



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Corioangioma placentario gigante, polihidramnios y parto pretérmino. A propósito de un caso



M. Arnáez^{a,*}, A. Miceli^a, C. Manzotti^b, I. Barrena^a y S. Rojo^c

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^c Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital La Merced, Osuna, Sevilla, España

Recibido el 30 de junio de 2016; aceptado el 27 de julio de 2016

Disponible en Internet el 28 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Polihidramnios;
Parto prematuro;
Corioangioma
planetario

KEYWORDS

Polyhydramnios;
Preterm labour;
Placental
chorioangioma

Resumen Presentamos el caso de una paciente que tuvo un parto pretérmino en la semana 34, y estaba diagnosticada de polihidramnios asociado a una imagen ecográfica, inicialmente clasificada como cotiledón placentario accesorio. Tras el análisis histológico se determinó que esa estructura correspondía a un corioangioma gigante, y podría, en nuestra opinión, ser el causante del cuadro clínico que desarrolló la paciente.

Dado el reducido número de estudios, y las nuevas posibilidades de tratamiento, consideramos podría ser interesante la exposición del caso.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Giant placental chorioangioma, polyhydramnios and preterm delivery. A case report

Abstract We report the case of a patient with preterm labour at 34 weeks with polyhydramnios associated with an obstetric scan finding initially defined as accessory placental cotyledon. At the histological examination, this was found to be a giant chorioangioma, which in our opinion could be the cause of the patient's clinical symptoms.

Due to the lack of studies in the literature and new treatment possibilities, we consider that publication of the case may be of interest.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El corioangioma es la neoplasia placentaria más frecuente, generalmente son neoplasias vasculares benignas que aparecen hasta en el 1% de las placetas examinadas al

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marnaezcruz@gmail.com (M. Arnáez).

microscopio, es importante descartar la presencia de áreas de invasión trofoblástica (coriocarcinoma), por la posibilidad de metástasis intraplacentarias, descritas en un número mínimo de casos, y que requerirían seguimiento, puesto que su patogénesis aún no es conocida¹.

En la mayoría de los casos son de pequeño tamaño, y no causan sintomatología, sin embargo, aquellos de gran tamaño, denominados corioangiomas gigantes (4-5 cm) son una causa nota de polihidramnios, y conllevan un riesgo de morbilidad fetal al promover una insuficiencia cardíaca de alto gasto, a través de *shunts* arteriovenosos y coagulopatía de consumo^{2,3}.

Debido al polihidramnios, se asocian también con un riesgo elevado de parto prematuro; en el feto pueden encontrarse hemangiomas viscerales⁴.

Consideramos que en nuestro caso la presencia del corioangioma haya sido la causa del cuadro clínico que presentó la paciente.

Caso clínico

Gestante de 36 años y 33 + 4 semanas de gestación (SG), que acudió a su hospital de referencia por *spotting* del tercer trimestre y dolor abdominal en zona hipogástrica.

Como antecedentes personales relevantes destacaban que era tercigesta, con un parto a las 40 + 5, y un aborto anterior, su grupo sanguíneo era 0 positivo.

La ganancia ponderal durante el embarazo había sido de 12,3 kg.

La analítica serológica del 1.º trimestre resultó inmune para la rubeola, y resto negativa.

El cribado de cromosomopatías había sido de bajo riesgo; en la ecografía de las 20 SG la placenta y el líquido amniótico eran normales; y en la ecografía de las 32 SG ya se observaba una imagen que impresionaba de cotiledón accesorio placentario y un polihidramnios leve.

La gestación hasta el momento del ingreso fue normoevolutiva.

En la ecografía al ingreso se pone de manifiesto un polihidramnios leve (ILA29; columna máxima de LA 9,1), con crecimiento ponderal fetal adecuado (2.200 g), y placenta homogénea y normoinsera, sin embargo se observó una masa adyacente, de bordes bien circunscritos, accesoria a la placenta en su cara lateral izquierda, que se definió como cotiledón accesorio.

La flujometría Doppler, el pico sistólico de las arterias uterinas fueron normales: 1,11 y 0,65 (correspondiente al percentil 84, normal), el pico sistólico de la arteria cerebral media fue de 1,65 (correspondiente al percentil 22, normal), el pico sistólico de la arteria umbilical fue de 1,41 (correspondiente al percentil 94, normal) y el índice cerebro-placentario fue de 1,16 (correspondiente al percentil 2, patológico), pico sistólico del DV con onda a +, de 0,89 (percentil 99, patológico).

La cervicometría era de 22 mm, y por la persistencia de contracciones se derivó a nuestro hospital de 3 nivel por amenaza de parto pretérmino.

A la llegada a nuestro centro, se realizó una cervicometría de 13 mm, y se aplicó el protocolo de amenaza de parto pretérmino habitual.

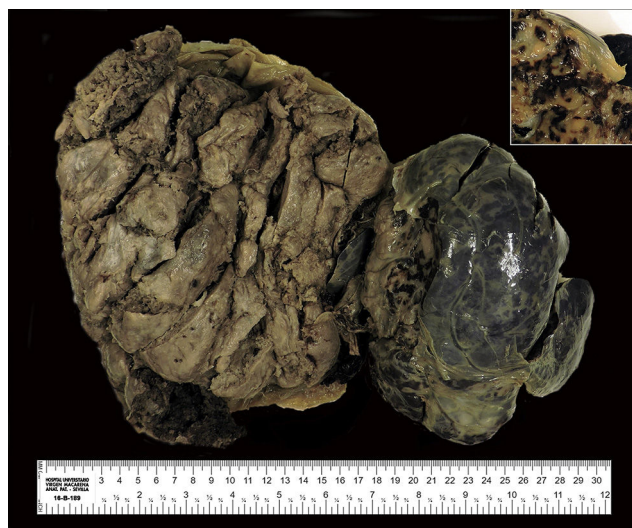


Figura 1 Corangioma, imagen macro-inset-final.

Se realizaron serología para parvovirus B19, exudado vaginal para cultivo y exudado vagino-rectal para identificación de estreptococo- β -hemolítico. Todos los resultados fueron negativos.

Una vez frenada la dinámica uterina, la paciente presentó unas lesiones eritematosas en MMII y MMSS, no pruriginosa, tras la administración de terapia corticoidea para maduración pulmonar; se trató mediante metilprednisolona iv, y cedió sin más consecuencias.

A las 33 + 6 SG, la paciente comenzó con dinámica uterina más intensa, regular, cervicometría de 4,5 mm, y empezó el trabajo de parto que terminó en un parto eutócico a las 34 SG, con una hemorragia de cuantía media, nació un RN varón de 2.170 g, con Apgar 4-8-8 (FC menor de 60 lpm, bajo tono, sin esfuerzo respiratorio y con escasa respuesta a estímulos), que ingresó en neonatología por síndrome de distrés respiratorio; requirió transfusión por trombocitopenia importante al nacimiento, y fototerapia por hiperbilirrubinemia directa. No hubo complicaciones reseñables durante el parto, a excepción de aguas posteriores meconiales.

Tras el alumbramiento, se observó macroscópicamente una masa de aspecto gelatinoso accesoria a la placenta, aparentemente independiente, de 14 × 10 × 6 cm (fig. 1, imagen macro).

La placenta pesó 1.035 g, a los cortes seriados el parénquima era esponjoso y no presentaba alteraciones significativas. La neoformación presentaba una superficie vagamente nodular, negruzca con áreas moteadas blanquecinas. A los cortes seriados se observaba una superficie blanquecina y elástica que alterna con áreas de aspecto violáceo más firmes.

Se informa como corioangioma de gran tamaño, en el que se observan microscópicamente focos hemangiomatosos celulares y de tipo cavernoso (fig. 2, imagen micro).

Discusión

La revisión de la literatura existente basada en casos de corioangiomas placentarios pone de manifiesto la asociación entre dicha alteración, sobre todo si es de gran tamaño, y la

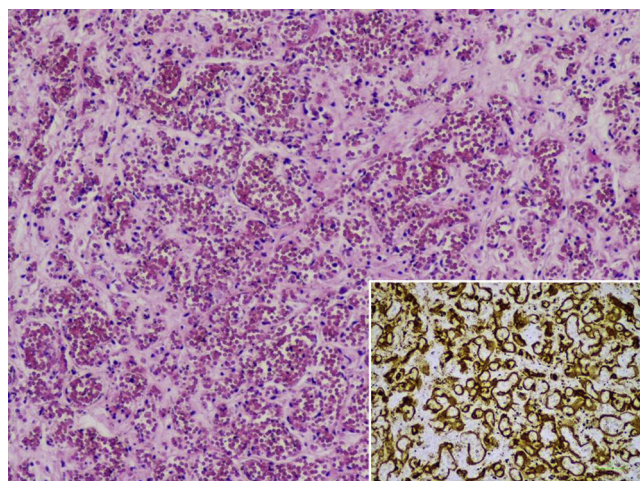


Figura 2 Corangioma, imagen micro.

alta incidencia de complicaciones prenatales. Es necesario el diagnóstico precoz, la evaluación individualizada de cada paciente y la posibilidad de tratamiento en cada caso.

Sin embargo, hay poco consenso sobre la asociación entre el tamaño del corioangioma y sus manifestaciones clínicas.

Actualmente, las pruebas mediante ultrasonidos y, en menor medida, las imágenes a través de RMN (que permite discernir entre corioangioma y otras enfermedades vasculares, aparte de aportar información adicional para el manejo clínico), son las opciones de elección para el estudio de las formaciones placentarias³.

El estudio Doppler nos permite realizar un «mapeo» para determinar la localización y la vascularización del tumor.

Se han descrito casos en los que se ha realizado terapia vascular oclusiva mediante la inyección de agentes esclerosantes o la ablación mediante láser por fetoscopia. El éxito de dichas terapias parece depender de la localización del corioangioma, que debe encontrarse lejos de la inserción del cordón umbilical, y de que su circulación no sea

dependiente del cordón⁵. Actualmente no existen datos significativos acerca de la superioridad de una técnica sobre otra, ni datos concluyentes acerca del aumento de supervivencia al realizar un tratamiento invasivo con respecto al manejo conservador.

Existe evidencia en la literatura del uso de sulindac en caso de corioangioma asociado a polihidramnios, con evidencia objetiva de compromiso cardíaco fetal, debido a insuficiencia cardíaca de alto gasto, ya que el tumor se comporta como un *shunt* vascular².

Es importante un diagnóstico temprano y un seguimiento estrecho e individualizado, para evitar la sucesión de complicaciones, tales como el polihidramnios o el parto pretérmino (enfermedades que atañen a nuestro caso), y lograr una atención prenatal y perinatal óptima.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Faes T, Pecceu A, van Calenberg S, Moerman P. Chorangiocarcinoma of the placenta: A case report and clinical review. *Placenta*. 2012;33:658–61.
2. Al Wattar BH, Hillman SC, Marton T, Foster K, Kilby MD. Placenta chorioangioma: A rare case and systematic review of literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27:1055–63.
3. Roberts DJ, Lockwood CJ, García RL, Barss VA. The placental pathology report. UpToDate. 2016. Disponible en: http://ws003.juntadeandalucia.es:2092/contents/the-placental-pathology-report?source=search_result&search=the+placental+pathology+report&selectedTitle=1%7E150#H39
4. González AB, Viñuales AI, Juárez F. Corangioma placentario asociado a hemangiomatosis neonatal difusa. A propósito de un caso. *Patología*. 2010;43:217–9.
5. Zanardini C, Papageorgiou A, Bhide A, Thilaganathan B. Giant placental chorangioma: Natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010;35:332–6.