



PROGRESOS DE

# Obstetricia y Ginecología

Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia



Prog Obstet Ginecol 2021;64:115-119

## Práctica Clínica

### Corioangioma gigante múltiple asociado a retraso de crecimiento precoz

*Multiple giant chorioangioma associated with early intrauterine growth restriction*

Juan Sánchez Orta<sup>1</sup>, Belén Garzón Prieto<sup>2</sup>, Elena Durán Izquierdo<sup>2</sup> y María Reyes Granell Escobar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

#### Palabras clave:

Corioangioma.  
Corioangiomatosis.  
Placenta.  
Crecimiento intrauterino retardado.  
Tumor benigno placentario no trofoblástico.

#### Resumen

El corioangioma es el tumor benigno placentario no trofoblástico más frecuente, con una prevalencia del 1% de gestaciones. Aquellos que superan los 5 cm se denominan corioangiomas gigantes, relacionándose con malos resultados obstétricos secundarios a compromiso vascular feto-placentario. Por este motivo, es necesaria una vigilancia estrecha del bienestar fetal. El diagnóstico de sospecha se realiza mediante ecografía Doppler, siendo de utilidad en ocasiones la resonancia magnética nuclear. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Presentamos el caso de un corioangioma gigante múltiple, en una mujer con la mutación heterocigota del factor V de Leyden, diagnosticado a las 26 semanas de gestación, asociado a un retraso de crecimiento fetal precoz y severo, finalizando la gestación a las 35 semanas mediante cesárea.

#### Key words:

Chorioangioma.  
Chorioangiomatosis.  
Placental.  
Intrauterine growth restriction. Non-trophoblastic benign placental tumor.

#### Abstract

Placental chorioangioma is the most common non-trophoblastic benign placental tumor, with a prevalence of 1%. Chorioangiomas exceeding 5 cm in size are called giant chorioangiomas and can cause serious fetal complications, secondary to fetal-placental vascular compromise. For this reason, close monitoring of fetal well-being is required. Suspected diagnosis is confirmed by Doppler ultrasound, and MRI is sometimes useful. Final diagnosis is confirmed through histopathological examination. In this paper, we present a case of multiple giant placental chorioangiomas, in a woman with the mutation of the Leyden factor V, diagnosed at 26 weeks, which were causing early severe intrauterine growth restriction (IUGR) and concluded in a Cesarean section delivery at 35 weeks.

Recibido: 21/06/2021  
Aceptado: 25/06/2021

Sánchez Orta J, Garzón Prieto B, Durán Izquierdo E, Granell Escobar MR. Corioangioma gigante múltiple asociado a retraso de crecimiento precoz. Prog Obstet Ginecol 2021;64:115-119.

#### Correspondencia:

Juan Sánchez Orta  
Servicio de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Juan Ramón Jiménez  
Ronda Norte, s/n  
21005 Huelva  
e-mail: jusanort1@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El corioangioma, también conocido como hemangioma placentario, mixoma o fibroma, es el tumor benigno placentario no trofoblástico más frecuente, con una prevalencia estimada del 1% de las gestaciones (1-4). El tamaño es variable, lo más habitual es que sean únicos, pequeños, encapsulados, intraplacentarios y sin relevancia clínica. Se consideran de gran tamaño cuando son mayores de 5 cm y son menos comunes, presentando una prevalencia de 1 de cada 9.000 a 50.000 nacimientos. El corioangioma múltiple o coriangiomatosis es extremadamente raro (5,6). Este tumor fue descrito por primera vez en 1798 por Clarke. Puede producir complicaciones materno-fetales potencialmente severas, como hidramnios o hemorragias anteparto, y *shunt* arteriovenosos que comprometan la circulación fetal y originen una insuficiencia cardíaca congestiva y sus complicaciones, como anemia fetal, hidrops, polihidramnios, crecimiento intrauterino restringido (CIR), parto pretérmino y un aumento de la morbimortalidad perinatal (1-7).

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 seguimiento estrecho: dada la alta prevalencia de complicaciones y la alta tasa de mortalidad perinatal (30-40 %) estas gestaciones son, a menudo, tributarias de terapia fetal (cordocentesis, amniodrenaje o ablación de vasos intersticiales mediante fetoscopia), o incluso considerar la finalización prematura de la gestación, si hay evidencia de compromiso fetal (8).

Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de corioangiomas, que desarrolla CIR precoz, con finalización de la gestación a las 35 semanas mediante cesárea tras fracaso de inducción del parto.

## CASO CLÍNICO

Gestante de 30 años, quintigesta con 2 partos anteriores y 2 abortos espontáneos. Como antecedentes de interés destaca una mutación heterocigota del factor V de Leyden.

Durante la primera visita gestacional se lleva a cabo un cribado combinado para cromosomopatías, con resultado de bajo riesgo.

En la ecografía morfológica de las 20 semanas se describe un feto con una biometría dos semanas menor que la amenorrea y una placenta dishomogénea compactada en cara posterior. La paciente presenta 20 + 5 semanas de amenorrea y una biometría acorde a 18 + 6 semanas. En el estudio Doppler de las arterias uterinas destaca un índice de pulsabilidad (IP) de la arteria uterina izquierda de 2,61, con Notch y un IP de 0,98 para la arteria uterina derecha.

IPmAut > p95. El resto del estudio ecográfico se describe dentro de la normalidad, sin anomalías estructurales.

La paciente es remitida a la Unidad de Medicina Fetal por CIR precoz a las 26 semanas de gestación. En su evaluación inicial se estima un peso fetal (Hadlock FP AJOG 1985) de 529 g (PO según la web <http://fetaltest.com/cgi-bin/ecopesofetal.cgi>). En el estudio anatómico detallado se descartan anomalías estructurales, salvo una persistencia de vena umbilical derecha; también se describe una leve hiperrefringencia intestinal, descartándose posteriormente patología abdominal fetal. La placenta se inserta en cara posterior, y se describe como irregular, heterogénea y abollonada. En la superficie fetal de la placenta se observan imágenes quísticas (Fig. 1). Inserción de cordón que atraviesa dichos quistes, impresionando velamentosa. Estudio Doppler: una de las dos arterias uterinas con ausencia de flujo diastólico. IPACM < P95 IP DV < P95.



Figura 1. Imagen ecográfica en escala de grises.

Se propone y acepta el estudio genético en líquido amniótico, extrayéndose líquido de color “coñac”, sin hallazgos citológicos reseñables en el estudio anatomopatológico. Con respecto al estudio citogenético: cariotipo 46XX; Arrays negativos. Panel ampliado para fibrosis quística negativo. ADN citomegalovirus indetectable.

Se extrae ratio de marcadores angiogénicos sFlt-1/PIGF = 33,9 (se descarta preeclampsia), perfil hepático y renal normales, serología infecciosa negativa.

La paciente es valorada por el servicio de Medicina Interna por antecedentes de abortos de repetición, pautándose desde la semana 26 un tratamiento con enoxaparina 80/24 h subcutánea y ácido acetil salicílico 100 mg/24h.

Se realizó evaluación ecográfica semanal, con un crecimiento lineal fetal, sin superar el percentil 1 de peso, catalogándose a las 34+5 semanas como CIR II, dado el flujo diastólico ausente en ambas arterias umbilicales. Registro cardiotocográfico de patrón normal.

La paciente ingresa con 35 + 1 semanas para inducción al parto por CIR y placenta anómala. Finalmente se realiza una cesárea, con ligadura tubárica bilateral, por fracaso de inducción. Nace mujer con peso de 1.454 g y Apgar 9/10, pH de cordón 7,29, que pasa a hospital infantil para ganancia ponderal. En el examen posnatal no se evidencia anemia ni trombocitopenia. A destacar la coloración del líquido amniótico y la inserción velamentosa del cordón junto a la presencia de numerosos quistes abigarrados en la superficie fetal de la placenta, con múltiples cotiledones.

El examen macroscópico de la placenta orientaba a la presencia de corioangioma gigante, lo cual fue comprobado en el examen microscópico. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de corioangioma gigante múltiple o corioangiomatosis.

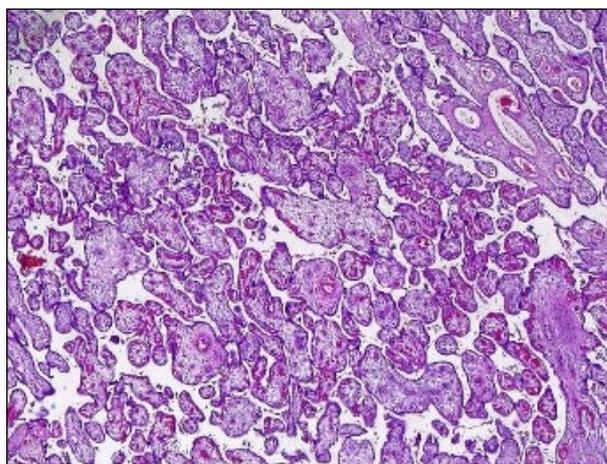
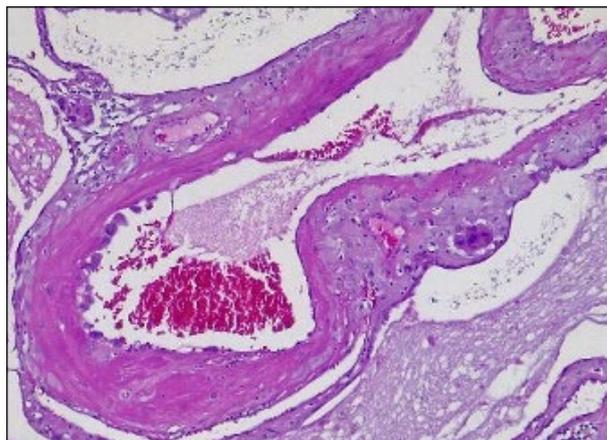
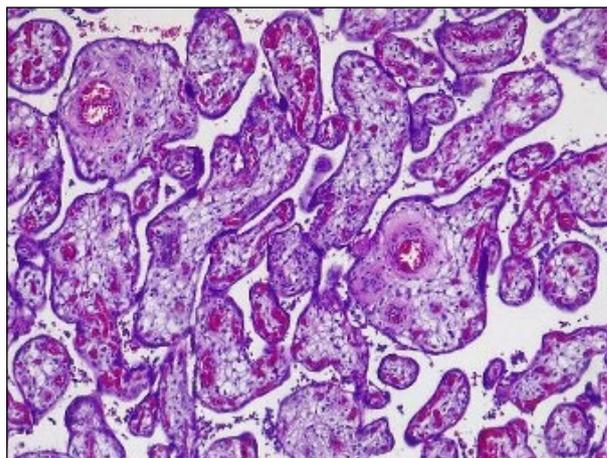
A nivel macroscópico se describe una placenta de 440 g con medidas de 16 x 12 cm. Presenta un aspecto pseudonodular, mostrando estos nódulos áreas amarillentas de aspecto isquémico, zonas hemorrágicas y pequeños quistes (Figs. 2 y 3).

A nivel microscópico presenta amplias áreas de necrosis fibrinoide vellositaria, placas de fibrina subcoriónica,

focos de hemorragia, infartos isquémicos y microcalcificaciones. Además de estas alteraciones, se describe una proliferación multifocal de vasos de tipo capilar cavernoso e hiperplasia focal de trofoblasto con focos de vellosidades viables periféricas al tumor con marcada corangiomasia. Según todos estos hallazgos se trataría de un patrón angiomaso y degenerado (Figs. 4, 5 y 6).



**Figuras 2 y 3.** Corioangioma gigante múltiple. Pieza macroscópica.



**Figuras 4, 5 y 6.** Corioangioma gigante múltiple. Cortes microscópicos.

## DISCUSIÓN

El corioangioma es el tumor placentario más frecuente, aunque no suele tener repercusión clínica. Se han descrito tres patrones histológicos diferentes: de tipo angiomatoso, con vasos sanguíneos con dilatación de tipo cavernomatosa; celular, formado por tejido mesenquimal inmaduro; y degenerado, con hialinización, degeneración fibrinoide, necrosis o calcificaciones capilares (8-10).

En el caso que nos ocupa, se describe un patrón mixto, con áreas de patrón angiomatoso y otras de patrón degenerado, sin ninguna área placentaria libre de tumor. Queremos hacer una distinción entre los términos corioangioma (CA), corangiosis (CH) y corangiomas (CM), pues son entidades que presentan características comunes, pero con diferencias. Para ello nos remitimos al estudio que hicieron Ogino y Redline (12), que las definen como lesiones vellosas capilares de la placenta secundarias a hipoxia. Se diferencian en:

- CM y CA comparten asociaciones con preeclampsia, gestación múltiple y prematuridad. No ocurre así con CH. Suelen observarse antes de las 32 semanas de gestación y se caracterizan por envolver a los elementos más proximales del árbol vellosa, mostrando un incremento de la celularidad estromal, colagenización del estroma y un entramado reticulina-like. CM, en su forma multifocal, difusa, está asociada con prematuridad extrema, malformaciones congénitas, CIR, maduración vellositaria retrasada y placentomegalia.
- CH se asocia a diabetes materna, placentomegalia, y se describe una alta incidencia de morbilidad perinatal, siendo más frecuente en gestaciones por encima de 37 semanas. Consiste en un proceso difuso de hipervascularización de las vellosidades terminales, sin hiper celularidad estromal, manteniéndose intacta la membrana basal.

Aunque la etiología es desconocida, se plantea como posibilidad una proliferación excesiva de células indiferenciadas del mesénquima coriónico, secundaria a una hipoxia hipobárica (13).

En nuestro caso, dado los antecedentes clínicos de la paciente (mutación en heterocigosis del factor V de Leyden), la presentación con CIR y los hallazgos histopatológicos, se sugiere un mecanismo compensatorio a fenómenos tromboticos subclínicos en la placenta durante la gestación.

La mayoría de corangiomas son pequeños, menores de 1 cm, y son habitualmente únicos y más frecuentes en gestaciones con feto de sexo mujer y gestaciones múltiples. Estos casos suelen cursar de forma asintomática.

Sin embargo, si son de gran tamaño, mayores de 5 cm y/o múltiples, se relacionan en mayor medida con una disregulación de los factores de crecimiento endotelial. Estos casos con más frecuencia se acompañan de complicaciones maternas durante la gestación como preeclampsia,

metrorragia, desprendimiento placentario, polihidramnios y parto pretérmino. También se asocian a complicaciones fetales como cardiomegalia, fallo cardiaco congestivo, anemia, CIR, bajo peso al nacimiento e incluso la muerte fetal (14). La mayoría se deben a las alteraciones hemodinámicas que se producen como consecuencia de los cortocircuitos arteriovenosos que se forman dentro del tumor y aumento del volumen circulatorio a su través.

También se ha descrito el llamado síndrome de Ballantyne o síndrome espejular (15,16), en el que la madre desarrolla un edema a imitación del hidrops fetal, que puede llegar a producir incluso alteraciones analíticas (elevación de enzimas hepáticas, hipoproteinemia, anemia) a semejanza del cuadro del feto. En otros casos, el corioangioma puede obstruir el canal del parto dificultando la vía de salida y siendo precisa la realización de una cesárea.

Sepulveda y cols. (17) describen 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 ellos el parto tuvo lugar antes de la semana 35. Concluyen que el tamaño del corioangioma es el factor más importante relacionado con el pronóstico de estas gestaciones.

También Zanardini y cols. (18) 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 una corangiomas múltiple, el feto no presentó ninguna otra complicación añadida al retraso de crecimiento precoz y severo, lo que provocó de forma secundaria 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 tumor (19), siendo la incidencia de parto prematuro en estos casos de hasta el 42%.

En el caso que describimos, a pesar de tratarse de una corangiomas múltiple, el feto no presentó ninguna otra complicación añadida al retraso de crecimiento precoz y severo, lo que provocó de forma secundaria un parto prematuro.

El diagnóstico prenatal se basa en el estudio ecográfico, que 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 avasculares.

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 magnética nuclear (20).

Asimismo, 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 del pico de velocidad sistólica de la arteria cerebral

media. Se ha descrito en casos seleccionados el uso de láser-terapia intersticial para devascularizar el tumor (18).

El diagnóstico antenatal es fundamental para clasificar las gestaciones de alto riesgo, y hacer un seguimiento adecuado y tratar las complicaciones para mejorar los resultados perinatales. Existe evidencia de algunos casos en los que se utilizó un tratamiento médico con indometacina y digoxina para tratar el hidrops fetal (21-22). Son útiles las técnicas invasivas como el amniodrenaje en caso de polihidramnios asociado o la cordocentesis-transfusión para tratar la anemia fetal. El uso de fetoscopia permite, mediante tratamientos como láser ecoguiado, la cauterización mediante bipolar o la microembolización (23-24). No obstante, estas opciones deben utilizarse como último escalón. Todas ellas son opciones no exentas de riesgos, con tasas de éxito variable.

El manejo habitual consiste en realizar un seguimiento y diagnóstico precoz de posibles complicaciones fetales como anemia o insuficiencia cardiaca, hasta alcanzar una edad gestacional que permita la finalización de la gestación con poca morbimortalidad neonatal.

## CONCLUSIÓN

El corioangioma gigante es una entidad infrecuente y los resultados perinatales pueden ser adversos. El diagnóstico prenatal y un seguimiento estrecho ultrasonográfico son imprescindibles para llevar a buen término un recién nacido saludable.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ulkumen B, Pala H, Nese N, Baytur Y. Prenatal diagnosis and fetomaternal outcomes of two cases with placental chorioangioma. *Case Rep Obstet Gynecol* 2013;2013:926743.
- Willis C, Ferguson S, Soydemir F. Placental chorioangioma associated with polyhydramnios and hydrops fetalis. *BMJ Case Rep* 2019;12:e227828.
- López Soto A, Martínez Uriarte J, Martínez Pérez B, Rubio Ciudad M, García Izquierdo O, Isaac Montero A, Jódar Pérez M<sup>a</sup> A, Fresneda Jáimez M<sup>a</sup> D. Corioangioma gigante placentario. *Prog Obstet Gynecol* 2016;59:310-313.
- Muñoz López M, Comas Gabriel C, Torrents Muns M, Muñoz Prades A, García Gallardo M, Mallafré Dols J. Diagnóstico prenatal de corioangioma placentario y gestación a término. *Prog Obstet Gynecol* 2013;56:94-100.
- Ozer EA, Duman N, Kumral A, et al. Chorioangiomas presenting with severe anemia and heart failure in a newborn. *Fetal Diagn Ther* 2008;23:5-6.
- Gonzalo I, Martínez-Guisasola J, Martín MA, Rozada P, Klabili M, Fernández G. Corioangioma placentario gigante. *Diagn Prenat* 2011;22:136-8.
- Qichang W, Wenbo W, Liangkai Z, Hui K, Ziaogin H, Li S, et al. Pregnancy with concomitant chorioangioma and placental mesenchymal dysplasia: A rare placental abnormality. *Case Rep Obstet Gynecol* 2013;2013:591956.
- Mo R. Successful expectant management of a giant chorioangioma. *BMJ Case Reports CP* 2021;14:e239928.
- Al Wattar BH, Hillman SC, Marton T, Foster K, Kilby M. Placenta chorioangioma: A rare case and systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014;27:1055-63.
- Coletta JM, Chorioangioma D'Alton ME. *Obstetric imaging: Fetal diagnosis and care*. 2nd edn: Elsevier, 2018:437-8.
- Pérez García GE, Sierra Avendaño JA, Rangel Navia E, Fuentes Porras JS. Corioangioma placentario: enfoque clínico-patológico de un caso descrito en Colombia. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:109-14.
- Ogino S, Redline RW. Vilous capillary lesion of the placenta: Distinctives between chorioangioma, chorioangiomas and chorangiomas. *Hum Pathol* 2000;31:945-54.
- Dhar H. Giant placental chorioangioma with intrauterine fetal death. *J Nepal Med Assoc* 2013;52:384-7.
- Buca D, Iacobella C, Khalil A, et al. Perinatal outcome of pregnancies complicated by placental chorioangioma: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020;55:441-449.
- García Díaz L, Carreto P, Costa-Pereira S, Antiñolo G. Prenatal management and perinatal outcome in giant placental chorioangioma complicated with hydrops fetalis, fetal anemia and maternal mirror-syndrome. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:72.
- Alarcón-Gutiérrez J, Alarcón-Gutiérrez C, Alarcón-Gutiérrez S. Reporte de caso: síndrome de Ballantyne o síndrome "en espejo". *Prog Obstet Gynecol* 2019;62:575-578.
- Sepulveda W, Alcalde JL, Schnapp C, Bravo M. Perinatal outcome after prenatal diagnosis of placental chorioangioma. *Obstet Gynecol* 2003;1028e33.
- Zanardini C, Papageorgiou A, Bhide A, Thilaganathan B. Giant placental chorioangioma: Natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;35:332-6.
- Ashwal E, Golan G, Pardo J, Wiznitzer A, Yogeve Y. Association of isolated polyhydramnios at or beyond 34 weeks of gestation and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2015;125:825-32.
- Kawamoto S, Ogawa F, Tanaka J, Ban S, Heshinki A. Chorioangioma: Antenatal diagnosis with fast MR imaging. *Magn Reson Imaging* 2000;18:911-4.
- Quarello E, Bernard JP, Leroy J, Ville Y. Prenatal laser treatment of a placental chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:299-301.
- Vaidyanathan G, Bai A, Perchani J, et al. Placental chorioangioma: Usual presentation and alternate treatment options. *Journal of Case Reports* 2017;7:30-2.
- Barros A, Freitas AC, Cabral AJ, Camacho MC, Costa E, Leitao H. Giant placental chorioangioma: A rare cause of fetal hydrops. *BMJ Case Rep* 2011;2011:bcr0220113880.
- Fan M, Skupski D. Placental chorioangioma: Literature review. *J Perinat Med* 2014;42:273-9.