

# CORANGIOCARCINOMA, TUMOR DOBLE DE LA PLACENTA

José Pereda<sup>1</sup>, Carmen Cox<sup>2</sup>

## RESUMEN

*El corangiocarcinoma es un tumor raro de la placenta constituido por un corangioma y proliferación del epitelio trofoblástico con caracteres de coriocarcinoma. Hay pocos casos descritos en la literatura. El caso que se presenta tuvo algunas manifestaciones, como preeclampsia, presencia concomitante de angioma en el recién nacido y proliferación atípica de las células endoteliales, que no han sido mencionadas en los casos ya publicados.*

*Palabras clave:* Tumor de placenta, Corangioma, Coriocarcinoma, Tumor en colisión.

*Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50: 79-82*

## ABSTRACT

*A case of chorioangioma of the placenta associated with an abnormal proliferation of the trophoblast, condition that has been called chorangiocarcinoma, is reported. This is the fifth report on the subject in the medical literature. The current case presented preeclampsia, angioma in the newborn and atypical proliferation of the endothelial cells, aspects not mentioned in previous reports.*

*Key words:* Placental tumor, Chorangioma, Choriocarcinoma, Collision tumor.

*Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50: 79-82*

## INTRODUCCIÓN

Al igual que en otros órganos de la economía, en la placenta ocurren dos categorías de procesos neoplásicos: a) neoplasias epiteliales; y b) neoplasias no epiteliales.

El primer grupo está constituido por las llamadas neoplasias trofoblásticas gestacionales que presentan una forma benigna (mola hidatidiforme), y una variedad maligna (coriocarcinoma). A este grupo, recientemente se ha agregado una proliferación del trofoblasto intermedio denominado tumor del lecho placentario. En el grupo de las neoplasias no epiteliales, los más frecuentes son los tumores vasculares denominados corangiomas.

En 1988, Jauniaux<sup>1</sup> describió una lesión que se caracteriza por la presencia simultánea de proliferación trofoblástica atípica, alrededor de un corangioma, para la que se propuso el nombre de corangiocarcinoma. Un segundo caso fue descrito por Trask<sup>2</sup>, cuya peculiaridad fue la de presentarse en una de las placentas de un embarazo gemelar. Los autores pusieron énfasis en el aspecto de infarto que tiene la zona en la que se encontró el corangiocarcinoma. Recientemente se ha descrito en Alemania<sup>3</sup> el tercer caso individual de corangiocarcinoma. Es decir 3 casos en 15 años.

1. Patólogo Consultor, Instituto Especializado Materno Perinatal

2. Jefe del Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Especializado Materno Perinatal  
Departamento de Patología, Instituto Especializado Materno Perinatal

Correspondencia: Dr. José Pereda Garay

Jacinto Lara 450-305 San Isidro, Lima 27 - Telf. 442-8403

ppereda@terra.com.pe



Khong<sup>4</sup>, para demostrar que esta lesión es más frecuente que lo que se puede deducir por su rareza, revisa 26 casos de corangiomas diagnosticados en el Queen Victoria Hospital de Australia, y encuentra que en 15 de ellos hay proliferación trofoblástica con atipia y pleomorfismo; concluye que 65% de sus casos tienen características de corangiocarcinomas.

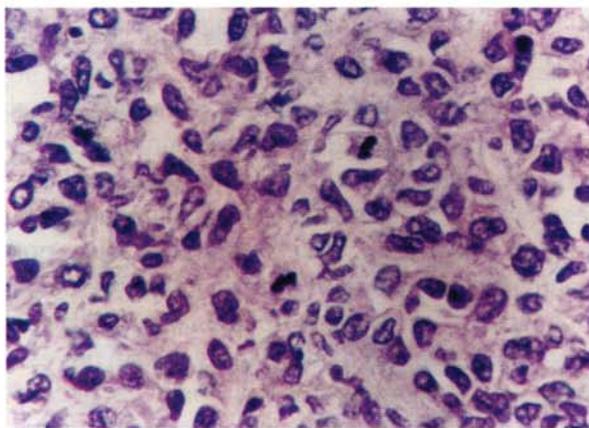
Como quiera que hay muy pocos casos descritos, se ha considerado pertinente describir un tumor de la placenta con las características de corangiocarcinoma, observado en el Departamento de Patología del Instituto Especializado Materno Perinatal; el cual sería el cuarto caso individual de la literatura mundial

## PRESENTACIÓN DEL CASO

VSS, de 25 años, primigesta, con control prenatal, ingresa a las 34 semanas de gestación por presentar un cuadro de toxemia severa con cefalea, dolor epigástrico e hipertensión (180/110 mmHg).

Evaluación fetal: Feto único, activo, de 31 ± 2 semanas de gestación, con signos de sufrimiento fetal agudo, por lo que se decide practicar una cesárea.

Se obtuvo feto de sexo femenino que pesó 1550 g y midió 30 cm de longitud total. Ápgar 8 al minuto. La niña presentó en la cara interna del tobillo derecho un angioma que ocupaba un área aproximada de 2 x 2,5 cm, de aspecto insular y de contornos irregulares (Figura 1)



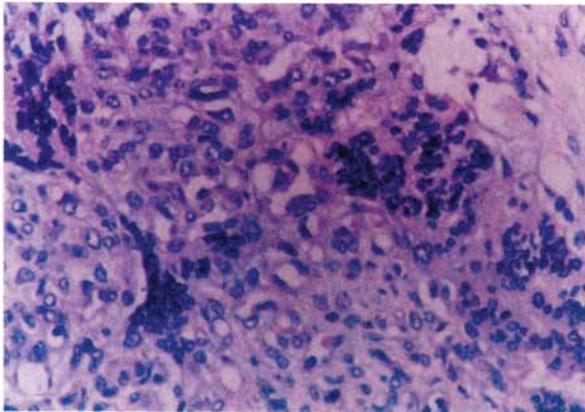
**Figura 1.** Trofoblasto. 40x Coloración hematoxilina-eosina. Se observa proliferación atípica del epitelio trofoblástico, con variación en la forma y el tamaño de los núcleos

La madre evolucionó bien con el tratamiento antihipertensivo y fue dada de alta al sexto día postoperatorio. Su serología para lúes y VIH fueron negativas. Urea, 16 mg/100 mL; creatinina, 0,70 mg/100 mL; hematocrito, 32%. En un control postparto se le determinó el nivel de gonadotropinas coriónicas, subunidad β, las que estaban por debajo de valores detectables.

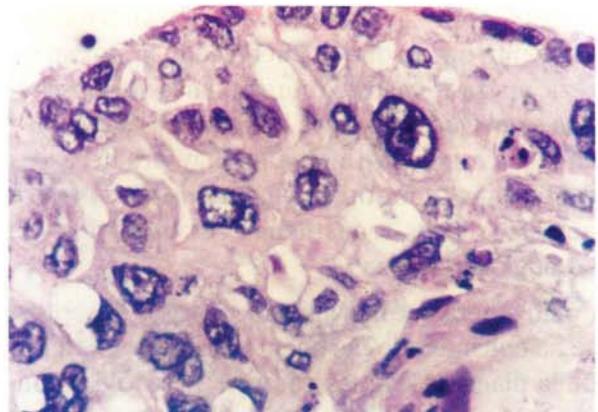
Examen de la placenta: Placenta ovalada, incompleta, que pesa 350 g, mide 15 x 7 cm de ejes transversales y hasta 4 cm de espesor. En la cara fetal, el corion está engrosado por presencia de una capa de fibrina de 2,5 cm de espesor. La cara materna es de color rosado y aspecto edematoso. Al corte se encuentra tejido de aspecto cerebroide, en una zona de aproximadamente 5 x 4 x 1,4 cm de ejes mayores. El cordón umbilical mide 31 cm de longitud, tiene color blanco nacarado y al corte presenta 3 vasos.

## Microscopia

Las zonas de aspecto cerebroide están constituidas por vellosidades aumentadas de volumen. El epitelio presenta proliferación trofoblástica, con caracteres de coriocarcinoma (Figura 1) y en el estroma de las vellosidades se encuentra características de corangioma, con áreas de diferente tipo histológico. En algunas zonas se encuentra vasos dilatados, casi con aspecto cavernoso, en otros niveles el cuadro es de hemangioma capilar; con vasos llenos de hematíes y con hemorragia intersticial moderada. Además, hay otras áreas formadas por tejido sólido, en las que se ve proliferación de células endoteliales, entre las cuales se encuentra muy escasos espacios vasculares, estrechos e irregulares, difícilmente identificables. Las células endoteliales de estas zonas tienen núcleos atípicos de tamaño y forma variados y además presentan frecuentes figuras de mitosis (Figura 2). En zonas de tumor vascular maduro, éste está separado del epitelio por una capa de tejido fibroso. En las áreas de proliferación endotelial atípica, se aprecia que los dos tumores están en contacto directo; incluso se observa células sincitiotrofoblásticas que infiltran el componente vascular del tumor (Figura 3). En el resto de la placenta, por fuera de la tumoración vascular, se encuentra hiperplasia de nódulos sincitiales, como se describe en los casos de preeclampsia severa.



**Figura 2.** Zona de tumor vascular. 40x Coloración hematoxilina eosina. Se observa proliferación atípica de células endoteliales, con núcleos de contorno irregular, con evidente variación en su forma y tamaño. La luz vascular es difícilmente identificable. Obsérvese que en este campo se encuentra tres mitosis.



**Figura 3.** Zona de colisión. 20x Coloración hematoxilina-eosina. Se observa elementos de los componentes epitelial y vascular en íntimo contacto; incluso se aprecia que hay algunas células sincitiotrofoblásticas que infiltran el tejido tumoral vascular.

## COMENTARIO

El corangiocarcinoma, a pesar de su poca frecuencia, motiva controversia por su significado y por su patogenia. En cuanto a su significado clínico, los casos que se ha descrito hasta ahora no han tenido evolución maligna, por lo menos durante el seguimiento que se ha hecho de ellos. Pero, igualmente se ha descrito algunos casos de placentas con nódulos de coriocarcinoma, los que han evolucionado sin presentar metástasis<sup>5-7</sup>.

La presencia de hipertensión arterial y proliferación trofoblástica probablemente es coincidente. Esto, a pesar que se sabe que hay hiperplasia de nódulos sincitiales en casos de preeclampsia y que la hipertensión arterial también se encuentra asociada a casos de neoplasia gestacional benigna (mola hidatidiforme). La información de hipertensión en casos de corangiocarcinoma debe ser mencionada para tener información más completa sobre sus características clínicas.

La ocurrencia simultánea de angiomas en el feto y la placenta está descrita y no es rara. En una serie de corangiomas<sup>8</sup>, más de 10% de los casos presentan un angioma en el niño. Todavía es posible que la frecuencia sea mayor si se examina cuidadosamente las placentas cuando el recién nacido presenta un angioma cutáneo. El angioma en el tobillo del presente caso también sugiere que el mismo factor angiogénico actuó simultáneamente en los dos componentes de la unidad fetoplacentaria.

En cuanto a la lesión vascular, si bien hay la opinión que los angiomas deben ser clasificados como hamartomas, también se acepta que hay lesiones vasculares que son neoplasias verdaderas. La característica más importante del caso que se presenta es la proliferación de las células endoteliales, con núcleos atípicos, algo hipertróficos y de forma irregular, con frecuentes figuras de mitosis (más de 10 mitosis en 10 campos de gran aumento). Los signos histológicos de malignidad son evidentes.

La proliferación atípica de las células endoteliales ha sido descrita en casos de corioangiomas, aunque en ninguno de ellos se ha podido demostrar signos clínicos de malignidad, como por ejemplo infiltración tisular o metástasis; razón por la cual se les ha denominado corangioma celular atípico<sup>9,10</sup>.

El presente caso podría ser llamado corangiocarcinoma con atipia endotelial. Los cambios, sobre todo la frecuencia de mitosis, que en otros tumores se acepta como evidencia de malignidad, plantean un problema. Si una lesión neoplásica, por ejemplo, un carcinoma *in situ* o un leiomioma incipiente son extirpados oportunamente y no se produce infiltración ni metástasis, ¿dejan por eso de llamárseles carcinoma o sarcoma? En el caso que se presenta, no se ha encontrado manifestaciones clínicas de malignidad, quizás porque la placenta es un órgano de vida limitada.



Se ha tratado de explicar la patogenia de la lesión, relacionando la proliferación trofoblástica con la cercanía a zonas de infarto y que en consecuencia la proliferación sería resultado de la hipoxia. Los infartos placentarios son lesiones frecuentes; si bien es cierto que en algunos hay alteraciones celulares, éstas no siempre se presentan; y cuando lo hacen, no son verdaderos cambios proliferativos y no se acompañan de angiomas en las vellosidades vecinas.

Las posibilidades que se ha mencionado<sup>4</sup> para entender su patogenia son: a) que se trata de una lesión reactiva del trofoblasto y del sistema vascular de las vellosidades; b) que es una variedad de coriocarcinoma; c) que es una nueva entidad tumoral, con una biología peculiar; o, d) que se trata de dos tumores presentes juntos.

La presencia de dos tumores de tejidos diferentes en un individuo ocurre y presenta dos situaciones. Si los tumores están separados, incluso en órganos diferentes, se les considera como tumores concomitantes. Si los dos tumores están unidos, son por lo menos limítrofes, se les denomina *tumores en colisión*.

En los corangiocarcinomas, ambas lesiones proliferativas están presentes en las mismas vellosidades. Esta unidad es lo que debe servir para definir la lesión. En consecuencia como se ha planteado son tumores en colisión. En el caso que se presenta, no solamente están unidos, sino que como puede verse en la Figura 3, las células sincitiotrofoblásticas están infiltrando al componente vascular de la lesión.

Es interesante señalar que se ha descrito un caso de un carcinoma pulmonar "en colisión" con un hemangioblastoma<sup>11</sup>. Hay una similitud no sola-

mente porque hay colisión entre un tumor epitelial y un endotelial, sino porque la placenta es el pulmón del feto.

Los corangiocarcinomas son poco frecuentes. Con el caso que se presenta son únicamente 4 los descritos. Pero el trabajo de Khong<sup>3</sup>, ya mencionado, señala que 65% de los 26 corangiomas de su serie tenían proliferación trofoblástica y deberían ser considerados corangiocarcinomas. Esta cifra no deja de llamar la atención. Puede significar que la lesión es poco conocida y por eso no se la identifica. Esta es una de las razones por las que se presenta este trabajo, que intenta motivar el estudio de esta interesante lesión placentaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jauniaux E, Zucker M, Meuris S, Verhest A, Wilkin P, Hustin J. Chorangiocarcinoma: an unusual tumour of the placenta. The missing link? *Placenta* 1988; 9: 607-13.
2. Trask C, Lage JM, Roberts DJ. A second case of "chorangiocarcinoma" presenting in a term asymptomatic twin pregnancy: choriocarcinoma in situ with associated villous vascular proliferation. *Int J Gynecol Pathol* 1994; 13: 87-91.
3. Khong TY. Chorangioma with trophoblastic proliferation. *Virchows Arch* 2000; 436: 167-71.
4. Guschmann M, Schulz-Bischof K, Vogel M. Incidental chorangiocarcinoma. Case report, immunohistochemistry and theories of possible histogenesis. *Pathologe* 2003; 24: 124-7.
5. Barghorn A, Bannwart F, Stallmach T. Incidental choriocarcinoma confined to a near-term placenta. *Virchows Arch* 1998; 433: 89-91.
6. Fox H, Laurini RN. Intraplental choriocarcinoma: a report of two cases. *J Clin Pathol* 1988; 41: 1085-8.
7. Driscoll SG. Choriocarcinoma an "incidental finding" within a term placenta. *Obstet Gynecol* 1963; 21: 96-101.
8. Froelich L, Fujikura T, Fischer P. Chorangiomas and their clinical implications. *Obstet, Gynecol* 1971; 37: 51-9.
9. Majlessi HF, Wagner KM, Brooks JJ. Atypical cellular chorangioma of the placenta. *Int J Gynecol Pathol* 1983; 1: 403-8.
10. Mesia AF, Mo P, Ylagan LR. Atypical cellular chorangioma. A mitotically active tumor of the placenta. *Arch Pathol Lab Med* 1998; 123(6): 536-8.
11. Takahashi K, Nishimura M. A unique collision of epithelioid hemangioendothelioma and bronchiolo-alveolar carcinoma in a 54-year-old Japanese woman. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 51: 311-3.