

Um caso de corioangioma na gravidez

A case chorioangioma in pregnancy

Parizza Ramos de Leu Sampaio ¹, Diego Fraga Rezende ², Adriana Gualda Garrido ³

Resumo

O corioangioma é o tumor benigno mais comum de placenta ocorrendo em aproximadamente 1% de todas as gestações ou em 0,5-1% de todas as placentas de termo examinadas. Eles se comportam como lesões pequenas, únicas, intra-placentária, encapsuladas projetando para a superfície fetal, geralmente perto da inserção do cordão umbilical. Na maioria dos casos, o tamanho do tumor se estabiliza, e, portanto, permanece assintomático, ou então ele cresce e causa consequências materna e fetal. As principais complicações são fetais como: insuficiência cardíaca, polidrâmnio (14% -28%), restrição de crescimento intra-uterino (30%), prematuridade (40%). Embora o diagnóstico precoce de corioangioma seja importante para otimizar o resultado perinatal, é difícil fazer um diagnóstico diferencial preciso das massas placentárias, mas o Doppler colorido ajuda a diferenciar esse tumor dos demais tumores da placenta mostrando a alta vascularização dentro do tumor e com isso fornece informações importantes no prognóstico e permite tomar medidas adequadas de precaução quanto as complicações perinatais associadas ao tumor.

Palavras chave: Corioangioma, placenta, ultrassonografia

Abstract

The chorioangioma is the most common benign tumor of placental occurring in approximately 1% of all pregnancies or 0.5-1% of all the examined term placentas. They behave as small lesions, only intra-placental, fetal encapsulated projecting surface, usually near the insertion of the umbilical cord. In most cases, the size of the tumor is stabilized, and therefore remains asymptomatic, and then it grows and cause fetal and maternal effects. The main complications are fetal such as heart failure, polyhydramnios (14% -28%), intrauterine growth restriction (30%), prematurity (40%). Although early diagnosis of chorioangioma is important to optimize the perinatal outcome, it is difficult to make an accurate differential diagnosis of placental masses, but the colorful helps Doppler differentiate this tumor from other tumors of the placenta showing the high vascularization into the tumor and thus provides important information on the prognosis and allows taking appropriate precautionary measures as perinatal complications associated with tumor.

Keywords: Chorioangioma, placenta, ultrasonography.

1. Médica, especialista em Ginecologia e Obstetrícia, mestre, professora do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

2. Médico, graduado pelo Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

3. Médica, especialista em Ginecologia e Obstetrícia, do Centro de Diagnóstico Ultrassonográfico

E-mail do primeiro autor: parizza@ucb.br

Introdução

O corioangioma é o tumor benigno mais comum de placenta¹⁻³ ocorrendo em aproximadamente 1% de todas as gestações^{1,4-5} ou em 0,5-1% de todas as placentas de termo examinadas.^{1,6-7} Foi descrito pela primeira vez por Clarke por volta do ano de 1798.^{2,8} Durante a gestação o tamanho pode variar de pequeno a grande. Considera-se grande aqueles que possuem diâmetro acima de 4-5cm.^{1,3,5,7,9-12} Os pequenos são mais frequentes e assintomáticos e os de tamanho grande parecem atuar como derivações arteriovenosas periféricas,^{3,13} que resultam em complicações.

Embora os relatos de incidência de corioangioma pequenos em achados histopatológicos seja de 1%,¹⁴ a incidência dos tumores grandes, entretanto, varia entre 1:500 a 1:16000 das placentas examinadas.¹ Histologicamente aparece como um grupo de vilosidades terminais e intermediárias grosseiramente alargados que não estão demarcadas por uma cápsula fibrosa, mas simplesmente rodeado por vilosidades normais.¹³ Há 3 tipos histológicos: tipo vascular, tipo celular ou tipo degenerativo.^{7,13,15} É considerado como o tumor não trofoblástico mais freqüente da placenta, é benigno e deriva do mesênquima coriônica primitivo e, normalmente, é vascular.^{6,11,16,17} A opinião predominante sobre sua natureza é que ele representa uma malformação hamartomatosa²⁻⁴ do

mesênquima coriônico, que ocorre durante o desenvolvimento placentário precoce no qual resulta numa angiogênese anormal dentro dos troncos das vilosidades primárias.^{3,16}

Os relatos da incidência clínica de corioangioma grande é muito baixo, sendo aproximadamente em torno de 1:3500 a 1:9000 nascidos.^{3,5-7,10,13,14} As complicações maternas incluem hemorragia, pré-eclâmpsia, hematoma retroplacentário, anemia hemolítica, e coagulação intravascular disseminada, mas as principais complicações são na sua maioria de ordem fetal e geralmente se manifestam como insuficiência cardíaca, polidrâmnio (14% -28%), restrição de crescimento intra-uterino (30%), prematuridade (40%) e em associação aos riscos à anemia fetal leva a trombocitopenia e morte intrauterina.^{3,12,14} O polihidrâmnio por si só está associado com um prognóstico ruim e leva a um aumento de 6 vezes no risco de mortalidade fetal.¹² Um aumento na permeabilidade da membrana através da lesão é a causa mais provável.⁷

Corioangioma apresenta-se como um tumor placentário hipocóico, bem circunscrito localizado na maioria dos casos na placa coriônica, adjacente a inserção do cordão, diagnosticado mais frequentemente no segundo trimestre pela US e Doppler.^{1,7,12,17} Diferenciar este dos outros tumores na US do pré-natal, não é fácil. A natureza vascular do tumor pode ser confirmada por um estudo com

Doppler.¹² O Doppler colorido tem contribuído grandemente para a diferenciação no pré-natal entre corioangiomas placentários e outros tumores não vasculares, tais como hematoma, infartos, trombose intervilositária, teratoma e mola parcial.^{7,14} É útil para o diagnóstico precoce e tratamento, bem como a avaliação da resposta pós-tratamento, uma vez que o fluxo sanguíneo é proeminente nessas lesões.^{11,17}

A conduta nos corioangiomas sintomáticos ou complicados não é clara, e depende primariamente do sintoma fetal e idade gestacional.³ Uma série de tratamentos foram tentados com sucesso limitado, principalmente direcionado para prolongar a gravidez.⁷

Várias intervenções no pré-natal têm sido propostas para bloquear o fornecimento vascular para o tumor com resultado fetal variável, inclui a transfusão intravascular, coagulação endoscópica a laser, cirurgia fetoscópica para ligadura do pedículo vascular do tumor com eletrocautério bipolar, microembolização, devascularização por meio de injeção intravascular de álcool absoluto,^{3,7,10,12,14} amniodrenagem seriada^{3,7} e uso materno da indometacina e digoxina.³

Embora o tratamento mais comum seja a transfusão intravascular, o alívio da anemia é temporário e não trata a patologia primária.¹⁰ Em última análise, o parto pode ser necessário na presença de comprometimento fetal grave.⁷

Relato do caso

Gestante de 32 anos, iniciou o pré-natal assintomática. Trazia um resultado de B-HCG positivo e havia incerteza da data da última menstruação (DUM) onde foi solicitado uma ultrassonografia (US) com laudo informando gestação única e viva de 8 semanas e 1 dia associado com uma imagem heterogênea medindo 2,2x2,1cm que se prolongava da base do endométrio para cavidade revestida por uma membrana, exibia um pedículo vascular ao Doppler que lembrava um pólipó endometrial. Era a quarta gestação de 2 partos cesáreos e 1 aborto, sendo a última gravidez o parto.

Apresentava ciclos menstruais regulares. Negou hábitos de etilismo, tabagismo, drogas ilícitas ou medicação crônica. Passado de cirurgia de ablação para correção de arritmia cardíaca e anexectomia unilateral esquerda (5 anos antes dessa gravidez) para tumor benigno de ovário. História familiar materna de hipertensão arterial e cardiopatia. Foi feito o acompanhamento obstétrico e controle ultrassonográfico seriado. Rotina laboratorial de pré-natal nos 3 trimestres sem intercorrências.

Ausência de doenças concomitantes na gestação. Avaliação cardiológica materna sem alterações. Usou anti-anêmico e vitamínicos na gestação. Em 4 semanas nova US foi realizada

mostrando feto vivo com crescimento fetal adequado, ausência de alteração morfológica no 1º trimestre, volume de líquido amniótico (LA) normal, placenta e cordão umbilical presentes e sem alterações. A imagem vista em US anterior permanecia inalterada em suas medidas. Após 4 semanas nova US foi realizada, mantido o crescimento fetal adequado com placenta, cordão umbilical e LA normais. A imagem suspeita não foi vista nessa ocasião. Entre o 5º-6º mês nova US (IG de 23 semanas e 1 dia) foi realizada evidenciando feto vivo com crescimento fetal adequado, ausência de alterações morfológicas fetais com placenta, cordão umbilical e LA normais. Persistência da imagem com medidas inalteradas e fluxo em seu interior ao doppler.

No 8ª mês de gestação outra US (IG de 32 semanas) evidenciou feto vivo, crescimento fetal adequado, placenta e cordão umbilical normais, volume LA aumentado com índice de líquido amniótico (ILA) de 23,4cm acima do percentil 95 para a IG, dificuldade de observar a imagem suspeita. Sugerido nessa ocasião realização de ecocardiografia fetal em função do aumento do líquido amniótico. Em 2 semanas foi feito ecocardiograma fetal com achado de pequeno defeito de septo interventricular na porção trabecular central (mesomuscular) de 2,4mm, sem repercussão clínica. Novo controle ultra-sonográfico foi realizado duas semanas depois da última US onde mostrou feto vivo, crescimento fetal

adequado, placenta e cordão umbilical normais e aumento do ILA para 27,8cm continuando acima do percentil 95 para a IG com dificuldade de observar a imagem suspeita.

A última US com IG de 36 semanas e 1 dia mostrou feto de crescimento fetal adequado, avaliação anatômica fetal dentro da normalidade, placenta e cordão umbilical normais e piora do aumento do ILA para 34,5cm continuando acima do percentil 95 para a IG e mantendo a dificuldade de observar a imagem suspeita. Apesar da gestante não apresentar sintomas clínicos devido a polidrâmnia acentuada ou sinais de trabalho de parto, porém com seu histórico de duas cesáreas prévias a gestação foi interrompida com a realização da cesariana na IG de 38 semanas e 5 dias.

O recém-nascido (RN) teve um peso 3515 gramas, com índice de APGAR 8 e 9 ao 1º e 5º minuto respectivamente. Não houve intercorrências materno-fetal no per, peri ou pós-cirúrgico. A placenta foi enviada para estudo anátomo-patológica, que concluiu: Placenta do 3º trimestre gestacional apresentando corioangioma (neoformação vascular) medindo 1,5x1,0 cm com necrose e sinais de hipoxemia intervilososa crônica e aguda associadas.

Discussão

O corioangioma é considerado como o tumor não trofoblástico mais freqüente da

placenta, é benigno e deriva do mesênquima coriônica primitivo e, normalmente, é vascular.^{17,11,16,6} Fox em 1978, relatou que os corioangiomas provavelmente surgiam de malformações originadas do tecido primitivo angioblástico.² Soma, Watanabe e Hata em 1995, discutiram a possibilidade da hipóxia ser um fator predisponente para corioangioma, pois a hipóxia induz fatores de crescimento vascular.¹⁸ Noack et al em 2003, demonstraram na imunohistoquímica que células fusiformes miofibroblásticas expressam fator de crescimento vascular epitelial (VEGF), proteínas NEP e KIT no estroma de corioangiomas. O VEGF em conjunto com NEP pode ser um importante fator de angiogênese.² Embora a maioria dos corioangiomas sejam diagnosticados no pós-natal com o exame da placenta, a possibilidade do diagnóstico no pré-natal promovendo a antecipação de complicações fetais chegarem bem antes dos sintomas fetais é o que se espera.

O diagnóstico precoce de corioangioma é importante para otimizar o resultado perinatal e é difícil fazer um diagnóstico diferencial preciso das massas placentárias. Nesse cenário, o Doppler colorido ajuda a diferenciar esse tumor dos demais tumores da placenta, pois permite representar melhor a alta vascularização dentro do tumor o que o identifica e também pode fornecer informações importantes no prognóstico e permitir tomar

medidas adequadas de precaução quanto as complicações perinatais associadas ao tumor.

Conclusão

Nesse caso a rotina da US no pré-natal identificou uma massa placentária e no acompanhamento das imagens a massa permaneceu de tamanho inalterado, houve surgimento do polidrâmnio no terceiro trimestre e ausência de complicações maternas. Esse achado é concordante com a literatura onde informa que na maioria dos casos, o tamanho do tumor se estabiliza, e, portanto, permanece assintomático, ou então ele cresce e causa consequências materna e fetal.

A gestão do pré-natal tem de ser adaptada a cada caso. O parto prematuro é uma associação comum que acompanha o polidrâmnio. O polidrâmnio não é um achado universal.

Um rápido aumento no tamanho do corioangioma pode ser um sinal crítico sinalizando a necessidade de uma terapia agressiva e vigilância fetal apropriada na hora do parto. Obstetras e perinatologistas devem estar cientes do possível diagnóstico de corioangioma quando hidrâmnios ou hidropisia fetal está presente e o diagnóstico precoce pode ser a chave para a prevenção de complicações fetais e sobrevivência neonatal.

Referências

1. 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(5): 264-9.
2. Noack F, Sotlar K, Thorns C, Smrcek J, Diedrich K, Feller A C, et al. VEGF-, KIT Protein- and Neutral Endopeptidase (NEP/CD10)-positive Myofibroblasts-Precursors of Angiogenesis in Chorioangiomas? *Placenta*. 2003; 24(7): 758-66.
3. Quarello E, Bernard JP, Leroy B, Ville Y. Prenatal laser treatment of a placental chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005; 25(3): 299–301.
4. Haak MC, Oosterhof H, Mouw RJ, Oepkes D, Vandenbussche FP. Pathophysiology and treatment of fetal anemia due to placental chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1999; 14(1):68–70.
5. Zanardini C, Papageorghiou A, Bhide A, Thilaganathan B. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010; 35(3):332–6.
6. Wou K, Chen MF, Mallozzi A, Brown RN, Shrim A. Pregnancy outcomes and ultrasonographic diagnosis in patients with histologically-proven placental chorioangioma. *Placenta*. 2011; 32(9):671-4.
7. Ayala GR, La Veja A, Rivas MC, Jiménez A. Chorioangioma: An uncommon cause of hydramnios and consequent preterm labor in second trimester of pregnancy *Bol Asoc Med P R*. 2013; 105(1): 36-9.
8. Sepulveda W, Aviles G, Carstens E, Corral E, Perez N. Placental chorioangyoma. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000; 16: 597-8.
9. Suska P, Holoman K, Diveky L, Danihel L, Jakubovsky J, Polak S, et al. Placental chorioangioma: two case reports with different Course of pregnancies. *Placenta*. 1993;14: A.76.
10. TK, Leung TY, Yu SC, To KF, Leung TN. Prenatal treatment of chorioangioma by microcoil embolization. *BJOG*. 2003; 110(1):70-3.
11. Abramowicz JS, Sheiner E. Ultrasound of the Placenta: A Systematic Approach. Part I: Imaging. *Placenta*. 2008; 29(3): 225-40.
12. Kesrouani AK, Safi J, El Hajj MA. Rapid Evolution of Placental Chorioangioma: Natural Progression and Outcome. *J Ultrasound Med*. 2013; 32(3): 545-8.
13. Shih JC, Ko TL, Lin MC, Shyu MK, Lee CN, Hsieh FJ. Quantitative three-dimensional power Doppler ultrasound predicts the outcome of placental chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004; 24(2): 202-6.
14. Prapas N, Liang RI, Hunter D, Copel JA, Lu LC, Pazkash V, et al. Color doppler Imaging of placental masses: differential diagnosis and fetal outcomes. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000; 16(6): 559–63.

15. Soma H, Satoh M, Higashi S, Hata T. Ultrastructure Of Chorangioma. Placenta. 1991; 12: 436.
16. Miliaras D, Anagnostou E, Papoulidis I, Miliara X. Non-trophoblastic tumor of the placenta with combined histologic features of chorangioma and leiomyoma. Placenta. 2011; 32(1):102-4.
17. Abramowicz JS, Sheiner E. In Utero Imaging of the Placenta: Importance for Diseases of Pregnancy. Placenta. 2007; 28(Suppl A): S14-22.
18. Soma H, Watanabe Y, Hata T. Chorangiosis and chorangioma in three cohorts of placentas from Nepal, Tibet, and Japan. Reprod Fertil Dev. 1995; 7(6):1533-8.