

CORIOANGIOMA DA PLACENTA

MATILDE AZEVEDO, ANA BARBOSA, FRANCISCO VALENTE
Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Gaia

RESUMO

O Corioangioma é o tumor não trofoblástico mais frequente da placenta, com uma incidência variando entre 0,01 % e 1,3 %. Os autores apresentam três casos de corioangiomas placentares, dois deles diagnosticados por ecografia e as implicações clínicas para ambos, mãe e feto. O parto prematuro e o hidrâmnios foram as complicações obstétricas associadas a estes tumores vasculares. O diagnóstico foi confirmado pelo exame histológico da placenta.

SUMMARY

CHORIOGIOMA OF THE PLACENTA

Chorioangioma is the most frequent nontrophoblastic tumour of the placenta, with a reported incidence ranging from 0.01 % to 1.3 %. The authors describe three cases of placental chorioangiomas, two of these diagnosed prenatally by ultrasound, and the clinical implications for both mother and fetus. Premature delivery and hydramnios were the obstetric complications associated with these vascular tumours. We confirmed this diagnosis by histologic examination, in all cases.

INTRODUÇÃO

O corioangioma é o tumor não trofoblástico mais frequente da placenta com uma incidência entre 0.01 % e 1,3 %^{1,2}. São tumores benignos, que se localizam quase sempre na face fetal (placa corial) da placenta. A sua histogénese é controversa, para alguns autores trata-se de uma neoplasia, para outros de um hamartoma².

As dimensões deste tipo de tumor são variáveis, podendo ir de alguns milímetros (só visíveis microscopicamente) clinicamente insignificantes, até tumores volumosos e/ou múltiplos (diâmetro superior a 5 centímetros) raros, associados a importante morbidade materna e perinatal³.

Os tumores grandes comportam-se como um *shunt* artério-venoso da circulação fetal, com repercussões obstétricas (hidramnios, trabalho de parto prematuro, pré-eclampsia, abrupção placentar, hemólise e trombocitopenia materna), e repercussões fetais e neo-natais (hidropsis feto-placentar, atraso de crescimento intra-uterino, asfixia, anemia, trombocitopenia, cardiomegalia, hiponatrémia, hipoproteinémia, malformações congénitas, e morte fetal in útero)^{1,2,3}.

A gravidade destas complicações está directamente relacionada com o tamanho do corioangioma e com a sua proximidade do ponto de inserção placentar do cordão.

O diagnóstico pré-natal deste tipo de tumores influencia a conduta obstétrica e a atitude terapêutica. Os tumores maiores podem ser detectados precocemente na gravidez, mas os achados ecográficos não são específicos, portanto o diagnóstico destas massas é, na melhor das hipóteses, de suspeição.

Os estudos com Doppler a cores têm permitido eliminar do diagnóstico diferencial tumores não vasculares do útero, feto e placenta^{4,5,6}.

CASO CLÍNICO

M.C.P.L., 24 anos, casada, raça caucasiana, costureira, residente em O. Azemeis.

Admitida no Serviço de urgência (SU). de Obstetrícia do C.H. V. N. Gaia por hidrâmnios.

Primigesta, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos relevantes com gravidez evolutiva de 36 semanas, e 3 dias, de amenorreia regularmente vigiada no Centro de Saúde, ameaça de abortamento no 1.º trimestre e sem outras intercorrências.

As ecografias efectuadas às 7, 24 e 35 semanas, revelaram biometria fetal compatível, morfologia fetal normal, e hidramnios ligeiro na última ecografia.

À observação apresentava: tensão arterial (TA) 110/60 mmHg; altura uterina (A.U). 36 cm (20 dias, antes 29 cm); foco audível; colo formado, amolecido e fechado; ausência de edemas e de proteinúria; *non stress test* (NST) com padrão reactivo e variável. Avaliação analítica dentro dos parâmetros normais.

No internamento, a ecografia obstétrica identificou feto cefálico e biometria fetal para 37 semanas, no percentil 50; *hidrâmnios*; cordão umbilical, três vasos, inserção central; placenta anterior grau II, 3,9 cm de espessura; na face fetal observou-se formação tumoral heterogênea com conteúdo sólido e líquido, medindo 2,7x2,0 cm de diâmetro – suspeita de corioangioma da placenta (Fig. 1).

Parto eutócico de termo, recém-nascido (RN) vivo, aparentemente sem malformações, índice de apgar (IA), 8/10 ao 1.º e 5.º minuto respectivamente; sexo feminino, 3200 g. Teve alta clinicamente bem.

Exame macroscópico da placenta: 590 g e 18x14x3 cm, 3 nódulos na face fetal de 3,5 (Fig 2), 2,2 e 1,0 cm, com superfície de corte róseo esbranquiçado com partes císticas (Fig. 3).

Exame histológico – corioangioma da placenta.

CASO CLÍNICO 2

J.M.R.A, 30 anos, casada, empregada de escritório, raça caucasiana, residente em Sermonde - Gaia.

Admitida no S.U. de Obstetrícia do C.H. V.N. Gaia por síndrome, gripal e diminuição dos movimentos fetais.

II gesta. I para, parto eutócico 6 anos antes sem complicações, antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, com gravidez evolutiva de 36 semanas, (idade ecográfica), vigiada no Centro de Saúde, sem intercorrências, exames ecográficos às 8 e 23 semanas, morfologia fetal normal.

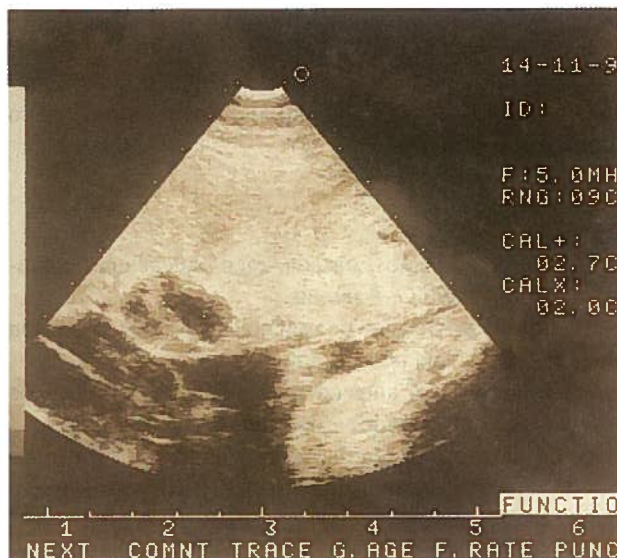


Fig. 1 – Massa heterogênea com 2,7 x 1,0 cm, fazendo protusão na cavidade amniótica.



Fig. 2 – Aspecto macroscópico do corioangioma.



Fig. 3 – Superfície de secção do corioangioma..

Avaliação laboratorial normal.

Ecografia no S:U, confirmou feto cefálico com biometria para 36 semanas, no percentil 50; perfil biofísico normal; *hidrâmnios moderado*; placenta anterior grau II com 3,8 cm de espessura com formação heterogênea bem delimitada com 6,8x5,7x4,1 cm de diâmetro – suspeita de corioangioma da placenta (Fig. 4).

Após 10 dias de internamento, cesariana electiva (38 s.), com extracção de feto vivo e viável do sexo feminino, 2750 g, I.A. 9/10. Teve alta clinicamente bem.

Exame macroscópico da placenta: 565 g e 17x14x2,9 cm com 2 nódulos na face fetal de 7,2 e 1,6 cm, com superfície de corte róseo avermelhado com áreas císticas e hemorrágicas. *Exame histológico – corioangioma da placenta.*

CASO CLÍNICO 3

M.O.R.M., 30 A, casada, raça caucasiana, doméstica, residente em Amarante.

Admitida na Consulta Externa de obstetrícia do C.H. V. N. Gaia às 16 semanas e 3 dias de amenorreia por

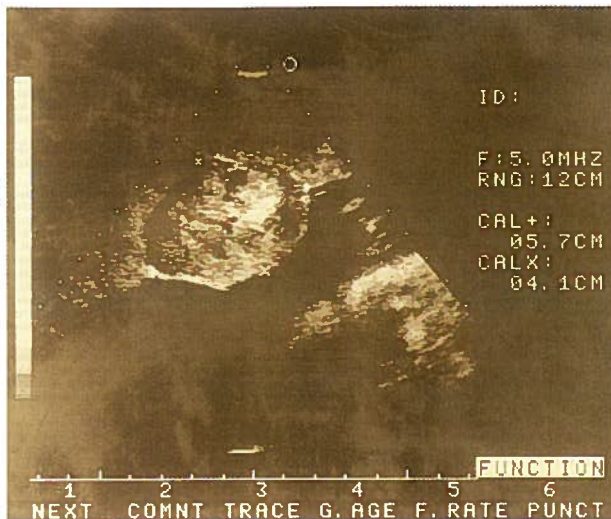


Fig. 4 – Massa heterogênea com 6,8 x 5,7 x 4,1 cm bem delimitada, fazendo protusão na cavidade amniótica.

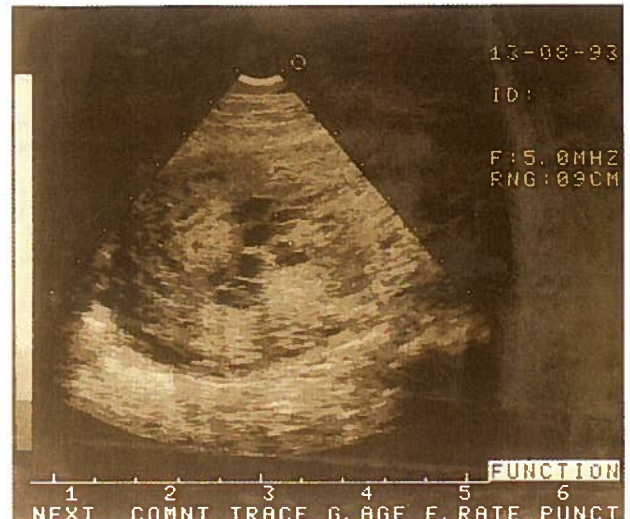


Fig. 5 – Massa heterogênea, limites imprecisos com pequenas áreas vesiculares.

suspeita de mola embrionada, documentada às 15 semanas..

II gesta, I para, cesariana de termo 3 anos antes, RN sexo masculino. 3450 g e com síndrome de Bardet Biedl.

Nos antecedentes pessoais, história de artrite reumatóide, irregularmente medicada com analgésicos e corticóides.

A gravidez actual evoluiu com episódio de bronquite aguda que cedeu com a terapêutica instituída. Por referir artralhas inicia corticoterapia e analgésicos.

Fez amniocentese às 18 semanas, cujos resultados foram os seguintes: a feto proteína normal e cariótipo normal (46,XX).

Os exames analíticos realizados revelaram T3 e T4 aumentados mas sem sintomas de hipermetabolismo.

As ecografias seriadas às 15, 16, 18, 23, 26 e 28 semanas revelaram crescimento fetal compreendido entre o percentil 10 e 25. Morfologia fetal normal. *Placenta posterior muito espessada (às 23 s. 8,2 cm), com áreas vesiculares – suspeita de mola embrionada (Fig. 5).*

Fluxometria Doppler da artéria umbilical normal às 27 e 28 semanas. Foi proposta avaliação do líquido amniótico, perfil biofísico e NST semanalmente, e ecobiometria quinzenal com internamento às 32 semanas.

Foi internada às 31 semanas no Hospital de Amaranthe por ameaça de parto pré-termo (APPT) e posterior rotura prematura de membranas (RPM) sendo submetida a cesariana (31 semanas e 3 dias) na Maternidade Júlio Dinis para onde foi transferida tendo nascido uma criança do sexo feminino com 1430 g e IA 6/8 sem malformações aparentes e que foi internada em Neonatologia tendo alta clinicamente bem.

Exame histológico – corioangioma da placenta.

DISCUSSÃO

Tumores histologicamente benignos, os corioangiomas grandes estão muitas vezes associados a complica-

ções obstétricas, tais como o hidrâmnios que foi observado no 1.º e 2.º caso clínico, e parto pré-termo no 3.º caso clínico.

Muitas teorias explicam o surgimento do hidrâmnios, nomeadamente^{2,3,5}:

- compressão mecânica da veia umbilical pela massa umbilical;
- aumento da permeabilidade capilar destes tumores;
- hipersecreção da urina fetal, secundária à excreção de metabolitos pelos rins em hipóxia.

As complicações fetais e neonatais são múltiplas e mais graves, no entanto, só ocorreram no 3.º caso clínico na sequência da prematuridade. A mortalidade fetal e perinatal associada a grandes corioangiomas é cerca de 30%^{1,2,4} os três recém-nascidos tiveram alta clinicamente bem.

Nos casos clínicos as neoformações placentares foram detectadas ecograficamente in útero, embora somente no 1.º e 2.º caso o diagnóstico provável foi de corioangioma.

O diagnóstico diferencial destas lesões faz-se com o leiomioma uterino, enfarte da placenta, fibroma degenerado, teratoma da placenta, mola hidatiforme incompleta, morte in útero de um dos gémeos^{5,6,7}.

As neoformações maiores fazem protusão na cavidade amniótica, são bem circunscritas e com uma ecogeneidade diferente do restante tecido placentar, e são facilmente diagnosticadas precocemente na gravidez, como aconteceu nos casos por nós apresentados⁵.

Os tumores de menores dimensões foram detectados no exame anatomopatológico da placenta.

A natureza de todos os tumores detectados só foi precisada pelo exame histológico.

BIBLIOGRAFIA

1. AILEEN G STILLER, PETER R SKAFISH: Placental Chorioangioma: A Rare Cause of Fetomaternal Transfusion: *Obst. & Gyn* 1986;2(67):296-8.
2. CYNTHIA CHAZOTE, BARBARA GIRZ: Spontaneous infarction of placental chorioangioma and associated regression of hydrops fetalis. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1180-1.
3. INA L TONKIN, EMMALEE S SETZER: A rare cause of congestive heart failure and hydrops fetalis in the newborn. *Am J R* 1980;134:181-3.
4. E SFAR, S BOUBAKER: Les chorio-angiomes placentaires volumineux. *Rev Fr Gynecol Obst* 1991;86(2):115-8.
5. ERIC JAUNIAUX, STUART CAMPBELL: Ultrasonographic assessment of placental abnormalities 1990;163:1650-8.
6. GREIG I HIRATA, DAMON I MASAKI: Color flow mapping and Doppler velocimetry. *Obstet Gynecol* 1994;81:850-2.
7. NIRMALA S LIMAYE, JEAN-GILLER: Asymptomatic thrombocytopenia associated with chorioangioma of placenta. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:76-7.

