

ÓBITO NEONATAL ASOCIADO A CORIOANGIOMA PLACENTARIO GIGANTE: REPORTE DE CASO

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

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El corioangioma, también conocido como hemangioma placentario, es un tumor vascular benigno común del mesénquima coriónico primitivo. El tamaño del tumor es importante para el pronóstico perinatal. Los tumores pequeños son clínicamente insignificantes. Los corioangiomas gigantes de más de 4 cm se asocian con complicaciones fetales. Los exámenes de imágenes ayudan con el diagnóstico precoz. Las lesiones placentarias detectadas en la ecografía requieren una estricta vigilancia de estos embarazos debido a un pronóstico desfavorable. **REPORTE DE CASO:** Los autores presentan un caso de corioangioma gigante que desarrolló la amenaza de parto prematuro. El recién nacido murió menos de una hora después del parto. El examen histopatológico de la placenta contribuyó al diagnóstico de corioangioma placentario gigante.

PALABRAS CLAVE: CORIOANGIOMA GIGANTE, PLACENTA, ULTRASONOGRAFÍA, DIAGNÓSTICO. ULTRASONOGRAFÍA; DIAGNÓSTICO; REPORTE DE CASO.

INTRODUCCIÓN

La evidencia sobre los mecanismos evolutivos de la formación y adaptación placentaria contribuyó a que la placenta fuera considerada un órgano extremadamente importante en el proceso metabólico del crecimiento fetal. Ciertas anomalías tumorales del propio estroma placentario pueden interferir con el suministro de nutrientes y el flujo sanguíneo uteroplacentario, perjudicando el desarrollo conceptual.

El corioangioma, también conocido como hemangioma placentario, es el tumor vascular benigno más común de la placenta, caracterizándose por la proliferación anormal de vasos que ascienden desde el tejido coriónico, ocurriendo entre el 0.5-1.0% de los embarazos¹⁻³. Suelen ser pequeños e infradiagnosticados, se encuentran de manera incidental en los exámenes histopatológicos placentarios, dependiendo de los cortes realizados, y tienden a ser asintomáticos y rara vez complican el embarazo³⁻⁵.

Sin embargo, los corioangiomas gigantes (> 4 cm de diámetro) son neoplasias raras, con una prevalencia que varía de 1: 9.000 a 1: 50.000 embarazos. Estos pueden estar asociados con diversas complicaciones como parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, polihidramnios, restricción del crecimiento, hepatoesplenomegalia, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca congestiva, hidropesía e incluso óbito fetal^{1,5}.

La ecografía, con el uso de Doppler color, permite el diagnóstico precoz de estos tumores placentarios, por lo que estos métodos han sido ampliamente utilizados en la detec-

ción del corioangioma y en la planificación de algunas intervenciones intrauterinas que pueden mejorar el pronóstico perinatal^{3,4,6,7}.

REPORTE DE CASO

Paciente RMP, 21 años, G3P1 (c) A1, con embarazos espontáneos y sin complicaciones reportadas en el embarazo actual, ingresó en el Hospital Materno Infantil del Estado con una edad gestacional (EG) de 24 semanas y 6 días confirmada por la primera ecografía (USG), quejándose de contracciones frecuentes. Los niveles de presión arterial, pulso, altura del fondo uterino, circunferencia abdominal y auscultación cardíaca fetal al ingreso fueron normales. Estaba pálida (+/4+) en el examen físico. Los exámenes realizados al ingreso mostraron anemia (Hb: 9,6g/dL) y, en la USG, polihidramnios y una gran imagen placentaria heterogénea, que el médico de guardia sospechó como posible hematoma. La conducta propuesta en ese momento fue maduración pulmonar, tocólisis por amenaza de parto prematuro y seguimiento hematimétrico y ecográfico.

Al tercer día de hospitalización se le realizó un nuevo examen de imagen con un especialista en medicina fetal, que mostró un feto biométricamente compatible con la edad gestacional y un peso estimado de 968 g, aumento de líquido amniótico, placenta anterior corporal e imagen circular, vascularizada en la periferia y especialmente en su interior, heterogéneas (áreas hipocogénicas con algunos focos de hiperecogenicidad), ubicadas en la placa corial placentaria que se dirigía hacia la cavidad

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

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

amniótica, midiendo en su diámetro mayor 10,2 cm; sugestivo de corioangioma (Figuras 1-3).



Figura 1. Tumor intraplacentario circunscrito, bien definido, de aspecto sólido y heterogéneo en el que pueden verse vasos sanguíneos.



Figura 2. Corioangioma gigante con alteración textural que se proyecta en la región de la placa corial hacia la cavidad amniótica.



Figura 3. Doppler color que muestra vascularización en la masa con un gran vaso de nutrientes en el interior del tumor.

Se verificó también edema subcutáneo fetal, y el estudio Doppler de flujo mostró un aumento en la resistencia de la arteria umbilical y un aumento de la velocidad máxima sistólica en la arteria cerebral media para la EG. La gestante evolucionó con agravamiento de la anemia y con signos de hipertensión uterina, siendo realizada transfusión de tres concentrados de hemáties y se indicó cesárea por sospecha de desprendimiento de placenta y riesgo de la vitalidad fetal. Recién nacido con 870 g, Apgar 1/2/2 y edema subcutáneo difuso que evoluciona a óbito a los 37 minutos. La evaluación macroscópica mostró una masa circunscrita en la fase fetal placentaria, endurecida, de aproximadamente 10 cm de diámetro, cercana al fondo uterino (Figuras 4 y 5). El neomort y la placenta se enviaron al Servicio de Verificación de Defunciones de la ciudad de Goiânia para su análisis anatomopatológico. La paciente necesitó una nueva transfusión de sangre después de la cesárea. Durante toda la hospitalización, la presión arterial materna se mantuvo en torno a 140 x 90 mmHg, sin necesidad de medicación antihipertensiva, evolucionando sin complicaciones en el puerperio.

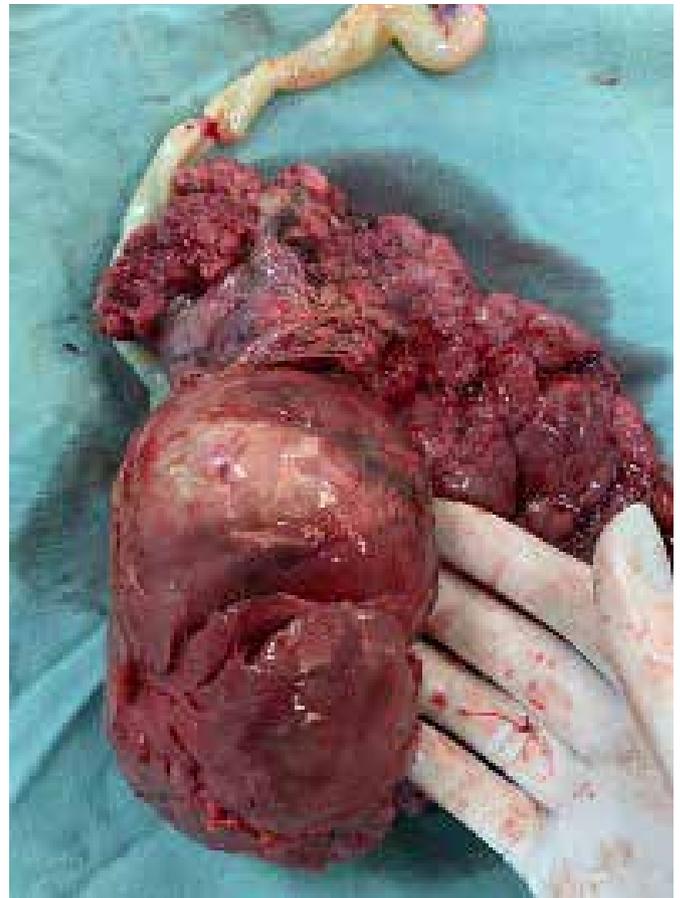


Figura 4. Aspecto macroscópico de la placenta con corioangioma gigante.



Figura 5. Corioangioma gigante con área de necrosis intratumoral.

Como conclusiones del informe necroscópico se obtuvieron: Corioangioma placentario gigante asociado a vasculopatía trombótica en territorio fetal (Figuras 6 y 7). Signos de hidropesía y anemia fetal. Sufrimiento fetal agudo. Trabajo de parto prematuro. Prematuridad extrema.

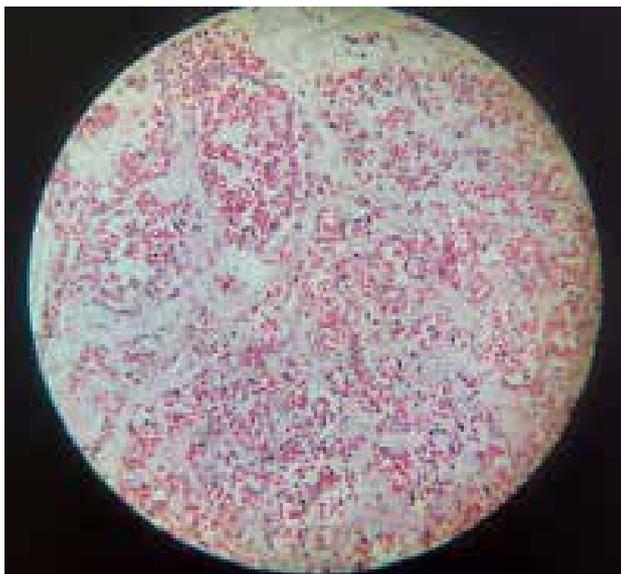


Figura 6. Microscopía del corioangioma que muestra la proliferación de vasos sanguíneos de diferentes tamaños, predominantemente pequeños, llenos de hematíes en estroma fibroconjuntivo laxo.



Figura 7. Vasculopatía trombótica en corioangioma placentario gigante.

DISCUSIÓN

Los corioangiomas gigantes son tumores placentarios poco frecuentes que se asocian con una alta prevalencia de complicaciones durante el embarazo y un pronóstico perinatal desfavorable. El diagnóstico prenatal se realiza mediante ecografía Doppler color. El aspecto ecográfico típico encontrado es el de una masa circunscrita, hipo o hiperecogénica, ubicada en la placa corial que se dirige a la cavidad amniótica, habitualmente próxima a la inserción del cordón umbilical. El Doppler color muestra grandes canales vasculares en la periferia y dentro del tumor^{1,2,4}.

El abordaje y manejo en los casos de diagnóstico preparto están guiados por la madurez fetal y la presencia de complicaciones maternas y fetales. Estos tumores actúan como grandes derivaciones arteriovenosas dentro de la placenta, desviando la sangre del producto conceptual. El polihidramnios, como el de este caso, se ha asociado con un aumento de la diuresis e hiperdinamismo circulatorio relacionado con la derivación sanguínea o la anemia fetal. La trasudación de líquido de la superficie del tumor también puede contribuir a la acumulación de líquido amniótico^{3,5}.

La propedéutica investigativa consiste en exámenes ecográficos detallados y seriados cada 2-3 semanas, incluida la ecocardiografía para acceder a la función cardíaca y la evaluación de la velocidad máxima sistólica de la arteria cerebral media para el diagnóstico de anemia fetal^{4,6}.

La alta mortalidad perinatal (30-40%) en los casos de tumores gigantes estimuló el intento de intervenciones terapéuticas prenatales con la intención de mejorar el pronóstico conceptual^{8,10}.

El tratamiento del corioangioma y las complicaciones

relacionadas es controvertido. El amniodrenaje para aliviar el polihidramnios, la transfusión de sangre intrauterina para corregir la anemia fetal son alternativas a las complicaciones relacionadas con los tumores. La terapia del propio tumor se ha llevado a cabo mediante coagulación vascular endoscópica con láser guiado por ultrasonido, y más recientemente mediante embolización endovascular en condiciones específicas. Todas estas opciones no son inocuas y tienen tasas de éxito muy variables⁸⁻¹⁰. En el caso presentado, debido a los signos de disfunción circulatoria fetal establecidos en el momento del diagnóstico y cuadro clínico materno inestable, ninguna de estas intervenciones fue realizada.

Finalmente, es importante señalar que el diagnóstico precoz de los corioangiomas placentarios gigantes, la vigilancia prenatal cuidadosa y la intervención apropiada y oportuna pueden prevenir complicaciones fetales graves y una alta mortalidad perinatal relacionada con estos tumores raros.

REFERENCIAS

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 after 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. Mubiyai 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.