

ÓBITO NEONATAL ASSOCIADO À CORIOANGIOMA PLACENTÁRIO GIGANTE: RELATO DE CASO

NEONATAL DEATH RELATED TO GIANT PLACENTAL CHORIOANGIOMA: CASE REPORT

MARCELLO BRAGA VIGGIANO^{1,2}, MARINA ARAÚJO E ROCHA², FABIANA CHAVEIRO GOMES², JOÃO LUCAS NETO²,
BRUNA DO NASCIMENTO PEREIRA², JORDANA OLIVEIRA MILANEZ³

RESUMO

INTRODUÇÃO: O corioangioma, também conhecido por hemangioma placentário, é um tumor vascular benigno comum do mesênquima coriônico primitivo. O tamanho do tumor é importante para o prognóstico perinatal. Tumores pequenos são clinicamente insignificantes. Os corioangiomas gigantes acima de 4cm são associados a complicações fetais. Exames de imagem ajudam no diagnóstico precoce. As lesões placentárias detectadas à ultrassonografia necessitam de vigilância rigorosa dessas gestações em função prognóstico desfavorável.

RELATO DE CASO: Os autores apresentam um caso de corioangioma gigante que desenvolveu ameaça de trabalho de parto pré-termo. O recém-nascido foi a óbito em menos de uma hora após o parto. O exame histopatológico da placenta contribuiu no diagnóstico do corioangioma gigante placentário.

PALAVRAS-CHAVES: CORIOANGIOMA GIGANTE, PLACENTA, ULTRASSONOGRAFIA, DIAGNÓSTICO.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chorioangioma, also known as placental hemangioma, is a common benign vascular tumor of primitive chorionic mesenchyme. The size of the tumor is important for perinatal prognosis. Smaller tumors are clinically insignificant. Giant chorioangioma more than 4cm are associated with fetal complications. Imaging techniques help in early diagnosis. Placental lesions detected on sonography need close surveillance of these pregnancies because of the poor outcome of the pregnancy.

RELATO DE CASO: The authors present a case of a giant chorioangioma that developed threatening preterm labor. The newborn died in less than an hour after birth. The histopathological examination of placenta helped in the diagnosis of giant placental chorioangioma.

KEYWORDS: GIANT CHORIOANGIOMA, PLACENTA, ULTRASONOGRAPHY, DIAGNOSIS.

INTRODUÇÃO

As evidências sobre os mecanismos evolutivos de formação e adaptação placentária contribuíram para que a placenta fosse considerada órgão de extrema importância no processo metabólico do crescimento fetal. Certas anomalias tumorais do próprio estroma placentário podem interferir no aporte de nutrientes e no fluxo sanguíneo uteroplacentário prejudicando o desenvolvimento conceptual.

O corioangioma, também conhecido por hemangioma pla-

centário, é o tumor vascular benigno mais comum da placenta, sendo caracterizado pela proliferação anormal dos vasos que ascendem do tecido coriônico, ocorrendo entre 0,5-1,0% das gestações.^{1,3} Usualmente pequenos e subdiagnosticados, são descobertos incidentalmente nos exames histopatológicos placentários a depender dos cortes realizados, e tendem a ser assintomáticos e raramente complicam a gestação.^{3,5}

Entretanto, os corioangiomas gigantes (> 4cm de diâmetro) são neoplasias raras, com prevalência variando entre 1:9.000 a

1. Universidade Federal de Goiás (UFG-GO)
2. Hospital Estadual Materno-Infantil Dr. Jurandir do Nascimento
3. Serviço de Verificação de Óbitos da Prefeitura de Goiânia

Endereço para correspondência:
Marcello Viggiano
Av. T-12, 216-256 - St. Bueno, Goiânia - GO, 74223-080
Email: marcelloviggiano@ig.com.br

1:50.000 gestações. Estes podem estar associados a várias intercorrências como parto pré-termo, descolamento prematuro da placenta, polidramnia, restrição de crescimento, hepatoesplenomegalia, cardiomegalia, insuficiência cardíaca congestiva, hidropsia e até mesmo ao óbito fetal.^{1,5}

A ultrassonografia, com a utilização do Doppler colorido, possibilita o diagnóstico precoce desses tumores placentários, de forma que estes métodos têm sido amplamente utilizados na detecção do corioangioma e no planejamento de algumas intervenções intrauterinas que podem melhorar o prognóstico perinatal.^{3,4,6,7}

RELATO DE CASO

Paciente RMP, 21 anos, G3P1(c)A1, com gestações espontâneas e sem intercorrências referidas na atual gestação, deu entrada no Hospital Estadual Materno-Infantil com idade gestacional (IG) de 24 semanas e 6 dias confirmada pela primeira ultrassonografia (USG), com queixa de metrossístoles frequentes. Os níveis tensionais, pulso, altura do fundo uterino, circunferência abdominal e ausculta cardíaca fetal na admissão eram normais. Estava hipocorada (+/4+) ao exame físico. Os exames realizados na admissão demonstravam anemia (Hb: 9,6g/dL) e, na USG, polidramnio e grande imagem placentária heterogênea que o plantonista suspeitou de possível hematoma. A conduta proposta na ocasião foi maturação pulmonar, tocólise pela ameaça de trabalho de parto prematuro, e acompanhamento hematimétrico e ecográfico seriado.

No terceiro dia de internação, foi realizado novo exame de imagem com especialista em medicina fetal, que evidenciou feto biometricamente compatível com idade gestacional e peso estimado de 968 g, líquido amniótico aumentado, placenta corporal anterior, e imagem circular, vascularizada na periferia e especialmente em seu interior, heterogênea (áreas hipocogênicas com alguns focos de hiperecogenicidade), localizada na placa corial placentária que se direcionava para a cavidade amniótica, medindo em seu maior diâmetro 10,2cm; sugestiva de corioangioma (Figuras 1-3).



Figura 1. Tumoração circunscrita, bem delimitada, intraplacentária, com aspecto sólido e heterogêneo no interior do qual podem ser visibilizados os vasos sanguíneos.



Figura 2. Corioangioma gigante com alteração textural que se projeta na região da placa corial em direção à cavidade amniótica.



Figura 3. Doppler colorido mostrando a vascularização na massa com grande vaso nutridor no interior da tumoração.

Verificou-se ainda edema de subcutâneo fetal, e o estudo Dopplerfluxométrico apresentou aumento na resistência da artéria umbilical e velocidade de pico sistólico da artéria cerebral média aumentada para a IG. Gestante evoluiu com piora de anemia e com sinais hipertonia uterina, sendo então realizada transfusão de três concentrados de hemácias e indicada cesariana por suspeitas de descolamento placentário e comprometimento da vitalidade fetal. Recém-nascido com 870 g, Apgar 1/2/2 e edema difuso de subcutâneo evoluindo ao óbito após 37 minutos. A avaliação macroscópica demonstrava massa circunscrita na face fetal placentária, endurecida, de aproximadamente 10cm de diâmetro, próxima ao fundo

uterino (Figuras 4 e 5). Neomorto e placenta foram enviados ao Serviço de Verificação de Óbitos da Prefeitura de Goiânia para análise anatomopatológica. Paciente necessitou de nova hemotransusão após a cesariana. Durante toda internação os níveis pressóricos maternos mantiveram-se em torno de 140 x 90 mmHg, não havendo necessidade de medicação anti-hipertensiva, evoluindo sem intercorrências no período puerperal.

Como conclusões do laudo necroscópico obtiveram-se: Corioangioma placentário gigante associada à vasculopatia trombótica em território fetal (Figuras 6 e 7). Sinais de hidropsia e anemia fetal. Sofrimento fetal agudo. Trabalho de parto prematuro. Prematuridade extrema.

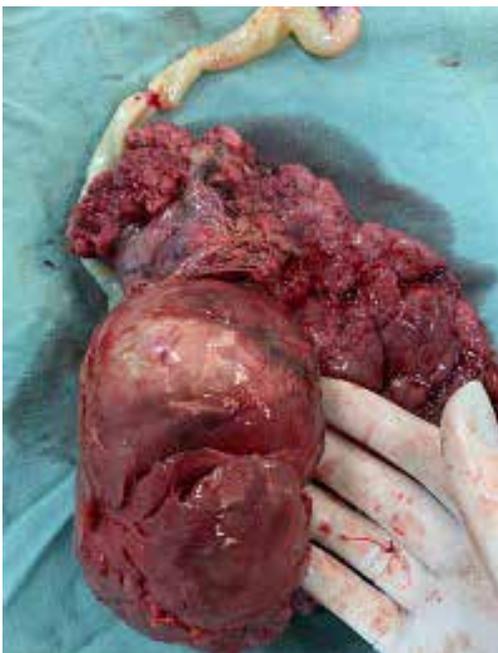


Figura 4. Aspecto macroscópico da placenta com o corioangioma gigante.



Figura 5. Corioangioma gigante com área de necrose intratumoral.

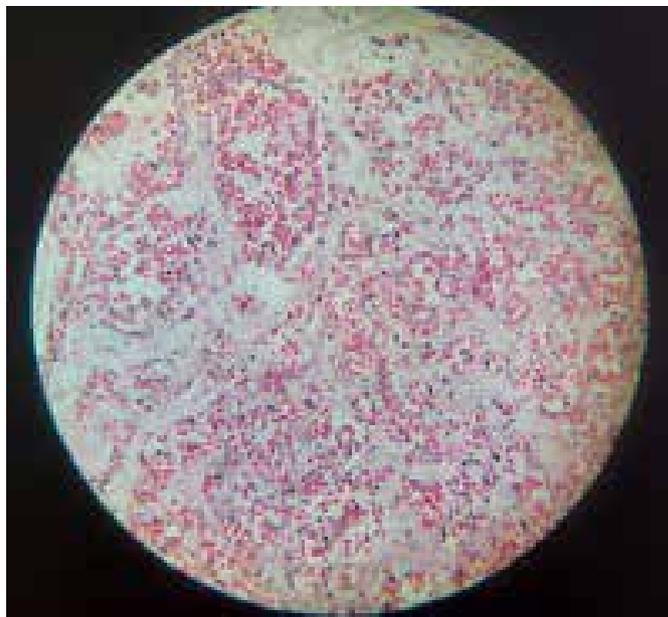


Figura 6. Microscopia do corioangioma mostrando proliferação de vasos sanguíneos de tamanhos variados, predominantemente pequenos, preenchidos por hemácias em estroma fibroconjuntivo frouxo.



Figura 7. Vasculopatia trombótica em corioangioma placentário gigante.

DISCUSSÃO

Os corioangiomas gigantes são tumores placentários raros associados à alta prevalência de complicações durante a gestação e prognóstico perinatal desfavorável. O diagnóstico pré-natal é realizado pela ultrassonografia com Doppler colorido. O aspecto ecográfico típico encontrado é de uma massa circunscrita, hipo ou hiperecogênica, localizada na placa corial que se direciona para a cavidade amniótica, geralmente próxima à inserção do cordão umbilical. O Doppler colorido demonstra grandes canais vasculares na periferia e no interior do tumor.^{1,2,4}

A abordagem e o manejo nos casos de diagnóstico anteparto são direcionados pela maturidade fetal e presença de complicações maternas e fetais. Estes tumores agem como grandes shunts arteriovenosos dentro da placenta, desviando o sangue do produto conceptual. A polidramnia, como a presente neste caso, tem sido associada ao aumento da produção urinária e hiperdinamismo circulatório relacionado ao shunt sanguíneo ou anemia fetal. A transudação de fluido da superfície tumoral também pode contribuir para o acúmulo de líquido amniótico.^{3,5}

A propedêutica investigativa consiste em exames ecográficos detalhados e seriados a cada 2-3 semanas, incluindo ecocardiografia para acesso da função cardíaca e avaliação da velocidade de pico sistólico da artéria cerebral média para o diagnóstico de anemia fetal.^{4,6}

A alta mortalidade perinatal (30-40%) nos casos de tumores gigantes estimulou a tentativa de intervenções terapêuticas pré-natais com a intenção de melhorar o prognóstico conceptual.^{8,10}

O tratamento do corioangioma e das complicações relacionadas é controverso. Amniodrenagem para alívio do polidramnio, transfusão sanguínea intrauterina para correção da anemia fetal são alternativas para as complicações relacionadas aos tumores. A terapia para o tumor propriamente dito tem sido realizada por meio da coagulação vascular endoscópica com laser guiada pela ultrassonografia, e mais recentemente pela embolização endovascular em condições selecionadas. Todas essas opções não são inócuas e têm taxas de sucesso altamente variáveis.⁸⁻¹⁰ No caso apresentado, em função dos sinais de disfunção circulatória fetal estabelecida no momento do diagnóstico e quadro clínico materno instável, nenhuma dessas intervenções foi realizada.

Por fim, é importante ressaltarmos que o diagnóstico precoce dos corioangiomas placentários gigantes, a vigilância cuidadosa durante o pré-natal e a intervenção adequada e oportuna podem prevenir as complicações fetais graves e a alta mortalidade perinatal relacionada a esses raros tumores.

REFERÊNCIAS

1. 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;(5):2011.
2. Fox H, Sebire NJ. Non-trophoblastic tumors of the placenta. In: *Pathology of the Placenta*. Fox-Sebire, ed., 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007. pp. 401-430.
3. Sepulveda W, Alcalde JL, Schnapp C, et al. Perinatal outcome af-

ter prenatal diagnosis of placental chorioangioma. *Obstet Gynecol* 2003;102:1028-33.

4. Durin L, Barjot P, Herlicoviez M. Placental chorioangioma, value of ultrasonography: report of two cases. *J Radiol* 2002;83:739-41.
5. Zanardini C, Papageorghiou A, Bhide A, et al. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;35:332-6.
6. Mubiayi N, Cordonnier C, Le Goueff F, et al. Placental chorioangiomas diagnosed during the second trimester of pregnancy: four cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002;31:187-92.
7. Prapas N, Liang RI, Hunter D, et al. Color Doppler imaging of placental masses: differential diagnosis and fetal outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:559-63.
8. Batukan C, Holzgreve W, Danzer E, et al. Large placental chorioangioma as a cause of sudden intrauterine fetal death. A case report. *Fetal Diagn Ther* 2001;16:394-7.
9. Bhide A, Prefumo F, Sairam S, et al. Ultrasound-guided interstitial laser therapy for the treatment of placental chorioangioma. *Obstet Gynecol* 2003;102:1189-91.
10. Jhun KM, Nassar P, Chen TS, Sardesai S, Chmait RH. Giant chorioangioma treated in utero via laser of feeding vessels with subsequent development of multifocal infantile hemangiomas. *Fetal and Pediatric Pathology*, 2015;34:1-8.