

## ARTICULO ORIGINAL

## CORIOANGIOMA PLACENTARIO GIGANTE: REPORTE DE CASO

Joaquín Bustillos-Villavicencio<sup>1</sup>, Graciela Robles-Mora<sup>2</sup>, Adriana Murillo-Chaves<sup>3</sup>

Verónica Saborío-López<sup>4</sup>, Pablo Parra-Ramírez<sup>4</sup>, Eugenio Calderón-Solano<sup>4</sup>

Jorge Mora-Sandí<sup>4</sup>

## RESUMEN

El corioangioma es la tumoración mas frecuente a nivel placentario, presentándose en 1% de las gestaciones. La mayoría son tan pequeños que pasan desapercibidos y no ocasionan complicaciones en la gestación. Las tumoraciones mayores de 5 cm suelen asociarse con alteraciones como polihidramnios, anemia fetal y restricción de crecimiento intrauterino.

En el siguiente trabajo se presenta la revisión del caso de un corioangioma placentario gigante, en el que se manifestaron complicaciones típicas de la gestación y algunas poco frecuentes en el

neonato, así como una revisión de los hallazgos histológicos.

**Palabras Clave:** corioangioma placentario, polihidramnios, hemangiomatosis

## ABSTRACT

The chorioangioma is the most common placental tumor, occurring in 1% of pregnancies. Most are small enough to be unnoticed and do not cause complications in pregnancy. Tumors greater than 5 cm are often associated with disorders such as polyhydramnios, fetal anemia and intrauterine growth restriction.

This work presents the case of a placental giant chorioangioma, in which typical complications of pregnancy were seen and others rare were demonstrated in the neonate, as well as a review of the histological findings.

**Key Words:** placental chorioangioma, polyhydramnios, hemangiomatosis

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Fetal, Unidad Medicina Materno Fetal, Hospital San Juan Dios, San José, Costa Rica, [joaquin.bustillos@gmail.com](mailto:joaquin.bustillos@gmail.com), +506 2547-8757

<sup>2</sup>Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio Obstetricia, Hospital San Juan Dios, San José, Costa Rica

<sup>3</sup>Especialista en Patología, Servicio Patología, Hospital San Juan Dios, San José, Costa Rica

<sup>4</sup>Especialista en Medicina Materno Fetal, Servicio Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica

## INTRODUCCION

Los tumores de placenta pueden dividirse como trofoblásticos y no trofoblásticos; dentro de éstos últimos podemos encontrar el leiomioma, teratoma y corangioma de placenta. El corioangioma es el tumor placentario más común, se presenta en aproximadamente 1 de cada 100 placentas<sup>1</sup>. Se ha descrito como una proliferación vascular similar a los hemangiomas que se presentan en otros tejidos, sin embargo ocurriendo éste dentro del estroma de las vellosidades coriónicas. Por lo tanto, a nivel histopatológico puede presentar diferentes patrones, desde predominio vascular hasta celular<sup>2</sup>. En la mayoría de los casos corresponden a lesiones tan pequeñas que pasan desapercibidas. Los tumores mayores de 4 a 5 cm en el 30% de los casos presentan repercusiones maternas o fetales<sup>3</sup>.

Debido a su origen vascular, estos tumores pueden actuar como comunicaciones arteriovenosas periféricas llevando a sobrecarga del volumen fetal, hipertrofia e insuficiencia cardíaca y seguidamente hidropesía e incluso restricción de crecimiento intrauterino. El polihidramnios es otra de las manifestaciones más frecuentes asociadas a esta tumoración, secundario a una disminución del retorno venoso a nivel del cordón umbilical por un proceso obstructivo de la masa tumoral o a un aumento del trasudado; sin embargo, la causa exacta del por qué ocurre el polihidramnios no se conoce<sup>4</sup>.

Algunas complicaciones asociadas al consumo intratumoral son la anemia, trombocitopenia y la coagulación intravascular diseminada fetal, que a su vez aumentan la mortalidad perinatal así como la asociación a mayor riesgo de prematuridad<sup>5</sup>.

También se ha asociado la presencia de hemangiomas fetales y el síndrome de Beckwith-Wiedemann, lo cual hace pensar en una posible etiología genética.

A pesar de ser una patología frecuente, el diagnóstico de corioangioma mediante

ultrasonido se limita a pocos casos, debido a la dificultad de diferenciar dichos tumores de otras lesiones placentarias así como por el hecho de que en la minoría de los casos se presenta sintomatología siendo la mayoría de lesiones desapercibidas. A nivel ultrasonográfico, la lesión suele ser bien circunscrita, con ecogenicidad diferente al resto del tejido placentario<sup>6</sup>.

La introducción del Doppler ha sido de gran ayuda para el diagnóstico de dicha entidad<sup>7,8</sup>.

## CASO CLINICO

Primigesta de 26 años, sin antecedentes personales patológicos de importancia, con embarazo de 34 semanas por fecha de última regla confiable. Referida por médico externo al Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios en San José de Costa Rica el 7 de marzo del 2015 por ultrasonido que evidenció embarazo de 33+3 semanas, polihidramnios con ILA (índice de líquido amniótico) en 43 cm y sin más hallazgos de relevancia. Se ingresa al Salón de Alto Riesgo Obstétrico para observación y estudios de laboratorio, detectándose anemia materna leve. El 9 de marzo se le realizó control de monitoreo fetal el cual se reportó como prueba de estrés positiva, evidenciando la presencia de importante dinámica uterina y signos de escasa reserva placentaria. Se llevó a cabo una cesárea de emergencia con el nacimiento de un producto masculino con puntuación APGAR 3, 7, 9, y un peso de 2095 g, con la presencia de abundante líquido amniótico meconial al momento de la cirugía. El niño se ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. A nivel placentario se detectó una tumoración de 10x 8cm.

Durante el posparto la paciente cursó con adecuada evolución, sin complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico por lo que se egresó estable con terapia de hierro oral por su anemia.

Con respecto al neonato, al segundo día de vida se detectó trombocitopenia marcada, asociando equimosis y petequias. Al tercer día de nacido, presentó ictericia, colestasis y hepatomegalia. El 17 de marzo, una semana después de la cesárea, se describe durante la exploración física neonatal la presencia de hemangiomatosis múltiples (ver Figura 1). El 1 de abril, se realizó ultrasonido de abdomen neonatal que detectó hemangiomas hepáticos en fase proliferativa, siendo el mayor de 31x17x30 mm. Posteriormente el paciente presenta mejoría clínica y resolución de la trombocitopenia por lo que se egresó después de 27 días de internamiento con seguimiento ambulatorio en Consulta Externa de Neonatología y Dermatología del Hospital Nacional de Niños, en San José. En valoraciones posteriores se encontró al niño con buen estado general, adecuada ganancia ponderal y disminución en la cantidad de lesiones hemangiomatosas (ver Figura 2).

## HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

A nivel macroscópico placentario se encontró una masa de 10x8 cm, en contacto con la cara fetal, con vasos dilatados en su superficie provenientes del disco placentario. En la Figura 3 se muestra una superficie de corte con color blanco amarillento y con presencia de vasos trombosados.

Histológicamente la lesión presentaba dos subtipos de corioangioma entremezclados, uno capilar y otro celular. El primero compuesto por una proliferación de estructuras vasculares con poco estroma y el segundo por vasos sanguíneos acompañados de abundante estroma de aspecto edematoso, los cuales se evidencian en la Figura 4.

Se llevaron a cabo estudios de inmunohistoquímica, en los cuales, las células

tumorales fueron positivas para CD34, lo cual ratificó la naturaleza vascular del tumor descrito.

## DISCUSION

El corioangioma placentario es una entidad relativamente frecuente, que en la mayoría de los casos pasa desapercibida, como en el presente reporte. Sin embargo, lesiones suficientemente grandes (de más de 5 cm de diámetro), y que en ocasiones se relacionan con hipoxia hipobárica que incrementa la producción de factores de crecimiento angiogénicos, presentan relevancia clínica, presentándose en 1:3500-9000 embarazos. En la paciente en cuestión, encontramos un corioangioma de gran tamaño, diagnosticado en el posparto, y cuya única manifestación clínica preparto fue el polihidramnios, asociado a trabajo de parto prematuro como se ha descrito para esta alteración<sup>9,10</sup>.

Por otro lado, a nivel fetal, sí se produjeron algunas de las complicaciones comúnmente asociadas con el corioangioma, como fueron el hecho de que ocurrió sufrimiento fetal, evidenciado por una prueba de bienestar fetal alterada asociada a líquido amniótico meconizado al nacimiento<sup>5</sup>. Además, el neonato cursó con trombocitopenia y hemangiomatosis múltiple, condiciones que han sido asociadas a esta alteración, aunque existen reportes también de hemangioendotelomas en el hígado reforzando siempre la naturaleza sindrómica de esta entidad<sup>3,5,11,12</sup>.

Es indiscutible el valor del ultrasonido en el diagnóstico, frecuentemente describiendo lesiones placentarias nodulares no mayores a 4 cm y en la segunda mitad del embarazo, con ecogenicidad variable y de localización cercana al cordón umbilical y, que ayudado del estudio Doppler, evidencia tumoraciones con vascularización no siempre presentes, que hacen

necesaria la ayuda en algunas ocasiones de otros métodos diagnósticos como la resonancia magnética nuclear, pero que no siempre es accesible en todos los centros<sup>9,13</sup>.

El manejo prenatal varía, dependiendo del grado de afectación del feto, y que puede ir desde taquicardia aislada hasta cardiomegalia con hidropesía y alteraciones hematológicas y de la coagulación. Este incluye la conducta expectante, el amniodrenaje, el manejo médico materno con indometacina y digoxina, la oclusión vascular con alcohol, la embolización arterial, la ligadura de vasos nutricios con guía endoscópica y el uso del láser intersticial percutáneo o para la coagulación endoscópica del tumor<sup>13,14</sup>.

Definitivamente nos encontramos ante una tumoración placentaria que a pesar de encontrarse entre las más frecuentes de este órgano, es en forma global rara y requiere de la sospecha diagnóstica por ultrasonido ayudado de la valoración Doppler o de la corroboración patológica independientemente de su tamaño, y donde el tratamiento prenatal y su tipo, va a estar determinado por el grado de afectación del producto de la concepción y del grado de vascularización de la tumoración<sup>13,15</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio representa el primer trabajo para publicación de la Pasantía Oficial en Medicina Fetal implementada por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social CENDEISS, órgano oficial en Costa Rica encargado de los estudios de especialización médica y, que gracias al apoyo de los Servicios de Obstetricia, Neonatología, Radiología y Patología del Hospital San Juan de Dios, así como también de los Servicios de Citogenética y Cardiología del Hospital Nacional de Niños, ambos Hospitales en San José de Costa Rica, es que se abre el camino para la Medicina Fetal en la región Centroamericana.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

- 1) Zeinab H, Heller D. Chorangioma and Related vascular lesions of the placenta. *Fetal and pediatric pathology*. 2010;20:199-206
- 2) Miliaras D, Anagnostou E, Papoulidis I, Miliara X. Non trofoblastic tumor of the placenta with combined histologic features of chorangioma and leiomyoma. *Placenta*. 2011;32:102-4
- 3) Ariel I et al. Chorangiocarcinoma: A Case Report and Review of the Literature. *International Journal of Gynecological Pathology*. 2009;28:267-71
- 4) Chanane W, Theera T, Supatra S, Pharuhas C. Alcoholization: The choice of intrauterine treatment for chorioangioma. *J Obstetrics and Gynecol*. 2002;28(2):71-5
- 5) Quarello E, Bernard J, Leroy B, Ville Y. Prenatal laser treatment of a placental chorioangioma. *Ultrasound Obstetric Gynecol*. 2005;25:299-301
- 6) Zalel Y et al. Chorioangiomas of the placenta. Sonographic and Doppler flow characteristics. *Journal Ultrasound Medicine*. 2002;21(8):909-13
- 7) Taori K et al. Chorioangioma of placenta. Sonographic features. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2008;36(2):113-5
- 8) Shih JC et al. Quantitative three dimensional power Doppler ultrasound predicts the outcome of placental chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;24:202-6
- 9) Garcia J et al. Corioangioma gigante, presentacion de un caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43(6):503-6
- 10) Reshetnikova O, Burton G, Milonavov A, Fokin E. Increased incidence of placental

chorioangioma in high altitude pregnancies: hypobaric hypoxia as a possible etiologic factor. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:557-61

- 11) Bauer C, Fojaco R, Bancalari E, Fernandez L. Microangiopathic hemolytic anemia and thrombocytopenia in a neonate associated with a large placental chorioangioma. *Pediatrics.* 1978;62(4): 574-77
- 12) Bakaris S, Karabiber H, Yuksel M, Parmaksiz G, Kiran H. Case of large placental chorioangioma associated with diffuse neonatal hemangiomas. *Pediatr Dev Pathol.* 2004;7(3):258-61
- 13) Munoz M et al. Diagnostico prenatal de corioangioma placentario y gestacion a termino. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56(2):94-100
- 14) Sepulveda W, Wong AE, Herrera L, Dezerega V, Devoto JC. Endoscopic laser coagulation of feeding vessels in large placental chorioangiomas: report of three cases and review of invasive treatment options. *Prenat Diagn.* 2009;29:201-6
- 15) Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;15:463-7



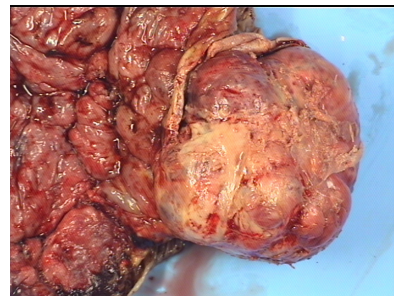
**Figura 1:**

Imagen de hemangiomas múltiples Servicio de Neonatología, Hospital San Juan de Dios



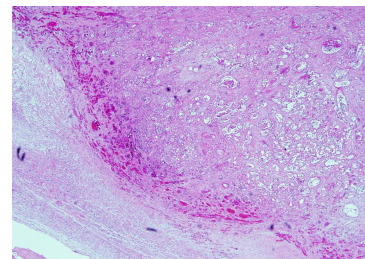
**Figura 2:**

Imagen de hemangiomas múltiples en resolución Servicio de Neonatología, Hospital San Juan de Dios



**Figura 3:**

Imagen de tumoración a nivel macroscópico Servicio de Patología, Hospital San Juan de Dios



**Figura 4:**

Visión microscópica del tumor Servicio de Patología, Hospital San Juan de Dios