

Tumor vascular placentario benigno: corioangioma gigante

Paula Hernández Vecino*, María Jesús Ruiz Navarro*, Vanesa Souto Muras*, Blanca Grande Rubio*

*MIR. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

Correspondencia: Paula Hernández Vecino. phernandezve@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: El corioangioma es el tumor placentario benigno no trofoblástico más frecuente, siendo la mayoría de ellos menores de 4 centímetros (cm). En caso de superar esta medida se consideran corioangiomas gigantes. Debido a las complicaciones que generan puede ser necesario finalizar la gestación de forma prematura.

Exposición del caso: Paciente de 23 años, secundigesta, captación tardía de la gestación (en semana 18). Como antecedentes personales destacaba hipotiroidismo y obesidad. Controles de la gestación a partir de ese momento dentro de la normalidad hasta la ecografía morfológica de tercer trimestre donde se visualizó en la placenta imagen de 57x40 milímetros (mm) con abundante vascularización que impresionaba de corioangioma. No se objetivó anemia fetal estimada, polihidramnios ni otros signos indirectos de insuficiencia cardíaca fetal. Además, se apreciaba dilatación del tracto urinario grado I bilateral. Se realizaron controles semanales con tamaño de corioangioma estable y dilatación de vía urinaria grado II-III, pero limitada a riñón izquierdo. En semana 37 y 5 días se decidió finalizar gestación. El puerperio transcurrió sin incidencias.

Diagnóstico y discusión: Para el diagnóstico de las diferentes estirpes histológicas de corioangioma se emplea fundamentalmente la ecografía con el Doppler color. Las complicaciones están más frecuentemente asociadas al tumor gigante, comprendiendo desde insuficiencia cardíaca fetal hasta alteraciones maternas como preeclampsia o coagulación intravascular diseminada. Se puede realizar un tratamiento expectante con control ecográfico o de alivio sintomático como el amniodrenaje en caso de polihidramnios.

PALABRAS CLAVE

Corioangioma, tumor vascular placentario, hemangioma placentario

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El corioangioma, también conocido como hemangioma placentario, es un tumor vascular cuyo origen es el tejido coriónico de placenta. Se considera englobado en el grupo de los hemangiomas y su característica principal es la proliferación benigna de vasos y estroma en el interior de las vellosidades placentarias. Es considerado el tumor placentario benigno no trofoblástico más frecuente, con una incidencia que oscila entre 0,75 y 0,95 casos por cada 100 nacimientos [1].

En la mayoría de las ocasiones, los corioangiomas presentan un tamaño inferior a 4 centímetros, no siendo algo excepcional encontrar uno o varios tumores vasculares de este tipo en las placentas. Sin embargo, cambian los papeles cuando se trata de un hemangioma placentario de tamaño superior a los 4 centímetros, pasando en este momento a denominarse corioangioma gigante. Así, se estima que la incidencia del corioangioma gigante puede estar en torno a 1:16000 -1:50000 gestaciones. [1,2]

La implicación clínica de los corioangiomas gigantes es de gran relevancia puesto que se asocia con un aumento de las complicaciones obstétricas a lo largo de la gestación, complicaciones fetales como anemia y trombopenia fetal, polihidramnios, insuficiencia cardíaca e incluso hidrops fetal y con resultados perinatales peores, complicaciones maternas, por síndrome del espejo, con casos de preeclampsia. Con frecuencia se relacionan con alteraciones de la hemodinámica fetal y con insuficiencia placentaria. [3,4]

Dada la gravedad de todas estas posibles complicaciones, es necesario realizar un seguimiento muy estrecho de las gestantes con diagnóstico prenatal de corioangioma gigante, siendo necesario en determinados casos, finalizar la gestación de manera prematura. [3,4]

EXPOSICIÓN DEL CASO.

Mujer de 23 años, gestante de 18+2 semanas acudió a consulta de obstetricia para comenzar control de la gestación. Durante la consulta se realizó exploración en rango de la normalidad y ecografía abdominal donde se corroboró edad gestacional del feto, objetivándose un feto único en presentación podálica con biometría acorde a 19 semanas. La placenta estaba normoinsera en cara uterina anterior y la columna máxima de líquido amniótico era adecuada (Imagen 1).

Antecedentes personales: hipotiroidismo, obesidad [Índice de masa corporal (IMC) de 36].

Antecedentes quirúrgicos: niega

Antecedentes gineco-obstétricos: Secundigesta, un parto eutócico anterior en otro país con un recién nacido de 3000 gramos. Refería fórmula menstrual irregular.

Tratamientos: Eutirox 50 microgramos diario y ácido fólico 5 miligramos 1 cápsula diaria.

Se realizó ecografía morfológica del segundo trimestre donde se describía una ecografía fetal compatible con la normalidad para la edad gestacional, con un feto único, longitudinal, presentación cefálica, movimientos activos espontáneos y un percentil 62 de crecimiento. En cuanto a la placenta se describía como normoinsera en cara anterior de espesor y ecoestructura normal con inserción lateral del cordón umbilical. El índice de pulsatilidad de las arterias uterinas era normal.

En la ecografía del tercer trimestre, en la semana 34, se visualizó placenta normoinsera en cara anterior de espesor normal. En el tercio lateral derecho se observó una imagen de 57x40mm con abundante vascularización que impresionaba de corioangioma (imágenes 2 y 3). El líquido amniótico presentaba una columna máxima de 53mm, no ocasionando polihidramnios. No existían signos de hidrops fetal ni insuficiencia cardiaca en ese momento. La velocidad sistólica máxima de la arteria cerebral media (PSV de ACM) no indicaba la existencia de anemia fetal. El feto presentaba un peso estimado de 2433 gramos, acorde a un percentil 42 de crecimiento. El índice de pulsatilidad de las arterias uterinas se encontraba en un percentil 96. En cuanto al resto de la exploración morfológica se objetivaba una dilatación del tracto

urinario grado I, bilateral, con pelvis renal izquierda de 8,3mm y derecha de 7,7mm, sin afectación de cálices ni otros hallazgos asociados (Imagen 4)

A las dos semanas se hizo un nuevo control ecográfico, en este caso con una edad gestacional de 36 semanas y 4 días. En esta ocasión el feto se encontraba en presentación cefálica, con una biometría acorde a la edad gestacional (percentil 49). La placenta continuaba normoinsera, si bien es cierto permanecía imagen de posible corioangioma en tercio lateral derecho de la misma que parecía haber tenido un discreto crecimiento respecto a ecografía previa (60x44mm) y persistía con abundante vascularización. EL líquido amniótico continuaba en rangos de normalidad. Seguían sin objetivarse signos de insuficiencia cardiaca como cardiomegalia (índice cardio/torácico menor de 1:3). PSV de ACM continuaba estable. En cuanto a la dilatación de la vía urinaria se describía grado II-III, limitada a riñón izquierdo con diámetro anteroposterior de la pelvis renal de 12 mm y afectación de algunos cálices (Imagen 5)

En el seguimiento de la semana 37 y 4 días el feto presentaba un peso estimado de 2887 gramos. La placenta presentaba la imagen descrita en ecografías anteriores que sugiere corioangioma y se mantenía en medidas estables. Continuaban sin existir signos que indiquen insuficiencia cardiaca o hidrops fetal. No existía anemia estimada ni No existe polihidramnios asociado. Por otro lado, la dilatación urinaria existente seguía presentando una descripción similar a la ecografía previa.

Tras comentarlo con el servicio de pediatría y ginecología y obstetricia se aceptó una inducción del parto entre las semanas 37 y 38, según las guías clínicas de este centro hospitalario. De este modo la paciente ingresó en la semana 37 y 5 días para finalizar gestación. A la exploración existía un Bishop menor de 6 con lo cual se colocó dinoprostona intravaginal. Finalmente resultó un parto eutócico con un recién nacido varón de 2870 gramos, APGAR 9/10 y pH dentro de la normalidad. En el alumbramiento se observó una formación de aproximadamente 5-6 cm de diámetro de coloración marrón, aspecto hemorrágico, vasos gruesos y consistencia más laxa que el resto. El cordón umbilical no presentó alteraciones macroscópicas (imágenes 5 y 6). Se envió la placenta a anatomía patológica. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de corangioma con áreas de corangiomas. El cordón umbilical y las membranas no presentaron alteraciones histológicas relevantes.

El puerperio transcurrió con normalidad y la paciente fue dada de alta.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN:

El corioangioma es el tumor placentario benigno más frecuente pese a su baja prevalencia (por debajo del 1%). Es conocido como angioma, hemangioma, mixoma o fibroma, pero el término más empleado es el de corioangioma. Fue en 1798 cuando se describe por primera vez este tipo de tumor placentario. [5]

Puede ser clasificado en función de su histología en tres grandes grupos

- Celular: tumor inmaduro compuesto por células agrupadas de manera compacta, posiblemente de origen endotelial.
- Angioblástico: tumor vascular, maduro cuya composición consta mayoritariamente de vasos sanguíneos y capilares
- Degenerativo: en este grupo están aquellos tumores con cambios mixoides, hialinización, necrosis o calcificaciones, lo que se conoce como cambios degenerativos y están asociados con tumores grandes. [6]

Existen múltiples técnicas diagnósticas, siendo la más utilizada la ecografía con el uso de Doppler color. Es posible emplear la resonancia magnética nuclear como método diagnóstico adicional en los casos que así se requiriese.

Mediante ecografía se puede ver como una masa (puede ser hiper o hipoecoica) generalmente bien delimitada. Además, es muy frecuente que el corioangioma impronte en la cavidad amniótica. El Doppler es útil para diferenciarlo de otros tipos de tumores como el teratoma, el leiomioma o incluso de coágulos sanguíneos, siendo necesario emplearlo para valorar la pulsatilidad y la resistencia de los vasos que irrigan el tumor. Por lo general, la resistencia es baja ya que no es infrecuente que existan comunicaciones arteriovenosas entre los vasos.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial con los tumores sólidos de la placenta, que incluyen los hematomas, teratomas, miomas degenerados, mola hidatiforme parcial o tumores metastásicos en la misma placenta. [7]

Por norma general, son los corioangiomas gigantes los que más tasa de complicaciones tienen reportada en la literatura. Estas se deben a la generación de anastomosis entre los sistemas arteriovenosos de la placenta. Así, los circuitos sanguíneos con una resistencia alta derivan la sangre a otros cortocircuitos con una resistencia más baja, causando una insuficiencia cardíaca fetal. Es importante conocer los signos indirectos de insuficiencia cardíaca fetal para

detectarlos en las exploraciones ecográficas rutinarias. [2,7]

En cuanto a las complicaciones maternas, este tipo de tumores angiomatosos pueden generar hematomas retroplacentarios, sangrados previos al parto, desarrollo de preeclampsia, anemia hemolítica y coagulación intravascular diseminada entre otras.

Es posible que exista una regresión espontánea del corioangioma a veces, como consecuencia de un infarto. Pese a ello, la norma es la estabilización del tamaño tumoral sin llegar a causar sintomatología o el crecimiento de éste con el desarrollo de alguna de las complicaciones materno fetales previamente descritas. [8]

El tratamiento del corioangioma gigante es múltiple y abarca desde una actitud expectante como el seguimiento ecográfico, hasta actitudes más invasivas para el alivio sintomático como podrían ser el amniodrenaje en caso de polihidramnios severo y sintomático o la transfusión de sangre al feto si la anemia se desarrolla. Otra opción que no está exenta de riesgos y que trataría de erradicar el propio tumor sería la esclerosis del mismo con inyecciones de alcohol, la terapia con láser YAG o la electrocirugía bipolar. [9]

CONCLUSIONES

En conclusión, debido a la gran cantidad de complicaciones asociadas, el manejo del corioangioma gigante de la placenta supone un reto para la medicina fetal, debiendo realizar un estricto control ecográfico previo al nacimiento. Se debe considerar la inducción del parto si estas complicaciones se generan una vez alcanzada la madurez fetal.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Soto Á, Martínez Uriarte J, Martínez Pérez B, Rubio Ciudad M, García Izquierdo O, Montero AI, et al. Corioangioma gigante placentario. *Prog Obstet Ginecol*. 2016;59(5):310-31
2. Mestha A, Dhanaliwala A, Frangieh A, Mestha SM, Ramaiah SM. Giant Chorioangioma of the Placenta as a Cause of Maternal, Foetal, and Neonatal Complications. *Cureus*. 2023;15(7):e42430.
3. Fan M, Skupski DW. Placental chorioangioma: literature review. *J Perinat Med*. 2014;42(3):273-9.
4. Torres-Correa JE, Sánchez-Montoya MA, Sandoval-Sánchez J, Castro-Álvarez JF. Corioangioma placentario: reporte de un caso en la Unidad de Patología del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro-Antioquia. *Med Lab*. 2020;24(4):325-32.
5. Liu H, Gu W, Li X. Natural history and pregnancy outcome in patients with placental chorioangioma. *J Clin Ultrasound*. 2014;42(2):74-80.
6. 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 (2):104-10.
7. Barros A, Freitas AC, Cabral AJ, Camacho MC, Costa E, Leitão H, Nunes JL. Giant placental chorioangioma: a rare cause of fetal hydrops. *BMJ Case Rep*. 2011: bcr0220113880.
8. Ma H, Liu Z, Ruan J. Placental chorioangioma and pregnancy outcome: a ten-year retrospective study in a tertiary referral centre. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 ;23(1):381.
9. Lawrence GC, Rettenmaier MA, Heinemann S, Chang M, Goldstein BH. A precarious pregnancy involving a patient with a large placental chorioangioma: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;278 (4):383-6.

TABLAS Y FIGURAS



Imagen 1: Ecografía semana 20. Placenta de morfología y ecoestructura normal. Inserción central del cordón umbilical



Imágenes 2 y 3: Imágenes compatibles con corioangioma en semana 34.



Imagen 4: Dilatación vía urinaria en semana 34: pelvis renal izquierda de 8,3mm y derecha de 7,7mm, sin afectación de cálices ni otros hallazgos asociados.



Imágenes 5 y 6: Morfología macroscópica de la placenta tras el alumbramiento