Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (5): 389-393.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.7982

Corioangioma en paciente multípara. Caso clínico

Chorioangioma in multiparous aged. Clinical case.

Paula Cecilia Rodríguez-Villalobos,[1] Lenin Alejandro Villalobos-Rodríguez[2] Guillermo Padrón-Arredondo[3]

Resumen

ANTECEDENTES: El corioangioma es un tumor vascular de origen placentario perteneciente al grupo de los hemangiomas vasculares. Es el tumor placentario primario no trofoblástico más frecuente de origen vascular.

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años con antecedentes de: menarquia a los 12 años, inicio de la vida sexual activa a los 13 años, tres embarazos y dos partos. Del embarazo actual solo había tenido dos consultas prenatales. El ultrasonido reportó 35 semanas de embarazo con feto de 2250 g. La paciente tuvo dolor de origen obstétrico y trabajo de parto en fase latente. El parto fue eutócico, sin complicaciones. Se observó una tumoración placentaria.

CONCLUSIONES: La valoración placentaria mediante ultrasonido-Doppler de control es importante para detectar tumoraciones y evitar que, cuando son pequeñas, pasen inadvertidas, como los corioangiomas.

PALABRAS CLAVE: Corioangioma; tumor vascular; placentario; menarquia; adolescente; hemangioma.

Abstract

BACKGROUND: Chorioangioma is a vascular tumor of placental origin belonging to the group of vascular hemangiomas. It is the most frequent non-trophoblastic primary placental tumor of vascular origin.

CLINICAL CASE: 37-year-old patient with a history of: menarche at 12 years of age, beginning of active sexual life at 13 years of age, three pregnancies and two deliveries. She had only had two prenatal visits for the current pregnancy. The ultrasound reported 35 weeks of pregnancy with a 2250 g fetus. The patient had pain of obstetric origin and labor in the latent phase. The delivery was euthecological, without complications. A placental tumor was noted.

CONCLUSIONS: Placental assessment by control ultrasound-Doppler is important to detect tumors and to avoid that, when they are small, they go unnoticed, such as chorangiomas.

KEYWORDS: Chorangioma; Vascular tumor; Placental; Adolescent; Menarche; Hemangioma; Fetus.

[1] Residente de primer año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Ginecoobstetra.
[3] Cirujano General.
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Playa del Carmen, Solidaridad, Quintana Roo, México.

ORCID
0000-0001-6049-5672

Recibido: julio 2022

Aceptado: agosto 2022

Correspondencia
Guillermo Padrón Arredondo
gpadronarredondo@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:
Rodríguez-Villalobos PC, Villalobos-Rodríguez LA, Padrón-Arredondo G. Coriangioma en paciente multípara. Caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (5): 389-393.

ANTECEDENTES

El corioangioma es un tumor vascular de origen placentario perteneciente al grupo de los hemangiomas vasculares caracterizado por una proliferación benigna de los vasos capilares y estroma dentro de las vellosidades de la placenta.[1]

La incidencia del corioangioma es de 1 a 2.8 casos por cada 10,000 nacimientos; es más frecuente en fetos femeninos, primigestas y en embarazos gemelares. Se desconoce su causa pero se cree que la hipoxia es un factor que interviene en la formación de la angiogénesis placentaria. Estos tumores pueden asociarse con embarazos múltiples, preeclampsia y anomalías congénitas fetales. Los tumores mayores de 5 cm pueden asociarse con hidramnios, hemorragias anteparto y cortocircuitos arteriovenosos en la circulación fetal, con insuficiencia cardiaca congestiva. Puede, también, haber otras complicaciones: edema, coagulopatía de consumo, anemia hemolítica, microangiopatía y angiomas de la piel.[2]

Los corioangiomas son más frecuentes en mujeres mayores de 30 años, primíparas, con embarazos gemelares, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Su relevancia clínica se relaciona con el tamaño de la tumoración; a mayor crecimiento (más de 4 a 5 cm) mayor riesgo para el feto y la madre.[3] Los reportes de este tipo de tumor placentario son infrecuentes.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, ingresó al servicio de Urgencias con los siguientes antecedentes: menarquia a los 12 años, inicio de la vida sexual activa a los 13 años, tres embarazos y dos partos; ecografía con embarazo de 35 semanas. La paciente cursó con dolor de una hora de evolución y trabajo de parto en fase latente. La exploración física y los exámenes de laboratorio se reportaron sin alteraciones. El parto fue eutócico, con nacimiento de una niña; meconio (+++), cordón umbilical grueso, talla de 49 cm y 2895 g. Se observó una tumoración placentaria (**Figura 1**). Reporte histopatológico: placenta monoamniótica, monocorial, disco placentario ovoide de 17.5 x 17 cm, con inserción central del cordón umbilical de 17 cm de longitud x 1 cm de diámetro. Tumor separado de la placenta, pediculado, de 8.2 x 4.2 x 4 cm, con superficie multilobulada de color marrón oscuro. Masa sólida con dos áreas delimitadas marrón claro y oscuro, con aspecto hemático. El tipo de tumor era compatible con corioangioma placentario, con infartos extensos, calcificaciones y depósitos de hemosiderina. **Figuras 1 y 2**

DISCUSIÓN

Los corioangiomas placentarios gigantes (mayores de 5 cm) se asocian con múltiples complicaciones obstétricas y la mortalidad perinatal estimada varía del 30 al 40%, con elevada mortalidad fetal y diversas alteraciones perinatales. Ramírez-Cárdenas y su grupo[4] informaron un

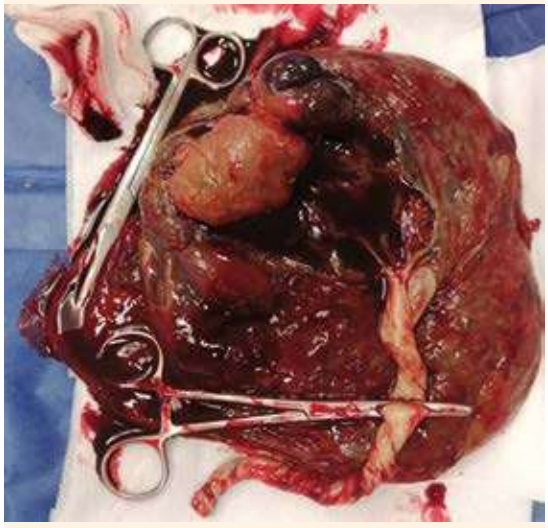


Figura 1. Imagen macroscópica de la tumoración, en la cara posterior de la placenta.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.7982

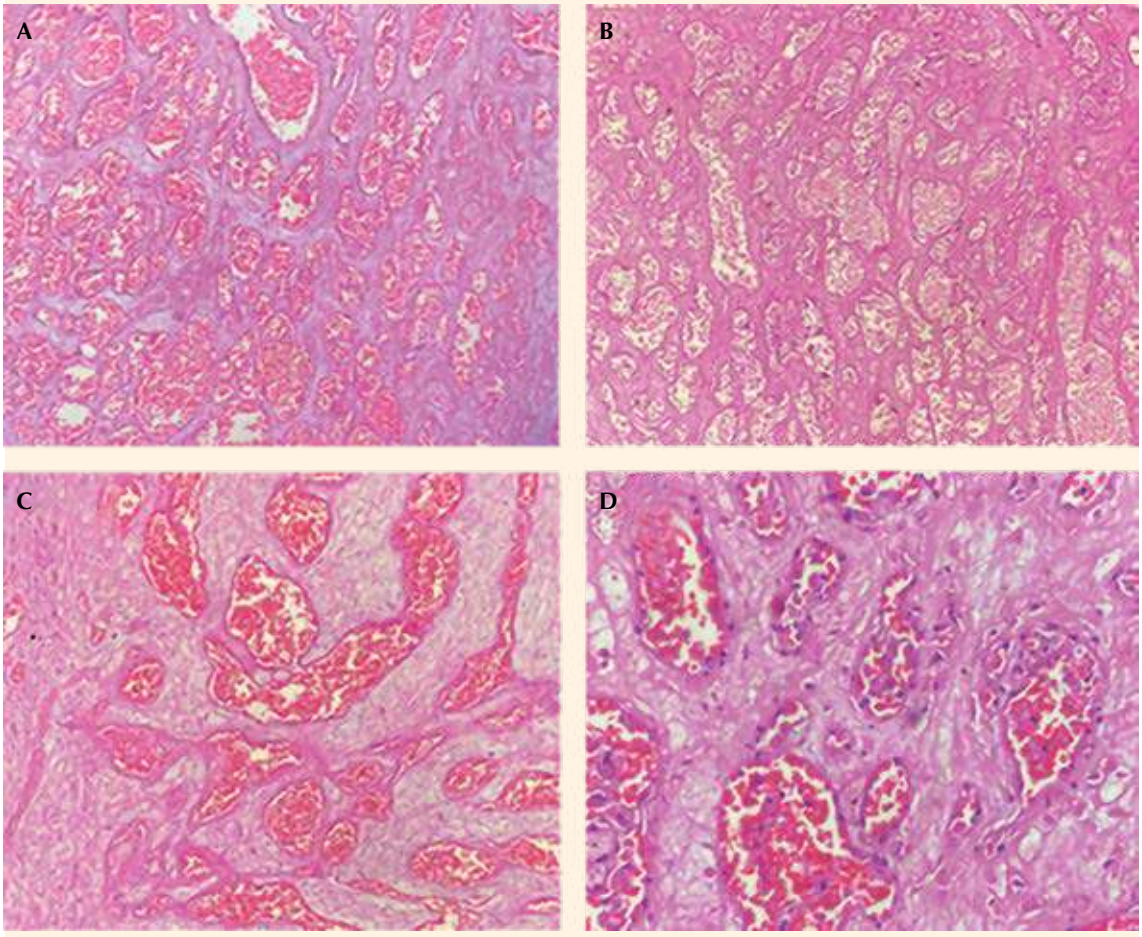


Figura 2. A) Neoplasia benigna caracterizada por una proliferación vascular (capilares) 4x. **B)** Zonas de infarto 4x. **C)** Acercamiento: capilares ectásicos, con abundantes eritrocitos en su interior 10x. **D)** A mayor acercamiento se identifican las células endoteliales de características citológicas blandas 40x.

caso diagnosticado a las 15 semanas con una tumoración placentaria hipoecoica de 20.6 x 16.9 cm y muerte del feto.

Bustillos-Villavicencio informó un caso de corioangioma gigante diagnosticado en el posparto, con polihidramnios como única manifestación clínica asociado con trabajo de parto prematuro. Este autor insiste en el valor del ultrasonido diagnóstico que puede descubrir lesiones placentarias menores de 4 cm a partir del segundo mes del embarazo.[5]

Blengio V y colaboradores reportaron el caso de una paciente de 21 años con un corioangioma gigante de 82 x 58 mm diagnosticado a las 28 semanas, con feto sano nacido por cesárea. La tumoración no aumentó de tamaño ni se regis-

traron repercusiones en el recién nacido ni en la madre.[6]

Torres-Correa y coautores publicaron un caso detectado a las 26 semanas en una paciente de 21 años, con una tumoración de 7 cm, con CD34 y anticuerpos antimúsculo liso positivos. El embarazo trascurrió con complicaciones: parto pretérmino, hidropesía fetal, retardo en el crecimiento y muerte fetal intrauterina.[7]

Desai T y su grupo informaron el caso de una paciente de 26 años, primigesta, con 31 semanas más 5 días de embarazo. A las 21 semanas se detectó una tumoración placentaria de 6.5 x 5.2 cm cercana al sitio de inserción del cordón umbilical. Se diagnosticó corioangioma. A la semana 26 se detectó un crecimiento tumoral de 115 a 160 mL que continuó aumentando. Se decidió la finalización del embarazo mediante cesárea a las 31 semanas más 5 días; el recién nacido, masculino, pesó 1.56 kg, con Apgar de 6-10 a 8-10 al minuto y a los 5 minutos. Permaneció dos semanas en la unidad de neonatología y la madre y su hijo se dieron de alta a los 21 días contados a partir de su hospitalización.[8]

Moreno-López y colaboradores reportaron el caso de una paciente de 31 años, multigesta, que en el segundo trimestre del embarazo se le detectó una tumoración placentaria de 68.4 x 63.6 mm. A las 32.8 semanas se finalizó el embarazo mediante cesárea con el nacimiento de una niña. La mdre y su hija recibieron el alta hospitalaria, sin complicaciones. Los autores hacen hincapié en la necesidad del seguimiento de estos casos con ultrasonido Doppler seriado.[9]

Novoa y coautores publicaron el caso de una embarazada de 16 años, con 25 semanas de gestación y un tumor de 8 x 8.3 x 4 cm y volumen de 19 mL que le causó anemia fetal severa y polihidramnios. Se decidió la ablación intrauterina, con láser del vaso nutricio, mediante fetoscopia. Se indicó cesárea de urgencia, con recién nacida que evolucionó favorablemente.[10]

En relación con la atención obstétrica de estos casos, Sarmiento-Rodríguez y colaboradores[11] hacen hincapié en la importancia de la vigilancia de estos embarazos, la transfusión fetal *in utero* y los procedimientos invasivos guiados por ultrasonografía. Yadav y su grupo[12] recomiendan el seguimiento en pacientes con tumores pequeños cada 6 a 8 semanas y en tumores gigantes cada 1 a 2 semanas. La intervención puede ser con láser guiado por ultrasonido, devascularización endoscópica, ablación con alcohol, amnioreducción e indometacina para prevenir la mortalidad perinatal.

CONCLUSIONES

El corioangioma recuerda que la valoración placentaria con ultrasonido-Doppler de control durante el embarazo es decisiva para detectar este tipo de tumoraciones. Cuando son pequeños suelen pasar inadvertidos y, en algunos casos, solo se diagnostican cuando en el posparto se revisa la placenta, examen que debe ser sistemático.

Agradecimientos

A las doctoras Michelle Castro Barrios y Davinia Suárez Flores del servicio de Patología del Hospital General Playa del Carmen, Quintana Roo.

REFERENCIAS

1. Pérez-García GE, Sierra-Avendaño JA, Rangel-Navia-E, Fuentes-Porras JS. Corangioma placentario: enfoque clínico-patológico de un caso descrito en Colombia. Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 109-114. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/download/1670
2. García Flores J, Vega-Malagón G, Vega-Malagón JA, Salmón-Vélez F. Corioangioma gigante. Presentación de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (6): 503-6. https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745545007.pdf
3. Lěz C, Füres R, Hrgovic Z, Belina S, Fajdik J, Munsted K. Chorangioma placentae. Rare tumors 2010; 2: e67 193-94. doi:10.4081/rt.2010.e67

https://doi.org/10.24245/gom.v91i5.7982

4. Ramírez-Cárdenas A, Licona-Venegas EE, Licona-Menínde RD, Navarro-Muñoz FS. Corioangioma placentario gigante. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2018; 86 (10): 692-98. https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2365
5. Bustillos-Villavicencio J, Robles-Mora G, Murillo-Chaves A. Saborío-López V, Parra-Ramírez P, Calderón-Solano E, et al. Corioangioma placentario gigante. Reporte de caso. RevCoG 2018; 22 (1): 16-20. http://revistamedica.org/index.php/revcog/article/download/738/411
6. Blengio V, Affonso M, Orihuela P. Corioangioma placentario gigante. A propósito de un caso. Arch Gineco Obstet 2020; 58 (2): 115-22. https://docplayer.es/194557443-Corioangioma-placentario-gigante-a-proposito-de-un-caso.html
7. Torres-Correa JE, Sánchez-Montoya MA, Sandoval-Sánchez J, Castro-Álvarez JF. Corioangioma placentario. Reporte de caso. Med Lab 2020; 24: 325-32. https://doi.org/10.36384/01232576.340.
8. Desai T, Vishuanath. Placental chorioangioma. A planned successful outcome. J Obst Gynecol India 2021; 7 (2): 181-83. https://doi.org/10.1007/s13224-020-01369-7.
9. Moreno-López JC, Gutiérrez-Sánchez EF, Herrera-Barrera LE, Murillo-Bargas H. Corioangioma placentario gigante en embarazo de término temprano. Reporte de un caso. Ginecol Obst Mex 2021; 89 (8): 635-40. https://doi.org/10.24245/gom.v89i8.5025
10. Novoa RH, Ventura W, Zárate-Girao M, Castillo-Urquiaga W, Limay-Ríos A. Corioangioma placentario gigante. A propósito del primer caso sometido a fetoscopia y foto-coagulación laser en el Perú. Rev Perú Ginecol Obst 2018; 64 (4): 661-65. https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2136
11. Sarmiento-Rodríguez A, Quijano-García FE, Pauccini-Santamaría G, Rodríguez-Acosta N, Victoria-Gómez PA. Placental Chorioangioma. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol 2008; 59 (1): 62-67. file:///C:/Users/nizjo/Downloads/433-Texto%20del%20art%C3%ADculo-875-1-10-20160705.pdf
12. Yadav M, Maheshuari M, Sharma S, Godha Z, Garg P, Sharma G. Chorioangioma of placenta: a rare case of Near. Miss mortality. J Obstet Gynecol India 2017; 67 (3): 224-26. https://doi.org/10.1007/s13224-016-0934-7.

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. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015*

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).