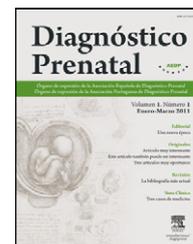




Diagnóstico Prenatal

www.elsevier.es/diagnprenat



Caso clínico

Corioangioma placentario gigante

Irene Gonzalo*, Javier Martínez-Guisasola, María Angeles Martín, Paula Rozada, Manal Klabili y Gemma Fernández

Unidad de Fisiopatología Fetal, Hospital General Yagüe, Burgos, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de septiembre de 2011

Aceptado el 8 de noviembre de 2011

On-line el 21 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Corioangioma placentario

Tumor placentario

Diagnóstico prenatal

Keywords:

Chorioangioma

Placental tumour

Prenatal diagnosis

R E S U M E N

El corioangioma es el tumor benigno de la placenta más frecuente. Cuando esta lesión es mayor de 5 cm puede causar diversas complicaciones materno-fetales, por lo que es importante realizar su diagnóstico prenatal. Presentamos el caso de un corioangioma placentario gigante de 12 x 8 cm.

© 2011 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Giant placental chorioangioma

A B S T R A C T

The chorioangioma is the most common benign tumour of the placenta. Lesions larger than 5 cm may cause various foetal and maternal complications. Prenatal diagnosis is very important. We report a case of a giant placental chorioangioma measuring 12 x 8 cm.

© 2011 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El corioangioma es el tumor benigno placentario más frecuente, siendo su incidencia del 1%^{1,2}. El tamaño es variable, lo más habitual es que sean menores de 4 cm y asintomáticos. Se consideran de gran tamaño cuando son mayores de 5 cm y a diferencia de los anteriores pueden asociarse con mayor frecuencia a complicaciones materno-fetales como anemia fetal, polihidramnios, insuficiencia cardíaca fetal, hidrops,

crecimiento intrauterino restringido (CIR), parto pretérmino y un aumento de la morbimortalidad perinatal²⁻⁴.

El diagnóstico prenatal se realiza a través del estudio ecográfico, en el que se objetivan imágenes nodulares en la cara fetal de la placenta o en su interior. Un diagnóstico precoz permite mejorar los resultados perinatales realizando un estricto seguimiento, así como los tratamientos que estén indicados, cuando aparezcan dichas complicaciones.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irenegonzalog@hotmail.com (I. Gonzalo).



Figura 1 – Corangioma (Eco 2D).



Figura 2 – Corangioma (Power Doppler).

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 38 años, primigesta, con hepatitis C con carga viral indetectable al momento de la gestación y transaminasas normales, con grupo sanguíneo O positivo, y sin otros antecedentes de interés. La paciente se controló la gestación de forma ambulatoria a partir de la semana nueve de gestación. Rechazó la realización de screening prenatal para cromosopatías. Los controles seriados clínicos, analíticos y ecográficos fueron normales. En la ecografía realizada a las 27 semanas de gestación (s.g.), se observa un feto en presentación cefálica con latido y movimientos positivos con biometría del diámetro biparietal, perímetro cefálico, perímetro abdominal y longitud del fémur

(DBP,PC,PA, LF) acorde a 26+1 s.g., con índice de líquido amniótico normal, y placenta de localización en la cara posterior, y grado I de Grannum. Se detecta una imagen nodular en el margen superior de la placenta y lejos de la inserción del cordón umbilical, de 79x 48 mm con abundante vascularización periférica y central, de ecogenicidad similar al tejido circundante, compatible con corioangioma. El feto es morfológicamente normal, siendo el estudio doppler en arteria umbilical y cerebral media normales, por lo que se decide control en 15 días.

En la ecografía de la semana 29+3 (figs. 1 y 2), el corioangioma ha aumentado de tamaño midiendo 91,7 x 68 mm, sin presentarse alteraciones en el feto ni en el índice de líquido amniótico, continuando la paciente con controles clínicos.

La paciente ingresa en partos por amniorrhexis espontánea y trabajo de parto en la semana 34+3. A las dos horas, se indica riesgo de pérdida de bienestar fetal, naciendo una mujer de 2.110 g, Apgar 7 – 9 y ph de cordón: arterial=7,30 y ph venoso=7,32.

Se remite la placenta (fig. 3) al Servicio de Anatomía Patológica.

El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de corioangioma placentario. Describe una tumoración lobulada, homogénea, carnosa, que mide 120 x 80 mm, y 536 g de peso, con margen periférico bien demarcado, con vasos congestivos principalmente en la periferia de los lóbulos, con crecimiento significativo de capilares bien constituidos con células hematópoyéticas con mitosis pero sin rasgos de malignidad.

La paciente es dada de alta apirética y con buen estado general y la evolución del recién nacido a los dos meses del parto cursa dentro de la normalidad.

Discusión

El corioangioma es el tumor placentario más frecuente, aunque los que son clínicamente evidentes son menos comunes, siendo la incidencia de 1 de cada 3.500 – 9.000 nacimientos¹.

La mayoría de corioangiomas son pequeños, menores de 1 cm, y son habitualmente únicos y más frecuentes en gestaciones con feto de sexo mujer y gestaciones múltiples.

Los corioangiomas, especialmente si son de gran tamaño, mayores de 4 cm, se acompañan de complicaciones maternas durante la gestación como preclampsia, metrorragia, desprendimiento placentario, polihidramnios y parto pretérmino. También se asocian a complicaciones fetales como la cardiomegalia, fallo cardíaco congestivo, anemia, CIR, bajo peso al nacimiento⁵, e incluso la muerte fetal. La mayoría se deben a las alteraciones hemodinámicas que se producen como consecuencia de los cortocircuitos arteriovenosos que se forman



Figura 3 – Corangioma placentario. Pieza macroscópica.

dentro del tumor y aumento del volumen circulatorio a su través⁶.

Sepulveda et al³ describieron 11 casos de corioangioma placentario, 5 de los 9 que eran únicos se complicaron con polihidramnios, CIR o hidrops fetal no inmune, y en 4 de estos 9 casos el parto tuvo lugar antes de la semana 35, como le sucedió a nuestra paciente, siendo 7 de los 9 corioangiomas únicos de tamaño mayor de 60 mm. El tamaño del corioangioma es el factor más importante relacionado con el pronóstico de estas gestaciones.

También Zanardini et al⁷ presentan un estudio retrospectivo de 19 casos de corioangiomas gigantes y describen una amplia variedad de complicaciones fetales como el polihidramnios, CIR, cardiomegalia, anemia e hidrops fetal. En nuestro caso, a pesar de ser un corangioma de gran tamaño, el feto no presentó ninguna complicación, aunque sí tuvo lugar un parto prematuro. El polihidramnios, que afecta casi a un tercio de los casos, se origina por la compresión de la vena umbilical producida por el propio tumor⁸, siendo la incidencia de parto prematuro en estos casos de hasta el 42%.

El diagnóstico prenatal se basa en el estudio ecográfico, que nos permite detectar la existencia de una masa intraplacentaria. El estudio doppler color pone de manifiesto la vascularización, tanto periférica como central y permite realizar el diagnóstico diferencial con trombosis, depósitos hialinos o hematomas placentarios que son avasculares⁹. Además, Jauniaux y Ogle¹⁰ describen la utilización del doppler color, de tal manera que el mapa color puede ser un factor independiente para las complicaciones como el polihidramnios a pesar del tamaño del tumor. Dado que el corangioma es más frecuente en gestaciones múltiples, también habrá que hacer un diagnóstico diferencial en gestaciones gemelares monocoriales con polihidramnios cuando no cumple criterios para un síndrome de transfusión feto-fetal.

Aunque la ecografía es el método diagnóstico de elección, en casos específicos cuando la evaluación ecográfica esté limitada o en casos no concluyentes se puede emplear como técnica complementaria la resonancia nuclear magnética¹¹.

Así mismo, la ecografía es el método de elección para realizar el seguimiento y el diagnóstico de posibles complicaciones como el polihidramnios, CIR, o la anemia fetal a través de la medición de la velocidad pico sistólica de la arteria cerebral media. Se ha descrito en casos seleccionados el uso de láser-terapia intersticial para devascularizar el tumor¹². El diagnóstico antenatal es fundamental para clasificar las gestaciones de alto riesgo, y hacer un seguimiento adecuado y poder hacer tratamiento de las complicaciones para mejorar los resultados perinatales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Guschmann M, Henrich W, Dudenhausen JW. Chorioangiomas -new insights into a well-known problem, II. An immuno-histochemical investigation of 136 cases. *J Perinat Med.* 2003;31:170e5.
- Amer HZ, Heller DS. Chorangioma and related vascular lesions of the placenta- -a review. *Fetal Pediatr Pathol.* 2010;29:199-206.
- Sepulveda W, Alcalde JL, Schnapp C, Bravo M. Perinatal outcome after prenatal diagnosis of placental chorioangioma. *Obstet Gynecol.* 2003;102 5 Pt 1:1028e33.
- Bashiri A, Furman B, Erez O, Wiznitzer A, Holcberg G, Mazor M. Twelve cases of placental chorioangioma, Pregnancy outcome and clinical significance. *Arch Gynecol Obstet.* 2002;266:53e5.
- Wou K, Chen MF, Mallozzi A, Brown RN, Shrim A. Pregnancy outcomes and ultrasonographic diagnosis in patients with histological-proven placental chorioangioma. *Placenta.* 2011;32:671-4.
- Mara M, Calda P, Zizka Z, Sebron V, Eretova V, Dudor Kinova D, et al. Fetal anemia, thrombocytopenia, dilated umbilical vein, and cardiomegaly due to a voluminous placental chorioangioma. A case report. *Fetal Diagn Ther.* 2002;17:286-92.
- Zanardini C, Papageorghiou A, Bhide A, Thilaganathan B. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;35:332e6.
- Álvarez C, Cortés S, Barrero L, Ramos M, Cortejoso FJ. Polihidramnios secundario a corioangioma placentario. *Clin Invest Gin Obst.* 2007;34:118-22.
- Zalel Y, Gamzu R, Weiss Y, Schiff E, Shalmon B, Dolizky M, et al. Role of color Doppler imaging in diagnosing and managing pregnancies complicated by placental chorioangioma. *J Clin Ultrasound.* 2002;30:264-9.
- Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000 Jun;15:463e7.
- Kawamoto S, Ogawa F, Tanaka J, Ban S, Heshinki A. Chorioangioma: antenatal diagnosis with fast MR imaging. *Magn Reson Imaging.* 2000;18:911-4.
- Zanardini c, Papageorghiou A, Bhide A, Thilaganathan B. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;35:332-6.