



# clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



## CASO CLÍNICO

# Corioangioma asociado a rotura prematura de membranas pretérmino en gestación obtenida mediante fecundación *in vitro*. Presentación de un caso



E. López López\*, M.R. Meca Casbas y E.M. Robles Cuadrado

*Obstetricia y Ginecología, Empresa Pública Hospital de Poniente, Almería, España*

Recibido el 1 de septiembre de 2020; aceptado el 19 de febrero de 2021

Disponible en Internet el 31 de mayo de 2021

### PALABRAS CLAVE

Tumor placentario;  
Corioangioma;  
Ecografía;  
Rotura prematura de membranas;  
Fertilización *in vitro*

**Resumen** El corioangioma es el tumor benigno placentario no trofoblástico más frecuente, con una incidencia estimada del 1% de las gestaciones. Se presenta el caso de un corioangioma diagnosticado en una ecografía rutinaria de tercer trimestre en una gestante de edad materna avanzada cuya gestación había sido obtenida mediante técnicas de reproducción asistida. Se utilizó el ecógrafo Voluson E8 con modo 2D y Doppler color. Su imagen característica corresponde a una formación redondeada e hipocogénica localizada en la cara fetal de la placenta. Su tamaño, sobre todo cuando es superior a 5 cm, tiene importantes implicaciones pronósticas y produce afectación fetal, que puede traducirse en parto pretérmino o alteración del crecimiento fetal, entre otras. Tras el diagnóstico, debe realizarse un seguimiento periódico y requerirá tratamiento en caso de afectación materno-fetal.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

placental tumour;  
Chorioangioma;  
Ultrasound;  
Preterm rupture of membranes;  
In vitro fertilization

**Chorioangioma associated with premature rupture of preterm membranes in gestation obtained by in vitro fertilization. Presentation of a case**

**Abstract** Placental chorioangioma is the most common subtype of non-trophoblastic placental tumours. The incidence rate is 1% of pregnancies. We present the case of a chorioangioma diagnosed in a routine third-trimester ultrasound in a pregnant woman of advanced maternal age who conceived by assisted reproductive techniques. The Voluson E 8 ultrasound machine with

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [esmeralda.ph@gmail.com](mailto:esmeralda.ph@gmail.com) (E. López López).

2D mode and colour Doppler was used. Chorioangioma usually presents as a single nodule in the foetal surface of the placenta. Prognosis depends on tumour size producing intrauterine growth restriction or preterm birth when the chorioangioma measures more than 5 cm. After diagnosis, follow-up should be performed and treated as if there were maternal-foetal involvement.  
© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El corioangioma es el tumor benigno placentario no trofoblástico más frecuente, con una incidencia estimada del 1% de las gestaciones<sup>1,2</sup>. Fue descrito por primera vez por Clarke en 1978<sup>3</sup>. Aunque no se conoce de manera precisa su etiología, se cree que consiste en una proliferación anormal de vasos en varios estadios de diferenciación en el estroma placentario<sup>1</sup>. El diagnóstico prenatal se realiza mediante la visualización por ecografía de una formación redondeada, hipocogénica, de aspecto homogéneo, localizada en la cara fetal de la placenta, con Doppler color presente tanto en el interior como en la periferia<sup>1</sup>.

Los corioangiomas con medidas por debajo de los 4-5 cm suelen ser asintomáticos y rara vez causan complicaciones<sup>4</sup>; sin embargo, los de gran tamaño se asocian con resultados perinatales adversos, como el crecimiento intrauterino restringido, la muerte fetal anteparto o el parto pretérmino, como en el caso que se presenta<sup>1</sup>. También pueden producirse complicaciones maternas, como preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y polihidramnios sintomático<sup>4</sup>. Existe una mayor incidencia de corioangiomas en gestantes con hipertensión, diabetes, feto de sexo femenino, con gestaciones múltiples, en gestantes nulíparas o de edad avanzada, como es nuestro caso<sup>4,5</sup>.

## Caso clínico

Mujer de 47 años, nulípara. Gestación obtenida por fecundación *in vitro* con ovodonación. Presentaba, como antecedentes personales de interés, sobrepeso y alto riesgo de preeclampsia, para lo que se había administrado ácido acetil salicílico (150 mg cada 24 h). Había sido intervenida de cesárea por fracaso de inducción (preeclampsia) y miomectomía histeroscópica.

Durante la ecografía rutinaria en la semana 34 se evidenció nódulo redondeado bien circunscrito en el espesor placentario, con Doppler color periférico e interno, que medía 36 × 32 mm (fig. 1). El diagnóstico de sospecha era corioangioma vs. teratoma placentario. La placenta se encontraba normoinserta en cara anterior; el líquido amniótico, cercano al límite alto, con un índice de líquido amniótico de 23 cm (fig. 2) y el peso fetal correspondía al percentil 100 para la edad gestacional. En la semana 35+2 la gestante ingresó por rotura prematura de membranas pretérmino con hidrorrea franca. La estática fetal era podálica. Se realizó cesárea, previa antibioterapia, por presentación podálica y periodo intergenésico corto con cesárea anterior. Nació una mujer de 2.760 g con Apgar 10-10, pH arterial 7,27 y venoso 7,30. Se envió la placenta

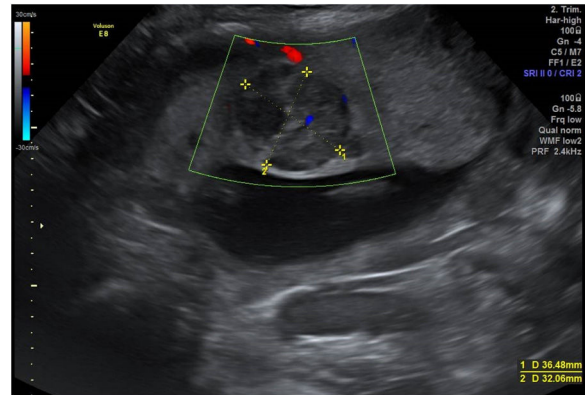


Figura 1 Corangioma en ecografía.

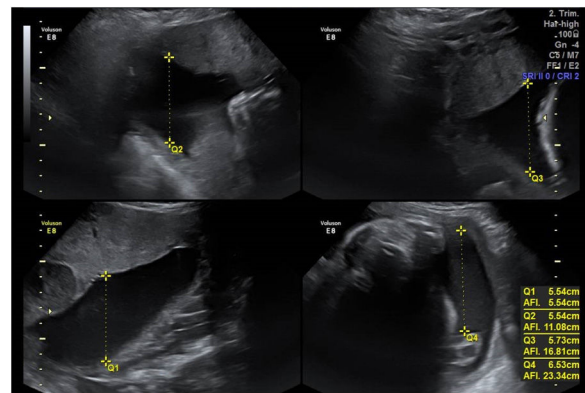
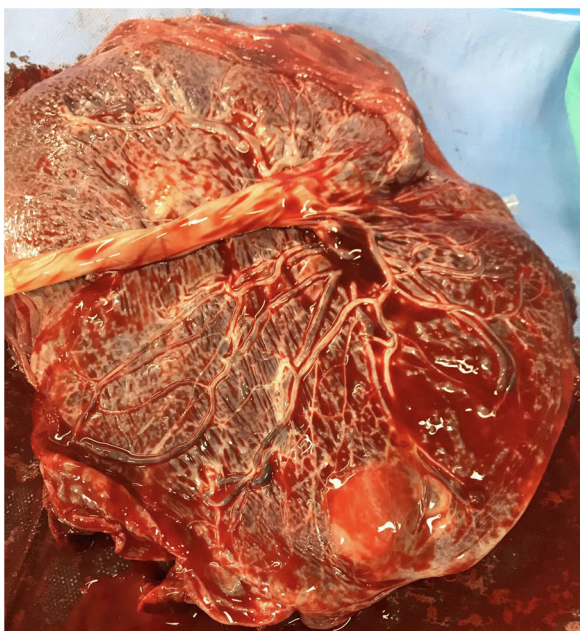


Figura 2 Índice de líquido amniótico en el límite alto de la normalidad.

(fig. 3) para estudio a Anatomía Patológica, que confirmó el diagnóstico de corioangioma de 5 cm.

## Discusión

Muchos corioangiomas pasan desapercibidos por su escaso tamaño y por no tener repercusión fetal, mientras otros pueden dar lugar a problemas de sobrecarga cardíaca fetal (*shunt* arteriovenoso), defectos del crecimiento, parto pretérmino e incluso alteraciones en el neurodesarrollo en la infancia: son determinantes el tamaño tumoral y la presencia de hidrops fetal<sup>1,6</sup>. También se ha descrito su asociación frecuente a polihidramnios<sup>7</sup>, relacionada con rotura prematura de membranas, presentación no cefálica, parto pretérmino y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta<sup>3</sup>. Se han descrito casos de este tipo de desprendimiento con corioangiomas de menos de 5 cm<sup>6</sup>.



**Figura 3** Visión macroscópica del corioangioma placentario.

La ecografía es el patrón oro para el diagnóstico y seguimiento del corioangioma. Se presenta como un nódulo único, bien definido, en la cara fetal de la placenta. Su contenido puede ser heterogéneo, debido a la presencia de áreas de mayor densidad, correspondientes a calcificaciones o zonas hemorrágicas. La mayor vascularización tumoral se relaciona con mayor probabilidad de afectación fetal<sup>7</sup>.

Es importante la valoración placentaria durante la ecografía de rutina para identificar hallazgos anormales, como pueden ser este tipo de tumores.

En el caso presentado se planteó el diagnóstico diferencial con el teratoma placentario: en este, la visualización de áreas calcificadas es más frecuente y no existe flujo Doppler llamativo en su interior<sup>7</sup>. Podría pensarse también en un hematoma subamniótico, pero en este no existe vascularización visible con Doppler color. Otros diagnósticos diferenciales que tener en cuenta son la mola parcial, mioma uterino degenerado o metástasis de melanoma (tumor maligno que metastatiza más frecuentemente en la placenta durante la gestación).

Se recomienda seguimiento ecográfico semanal o quincenal desde su diagnóstico con el fin de identificar signos precoces de compromiso fetal<sup>1</sup>.

El manejo es expectante mientras no derive en otro proceso<sup>5</sup>.

En casos de afectación grave (polihidramnios, crecimiento intrauterino restringido, anemia fetal, etc.), se han descrito terapias intraútero, como la amniorreducción

en el caso del polihidramnios, la ablación alcohólica o la devascularización tumoral por láser<sup>5</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiación

Los autores declaran que la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores firmantes declaran que no existe conflicto de intereses para la redacción de este manuscrito.

## Bibliografía

1. Buca D, Iacovella C, Khalil A, Rizzo G, Sirotkina M, Makatsariya A, et al. Perinatal outcome of pregnancies complicated by placental chorioangioma: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;55:441–9.
2. Abdalla N, Bachanek M, Trojanowski S, Cendrowski K, Sawicki W. Placental tumor (chorioangioma) as a cause of polyhydramnios: A case report. *Int J Womens Health.* 2014;6:955–9.
3. Casokan S, Chad AK, Gard R. Prenatal diagnosis of placental tumor by ultrasound. *J Clin Ultrasound.* 1978;6:180–1.
4. Kodandapani S, Shreshta A, Ramkumar V, Rao L. Chorioangioma of placenta: A rare placental cause for adverse fetal outcome. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2012;2012:913878.
5. Yadav M, Maheshwari M, Sharma S, Godha Z, Garg P, Sharma G. Chorioangioma of placenta: A rare case of near-miss mortality. *J Obstet Gynaecol India.* 2017;67:224–6.
6. Kim A, Economidis MA, Stohl HE. Placental abruption after amnioreduction for polyhydramnios caused by chorioangioma. *BMJ Case Rep.* 2018.
7. Abdalla N, Piórkowski R, Stanirowski P, Pazura M, Cendrowski K, Sawicki W. Can ultrasound be helpful in selecting optimal management methods for pregnancies complicated by placental non-trophoblastic tumors? *J Ultrasound.* 2017;17:116–22.