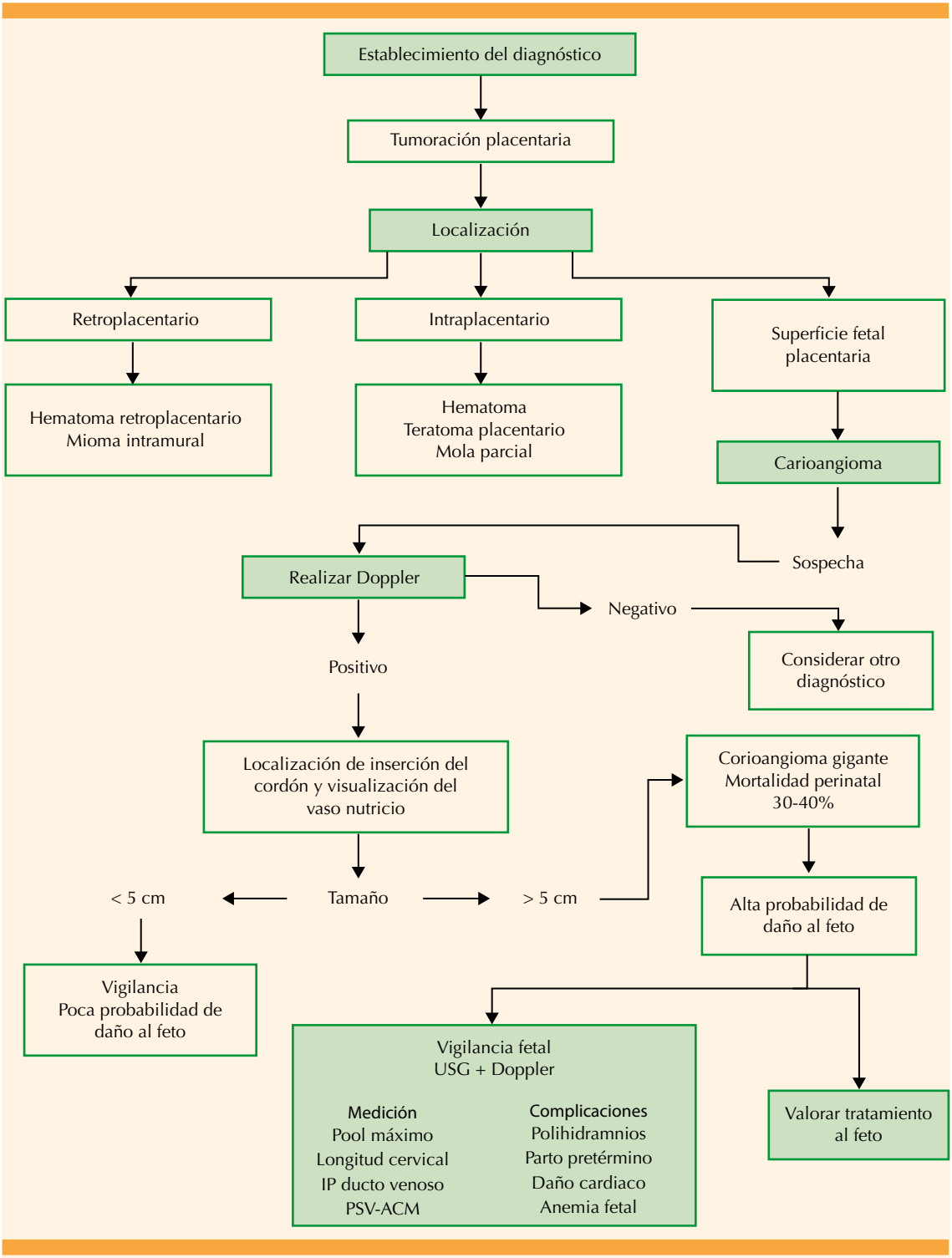


Figura 5. Algoritmo diagnóstico.

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2365

renal fetal; transfusión intrauterina para corregir la anemia fetal, ya sea secundaria a hemólisis microangiopática o secuestro eritrocitario; ablación del tumor con alcohol, embolización transcutánea guiada por ultrasonido, destrucción con láser intersticial y fotocoagulación con láser por fetoscopia de los vasos de alimentación. No obstante, la bibliografía señala que ninguna de estas técnicas ha garantizado, hasta el momento, un éxito terapéutico, incluso sugiere que el éxito relativo depende de múltiples factores asociados.[9]

El estudio de Wattar y sus colaboradores,[10] efectuado en 112 pacientes con diagnóstico prenatal de corioangioma, reportó 79 casos con tratamiento expectante y 33 con intervención invasiva. La tasa de complicaciones prenatales relacionadas con la enfermedad fue mayor en este último y concluyen que el supuesto éxito de la intervención prenatal se logró en las pacientes con corioangiomas localizados más lejos del sitio de inserción del cordón umbilical y demostraron, mediante ultrasonido Doppler, que la circulación no depende directamente del cordón umbilical. En el caso aquí reportado el estudio ecográfico del feto demostró hallazgos objetivos de disfunción cardiaca, debido a la proximidad del cordón umbilical con el corioangioma, lo que provocó su fallecimiento intrauterino por insuficiencia cardiaca. Otra conclusión de Wattar y su grupo fue que la localización del cordón umbilical próxima a la tumoración dificulta la coagulación endoscópica con láser y, por supuesto, esta alteración se asocia con sangrado del vaso, que representa un factor determinante de mal pronóstico.[10]

CONCLUSIONES

El adecuado control prenatal es importante para la detección oportuna de alteraciones durante el embarazo. Puesto que el ultrasonido Doppler se encuentra disponible en la mayor parte de las instituciones médicas, el diagnóstico de corioangioma es fácil de establecer. El tratamiento puede ser expectante, con base en el seguimiento ecográfico del tumor y ultrasonido Doppler fetoplacentario, incluso pueden implementarse técnicas invasivas, no exentas aún de riesgos para el feto. El estudio histopatológico de la placenta es la única herramienta capaz de determinar la verdadera incidencia de esta patología.

La relevancia de este caso radica en que, al ser una alteración poco reconocida y diagnosticada, se estableció el diagnóstico de forma fortuita en el primer trimestre, hasta ese momento sin tomarle importancia, por lo que la paciente evolucionó con el embarazo hasta el segundo trimestre, cuando se estableció el diagnóstico definitivo y la conducta terapéutica a seguir, que en este caso se determinó con base en el tamaño del corioangioma y las repercusiones hemodinámicas en el feto. En México y Latinoamérica existen pocos reportes de corioangioma placentario; por tanto, es importante reportar estos casos, con la finalidad de contribuir a su conocimiento y estimar las tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

REFERENCIAS

1. Fox H, Sebire NJ, editors. Non-trophoblastic tumors of the placenta. In: Pathology of the placenta. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007;401-430.
2. Haiyan Lui, Weirong Gu,Xiaotian Li. Natural history and pregnancy outcome in patients whit placental chorioangioma. JCU 2014;42(2):74-80. https://doi.org/10.1002/jcu.22101
3. Vega G, et al. Corioangioma gigante de la placenta: reporte de dos casos. Rev Chil Obstet Ginecol 2007;72(6): 407-11. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000600009
4. Pérez-García GE, et al. Corangioma placentario: enfoque clínico-patológico de un caso descrito en Colombia. Ginecol Obstet Mex 2013;81(2):109-114.
5. Zoppi MA, et al. Color Doppler score: a new approach for monitoring a large placental chorioangioma. Case Reports in Obstetrics and Gynecology 2014, Article ID 723429. http://dx.doi.org/10.1155/2014/723429
6. Mathis J, et al. Fetal laser therapy: applications in the management of fetal pathologies. Prenatal Diagnosis 2015;35:623-36. https://doi.org/10.1002/pd.4587

7. Smeke BJ, et al. Corioangioma placentario gigante asociado a secuencia de Pierre Robin. An Med (Mex) 2011;56(1):38-43.
8. Zanardini C, et al. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome. https://doi.org/10.1002/uog.7451
9. Lim F, et al. Giant chorioangiomas: perinatal outcomes and techniques in fetoscopic devascularization. Ultrasound Obstet Gynecol 2010;35:332-36. https://doi.org/10.1159/000363600
10. Al Wattar, et al. Placenta chorioangioma: a rare case and systematic review of literature. J Matern Fetal Neonatal Med 2014;27(10): 1055-63. https://doi.org/10.3109/14767058.2013.847424

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de Referencia que incluya número DOI (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res 2017;25(11):239-42. DOI: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2365