



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE OBSTETRICIA**

Dimensión práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetriz/Obstetra

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN SECUNDIGESTA DE 35 AÑOS CON CORIOANGIOMA PLACENTARIO EN EMBARAZO DE 37,5 SEMANAS.

**AUTOR**

Laura Jazmín Carrera Ramírez

**TUTOR**

Dr. Joe Luis Ordoñez Sanchez

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2021



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**ÍNDICE**

ÍNDICE .....	2
AGRADECIMIENTO.....	4
DEDICATORIA.....	5
TEMA .....	6
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
I. MARCO TEÓRICO .....	10
DEFINICIÓN .....	10
HISTOLOGÍA .....	11
ETIOLOGÍA.....	12
FISIOPATOLOGÍA.....	12
COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES .....	13
DIAGNOSTICO.....	15
MANEJO .....	16
TRATAMIENTO .....	17
1.1 JUSTIFICACIÓN .....	18
1.2 OBJETIVOS .....	19
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....	19
1.3 DATOS GENERAL .....	20
II. METODOLOGÍA DE DIAGNOSTICO .....	20
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	20
2.2 HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE .....	21
2.3 ANAMNESIS .....	22
2.4 EXPLORACION CLINICO.....	22
2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	24
2.6 FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	27



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZA. ...	27
2.8 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES. ....	29
2.9 SEGUIMIENTO .....	30
2.10 OBSERVACIONES .....	32
2.11 CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33
ANEXOS .....	35



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradezco a DIOS que es el creador de todo, el que nos da sabiduría, inteligencia y fuerzas para alcanzar nuestro propósito y por el he llegado hasta donde estoy.

En segundo lugar agradezco a mi Madre Ines Ramírez y mi Tío Pedro Ramírez que me han apoyado en todo los aspectos, me han inculcado valores y me han sabido guiar en cada paso que doy; espero que Dios siempre me los bendiga y llene de vida para lograr devolverle una parte de los que han hecho por mí, los amo mucho.

En tercer lugar agradezco a mi familia materna, paterna, mis hermanas y novio que han estado en todo momento brindándome su apoyo moral, social y emocional.

En cuarto lugar agradezco a todos los docentes en mi trayecto universitario por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi profesión. A mi tutor el Dr. Joe Ordoñez por su guía en el caso clínico.

En último lugar y no menos importante agradezco a mis amigos y amigas que han compartido tanto en el aula como en el internado y así en nuestras vidas personales.

**Laura Carrera Ramirez**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**DEDICATORIA**

Dedico este proyecto a Dios que ha sido el motor primordial para lograr desarrollar este caso.

A mi Madre y Tío por su confianza brindada hacia mi persona y su apoyo económico ya que si uno tiene el sueño pero por falta de recursos no se lo puede lograr pero gracias a ellos pude llegar hasta este momento de mi terminación de tercer nivel.

A mis hermanas y en especial a mi hermana mayor que me ha sabido guiar y brindarme su apoyo moral, su ejemplo me ha inspirado a seguir adelante y no decaer, porque el camino para llegar a una meta es duro pero se necesita de apoyo emocional para no dejarme vencer por las adversidades.

A mi novio que me ha ayudado en los últimos años más difíciles para mí, me ha sabido dar su hombro en el momento que necesitaba llorar, su mano en el momento que no podía levantarme y sus palabras para alentarme a seguir mi sueño.

**Laura Carrera Ramirez**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**TEMA**

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE SECUNDIGESTA DE 35 AÑOS DE  
EDAD CON CORIOANGIOMA PLACENTARIO EN EMBARAZO DE 37,5  
SEMANAS.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



## **RESUMEN**

El corioangioma placentario es considerado una neoplasia de origen benigno, que da lugar a complicaciones fetales que puede llegar a ser muy letales para el feto. La neoplasia se presenta aproximadamente el 1% de la población gestante.

Se forman mediante vasos fetales unidos a un tejido conjuntivo, que está localizado en la placa corionica o en su cercanía. El tamaño varía pero se evidencia que hay más complicaciones en neoplasias con un tamaño mayor a 5 centímetros.

Algunos autores llaman a esta neoplasia hemartoma, angioma, mixoma y fibroma.

El diagnostico se lo realiza comúnmente en el segundo y tercer trimestre de gestación mediante una ecografía Doppler bien realizada con una buena observación de la placenta.

Debido a que esta patología placentaria es poco habitual, y se presentó un día de guardia en el Hospital donde realice mi internado, la paciente de 35 años que acudió a emergencia en trabajo de parto, se revisó minuciosamente el caso con exámenes de laboratorios, ecografías, consultas anteriores realizadas en el hospital y posteriormente se realizó una ecografía institucional para decidir la conducta a seguir.

En este presente trabajo se dejara evidenciado desde su ingreso hasta su egreso y todas las ecografías y procedimientos realizados.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**PALABRAS CLAVES:** Corioangioma Placentario, complicaciones fetales, ecografía Doppler.

**ABSTRACT**

Placental chorioangioma is considered a neoplasm of benign origin, which gives rise to fetal complications that can be very lethal for the fetus. The neoplasm occurs in approximately 1% of the pregnant population.

They are formed by fetal vessels joined by a connective tissue, which is located in or near the chorionic plate. The size varies but it is evident that there are more complications in neoplasms with a size greater than 5 centimeters.

Some authors call this neoplasm hemartoma, angioma, myxoma and fibroma.

The diagnosis is usually made in the second and third trimesters of pregnancy by means of a well-performed Doppler ultrasound with a good observation of the placenta.

Due to the fact that this placental pathology is unusual, and a day on call was presented at the Hospital where I did my internship, the 35-year-old patient who came to the emergency room in labor, the case was meticulously reviewed with laboratory tests, ultrasounds, previous consultations carried out in the hospital and later an institutional ultrasound was performed to decide what to do next.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



In this present work, all the ultrasounds and procedures performed will be evidenced from admission to discharge.

**KEY WORDS:** Placental chorioangioma, fetal complications, Doppler ultrasound.

## **INTRODUCCIÓN**

El corioangioma de placenta es un tumor no trofoblástico benigno muy común a nivel placentario.

Tiene una incidencia de 1 entre 100 placentas examinadas microscópicamente, en diámetros de 4 centímetros se da con mayor frecuencia y suelen pasar desapercibidos y sin síntomas, los mayores a 5 centímetros causan más complicaciones fetales por el simple hecho de ser llamados gigantes.

La patología mencionada está relacionada con complicaciones fetales y maternas como: restricción del crecimiento, partos prematuros, muerte intrauterina y anomalías en el desarrollo neurológico. CITATION Jua21 (Juan Carlos Moreno-López, 2021).

Conductas a seguir en una paciente de 21 años con embarazo de 26 semanas de gestación, sin controles prenatales, que presento dolor abdominal de 8 horas de evolución con borramiento de 70%, dilatación de 5 centímetros; se realizó ecografía donde se observa feto único, vivo en presentación podálica y una placenta corporal anterior con una frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos, se decide iniciar trabajo de parto el cual se obtuvo un recién nacido pequeño con



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



esplenomegalia más hidropesía fetal y sin signos vitales, la madre presento retención placentaria el cual se procedió a la extracción manual, pero desencadenó código rojo, con trasfusión sanguínea se logró estabilizar a la paciente. La placenta y el feto fue enviado a patología el cual dio el diagnostico de corioangioma placentario. CITATION Tor201 (Torres-Correa JE, 2020)

En otro estudio la paciente de 31 años, multigesta, fue transferida a hospital de mayor complejidad por embarazo de alto riesgo; el cual se realizaron varias ecografías el cual reportaban corioangioma placentario, durante el último ultrasonido que reporto embarazo de 37 semanas, mostro actividad uterina, en la valoración gineco-obstétrica la encontraron en trabajo de parto fase latente por lo que se decidió cesaría: niña viva de 3100 gramos, apgar: 8/9 de 38 semanas. Se mantuvieron hospitalizadas por dos días, se envió a patología la placenta. CITATION Juan21 (Juan Carlos Moreno-López, 2021).

La conducta que se decide según el profesional encargado va a depender de las complicaciones tanto maternas como fetales.

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **DEFINICIÓN**

El corioangioma o hemartoma de la placenta también llamado angioma, mixoma, o fibroma es el tumor no trofoblástico más frecuente de este órgano. CITATION (Vázquez CEE, 2007).

El corioangioma puede alcanzar hasta los 13 centímetros de tamaño, con una ecogenicidad semejante a la placentaria pudiendo tener una ecogenicidad mixta



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



de zonas quísticas y sólidas. CITATION Ore16 \ 3082 (Eduardo Acosta Cajiao \*, 2016).

Entre los tumores placentarios están divididos en trofoblásticos y no trofoblásticos y dentro de los no trofoblásticos está el corioangioma placentario. Mediante varios autores menciona que el corioangioma se presenta en aproximadamente 1% de la población gestante. Los estudios de este tumor se remiten en el año de 1798 el cual fue descrito por Clarke que fue el primer caso estudiado. CITATION Tor201 \ 3082 (Torres-Correa JE, 2020).

Es considerada una malformación benigna arteriovenosa placentaria que puede llegar a ser única, múltiple o difusa, puede físicamente ser redondeada, encapsulada, firme y con bordes bien delimitados dentro del parénquima de la placenta. CITATION Man151 \ 3082 (Manuel Martínez-García, 2015).

La localización es más frecuente en la cara fetal del disco placentario, protruyendo en ocasiones la cavidad corioamniótica. CITATION Ble20 \ 3082 (Blengio V1, 2020)

## **HISTOLOGÍA**

El corioangioma se constituye por células endoteliales que se localizan en la membrana basal, con capilares que se caracteriza de estructuras similares a lo normal. Existen 3 tipos: 1). Celular, está formado por células primitivas, sobre todo endoteliales, 2). Angioblastica compuestas por vasos sanguíneos y 3). Degenerativas, con cambios mixoides, necrosis o calcificaciones, aun no se ha descrito metástasis. CITATION San181 \ 3082 (Sandi Jiménez Puñales, 2018)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



## **ETIOLOGÍA**

Se desconoce la causa, pero creen que es por una proliferación excesiva de angioblasto indiferenciado en una o más vellosidades, por malformaciones telangiectásicas en vellosidades distales; asimismo en poblaciones que vivan en altitudes superiores de 3.600 metros sobre el nivel del mar, por hipoxia hipobarica, embarazos gemelares o si el feto es mujer. CITATION Mir12 \l 3082 (Miriam Muñoz López, 2012)

## **FISIOPATOLOGÍA**

Se da una posible alteración vascular a nivel de sus vellosidades capilares de la placenta que da lugar a un incremento en las derivaciones arteriovenosas placentarias con elevación de la precarga fetal. Esto lleva a un fallo congestivo y posterior a una hidropesía por mecanismos de compensación hemodinámica del feto para conservar la perfusión fetal y así el intercambio de gases de la placenta. En las anomalías de los vasos del tumor, puede llegar a producir hemolisis que dará lugar a una anemia del feto, trombocitopenia e incluso una restricción del crecimiento fetal en el útero esto también puede ocurrir anemia materna que da lugar a un incremento de los niveles de alfa feto proteína sérica materna. CITATION San181 \l 3082 (Sandi Jiménez Puñales, 2018).

El polihidramnio se da por el incremento del trasudado y un acumulo de líquido de forma retrograda por compresión de la vena umbilical producida por la propia neoplasia que es el corioangioma. CITATION San181 \l 3082 (Sandi Jiménez Puñales, 2018).



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



La mortalidad perinatal estimada varía entre el 30 y 40%, y se da con mayor frecuencia en tamaños >5 centímetros. CITATION Alf18 \l 3082 (Alfredo Ramírez-Cárdenas, 2018).

Puede llegar a sufrir cambios degenerativos como calcificaciones, necrosis, cambios mixoides, infartos, hialinización, y acumulación de grasas. CITATION Ron16 \l 3082 (Rondón-Tapia, Reyna-Villasmil, & Torres-Cepeda, 2016)

### **COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES**

La insuficiencia placentaria que se asocia con esta patología se manifiesta por sufrimiento fetal, muerte intrauterina entre los mencionados a continuación se da por una derivación del flujo placentario a través de la fistula arteriovenosa, con lo que una importante cantidad de sangre no entra en contacto con el espacio intervelloso y queda con un aporte insuficiente de oxígeno y nutrientes. CITATION Ore16 \l 3082 (Eduardo Acosta Cajiao \*, 2016)

### **MATERNAS**

- ⇒ Partos prematuros:
- ⇒ Enfermedades hipertensivas en el embarazo
- ⇒ Placenta previa
- ⇒ Hemorragia antes del parto en el parto y posparto: provocada por una hemorragia retro placentaria por ruptura del pedículo vascular o por desprendimiento prematuro de la placenta. CITATION Ore16 \l 3082 (Eduardo Acosta Cajiao \*, 2016)
- ⇒ Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- ⇒ Aumento de alfa feto proteína
- ⇒ Polihidramnios
- ⇒ Oligoamnios



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



- ⇒ Proteinuria
- ⇒ Trombocitopenia
- ⇒ Preeclampsia
- ⇒ Retención de restos placentarios por consiguiente hemorragia CITATION Ble20 \l 3082 (Blengio V1, 2020)
- ⇒ Síndrome de Ballantyne en el que existe edema materno CITATION Ble20 \l 3082 (Blengio V1, 2020)
- ⇒ Obstrucción del canal vaginal por el tumor CITATION Ble20 \l 3082 (Blengio V1, 2020)

### **FETALES**

- ⇒ Taquicardia fetal
- ⇒ Cardiomegalia
- ⇒ Edema
- ⇒ Hidropesía
- ⇒ Hepatomegalia
- ⇒ Esplenomegalia
- ⇒ Falla cardiaca congestiva e Hidrops fetal producto de un desbalance entre la regulación del movimiento de fluidos entre el espacio intravascular e intersticial. CITATION Ble20 \l 3082 (Blengio V1, 2020).
- ⇒ En los vasos anómalos del tumor se puede dar hemolisis lo que producirá Anemia fetal, trombocitopenia y restricción de crecimiento intrauterino. CITATION Ble20 \l 3082 (Blengio V1, 2020)
- ⇒ Hemangioma en piel
- ⇒ Coagulación intravascular diseminada
- ⇒ Coagulopatía de consumo
- ⇒ Anasarca
- ⇒ Una sola arteria venosa
- ⇒ Inserción velamentosa del cordón
- ⇒ Bajo peso al nacer



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



⇒ Hipoproteinemia e hiponatremia: se da por la pérdida de proteínas y electrolitos a través de la superficie vascular de la tumoración. CITATION Ore16 \l 3082 (Eduardo Acosta Cajiao \*, 2016)

## **DIAGNOSTICO**

Un diagnóstico oportuno de esta patología placentaria puede evitar muchas complicaciones que se presentan tanto en la madre como el feto, por ello les mencionare los diagnósticos existentes hasta la actualidad. (Laura Carrera, 2021).

El diagnóstico se lo realiza mediante una ecografía con búsqueda sistemática, según estudios se lo puede diagnosticar a partir de la semana 15 de gestación, en donde se observara un complejo nodular de ecogenicidad en ecografía similar a tejido corial periférico, se localiza en la cara fetal placentaria o en su interior, que protruye hacia la cavidad corioamniótica cerca de la inserción del cordón umbilical. El Doppler hace manifiesto de vascularización en su interior de la tumoración. CITATION San181 \l 3082 (Sandi Jiménez Puñales, 2018).

El diagnóstico mediante el estudio de Doppler también nos permite visualizar si hay restricción de crecimiento y anemia fetal, donde se observara aumento de velocidad del pico sistólico o aumento significativo en los controles siguientes.

La resonancia magnética ayuda también en su diagnóstico donde se observara una imagen hipertensa junto con otra más pequeña de baja densidad en la cara fetal placentaria. Otro de los estudios que nos ayudan con el diagnóstico es la determinación de alfa feto proteína en suero materno o en el líquido amniótico, ya



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



que se evidenciara un aumento debido a hemorragia feto materna y la necrosis del corioangioma. CITATION Man151 \ 3082 (Manuel Martínez-García, 2015)

Se realiza diagnóstico con marcadores Inmuno-histoquímico para corroborar hallazgos macro y microscópicos de corioangiomas. CITATION Tor201 \ 3082 (Torres-Correa JE, 2020)

Cd34: Es un antígeno en la superficie de una célula sanguínea que ayuda a la formación de la médula ósea. Se usa para diferenciar los angiomas. CITATION DrK21 \ 3082 (Dr. Kamar Godderm MD, 2021)

Ki67: este marcador indica la proliferación tumoral, es una proteína que se expresa en fases G1, S, G2 y M del ciclo celular, si da positiva esta prueba indica que el tumor es maligno. CITATION Tor201 \ 3082 (Torres-Correa JE, 2020)

Beta-catenina: Coordina la adhesión de célula a célula y la transcripción genética. CITATION Tor201 \ 3082 (Torres-Correa JE, 2020)

## **MANEJO**

Se requiere un seguimiento ecográfico y de Doppler fetal. Para detectar cualquier patología que esté presente o presentándose en el feto, y de esta manera saber que conducta se requiere seguir que va desde un estricto monitoreo fetal hasta terminación de la gestación teniendo en cuenta la edad de la gestación. Dependiendo de las complicaciones se da el tratamiento ya sea a la madre o el feto. Hay que tener siempre en cuenta del tamaño de la tumoración ya que se evidencia que a partir de 5 centímetros son causantes de muchas complicaciones mencionadas anteriormente. (Laura Carrera, 2021)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



Realizar el diagnóstico de signos de sobrecarga de volumen con descompensación e hidrops. CITATION DrJ17 \ 3082 (Saba, 2017)

Los embarazos que presenten masa de mayor tamaño se debe someter a un monitoreo fetal intensivo. Sería cada uno a dos semanas, pero para los que no presentan gran tamaño ni complicaciones aparente el control de monitoreo fetal se realiza cada tres a cuatro semanas. CITATION Tor201 \ 3082 (Torres-Correa JE, 2020)

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento va a depender de lo que se presente en cada caso, va desde un manejo conservador hasta una técnica invasiva.

Los pequeños y poco vascularizados no ameritan tratamiento.

Manejo en caso de que exista anemia fetal.

Amniodrenaje: se realiza extracción de líquido amniótico, se usa para tratamiento de polihidramnios, para disminuir la incidencia de partos prematuros. CITATION San181 \ 3082 (Sandi Jiménez Puñales, 2018)

Tratamiento Tocolíticos: maduración pulmonar para evitar un parto prematuro CITATION San181 \ 3082 (Sandi Jiménez Puñales, 2018).

Cordocentesis: se tomara una muestra de sangre del cordón umbilical del feto, para descartar alguna anomalía, infección o enfermedad en la sangre. CITATION Rom \ 3082 (Rommy H Novoa, 2018)

Alcoholización: se inyecta etanol en la lesión, para tratamiento de hidrops fetal CITATION Rom \ 3082 (Rommy H Novoa, 2018)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



Coagulación térmica con láser, Sutura endoscópica, Microespirales todas estas técnicas no están libre de riesgos maternos-fetales y su tasa de éxito es variable. CITATION Rom \l 3082 (Rommy H Novoa, 2018)

## **1.1 JUSTIFICACIÓN**

El presente investigación se realizó como uno de los requisitos de proceso de titulación de la carrera de Obstetricia, para que el presente caso que de evidencia de una situación nueva que se haya visto en mi trascurso de internado y a si impartir mi trabajo investigativo a los profesionales futuros.

Debido a la baja incidencia de los corioangiomas me intereso hacer este estudio, ya que en algunas bibliografías mencionan que se da un caso de cada 500 embarazos, pero sus complicaciones pueden llegar a ser letales para la madre como para el feto si no se da un diagnóstico temprano, el cual se debe recalcar la ecografía en edades tempranas con un examen minucioso de la placenta ya que debido a la falta de estudio es que no se han reportado muchas patologías; por lo que hay corioangiomas que son pequeños y no causan problemas al feto ni a la madre.

Por ello se aportó aspectos teóricos en esta presente investigación, para actuar como profesional en el binomio madre e hijo y así, brindarle una buena atención y un adecuado diagnóstico y tratamiento descritos en este trabajo.

Esperando haber aportado de una manera científica y académica en la presente patología poco diagnosticada pero si muy importante.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el manejo adecuado y la conducta que se debe de seguir en un embarazo con corioangioma placentario.

### **1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO**

Identificar de manera oportuna las características clínicas del corioangioma placentario.

Describir la evolución del corioangioma placentario.

Aplicar las conductas de seguimientos en la embarazada con corioangioma placentario.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



### **1.3 DATOS GENERAL**

**Identificación del paciente:** MAISFAPI

**Edad:** 35 años

**Sexo:** Femenino

**Fecha de Nacimiento:** 28/08/1985

**Nivel de estudio:** Tercer nivel

**Ocupación:** laboratorista clínica

**Raza:** Mestiza

**Estado civil:** Casada

**Nivel socio económico:** Medio

**Lugar de residencia:** Ventanas

**Hospital:** less Babahoyo

## **II. METODOLOGÍA DE DIAGNOSTICO**

### **2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente femenina de 35 años de edad llega al área de emergencia gineco obstétrica por embarazo de 37,5 semanas de gestación, secundigesta, acude por un cuadro clínico de dolor a nivel de hipogastrio que se irradia hacia región lumbar de aproximadamente 4 horas de evolución de moderada intensidad,



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



acompañado de pérdida de tapón mucoso; paciente con hemodinámica estable orientada en tiempo y espacio.

## **2.2 HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE**

**Antecedentes patológicos personales:** Migraña

**Antecedentes patológicos familiares:** madre diabética

**Antecedentes quirúrgicos:** Rinoplastia

**Antecedentes alérgicos:** no refiere

**Hábitos:** no refiere

**Antecedentes gineco-obstétricos**

**Menarquia:** 13 años

**Ciclo menstruales:** 30 días

**Fecha de última menstruación:** 13 de febrero del 2020

**Fecha probable de parto:** 19 de noviembre del 2020

**Gestas:** G: 2 P: 1 A: 0 C: 0

**Inicio de vida sexual:** 19 años

**Parejas sexuales:** dos

**Periodo intergenesico:** 9 años

**Planificación familiar:** Si

**Controles prenatales:** 6 controles

**Ecografías:** 7 ecografías



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**Vacunas: 2**

### **2.3 ANAMNESIS**

Paciente femenina de 35 años de edad, acude al servicio de emergencia del hospital less de Babahoyo, acompañada de su esposo el 03 de noviembre del 2020, por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor de tipo contráctil de moderada intensidad en región hipogastrio que se irradia hacia región lumbar acompañado de pérdida de tapón mucoso, de aproximadamente 4 horas de evolución el cual ha ido aumentando en frecuencia, intensidad y duración, nos refiere tener el esquema completo de maduración pulmonar, se procede a realizar toma de signos vitales que reporta temperatura de 36.2°C, presión arterial de 120/89 mmhg, frecuencia respiratoria de 20 rpm, pulso de 105 latidos por minutos, saturación 98%, proteinuria negativa; dando un valor de score mama de 2 puntos. Presenta última ecografía privada realizada el 31 de Octubre del 2020 que reporta un embarazo de 37,2 semanas con vitalidad presente, crecimiento percentil 50-90, bajo riesgo de distres respiratorio y diagnóstico de Patología placentaria de Corioangioma. Se revisa ecografías realizadas en el hospital que compruebe el diagnóstico, realizan exámenes de laboratorio, es examinada por el ginecólogo de guardia.

**Tacto vaginal:** Cérvix centrado, dilatación 7 centímetros, bordes finos, membranas integra, II plano, pelvis suficiente y probada en parto anterior.

**Monitorio fetal:** 5 contracciones en 10 minutos, latidos cardiacos fetales: 140.

Se procede hacer el ingreso hospitalario, canalizar vía el cual le administra un gramo de paracetamol para disminuir el dolor y monitoreo fetal continuo.

### **2.4 EXPLORACION CLINICO**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



Al examen físico paciente responde adecuadamente, consiente, orientada en tiempo y espacio. Glasgow 15/15. Afebril, normocefalo, pupilas isocóricas reactivas, mucosas húmedas normocoloreadas, orofaringe sin valorarse, pabellón auditivo sin adenopatías.

Cuello simétrico, no adenopatías.

Tórax: sin signos de dificultad respiratoria, ruidos cardiacos normales, sin ruidos agregados, campos pulmonares muy ventilados conservados. Mamas simétricas sin adenopatías.

Abdomen globuloso acorde a las semanas de gestación con altura uterina de 35 centímetros, feto único vivo, con movimientos fetales activo, en situación longitudinal, posición izquierda, presentación cefálica, se contrae 5 veces en 10 minutos de duración de 45 segundos.

Extremidades simétricas, sin edemas, ni patologías aparentes.

Genitales: sin presencia de sangrado, perdida de tapón mucoso, dilatación 7 centímetros.

Talla: 1,62 centímetros

Peso: 63 kg

Índice de Masa Corporal: 24

### **Signos vitales**

Temperatura: 36.2°C

Tensión arterial: 120/89 mm Hg

Pulso: 102 l'm

Frecuencia respiratoria: 18 l'm



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



Saturación de oxígeno: 98%

Proteinuria: Negativo

Score mama 2

## 2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

### BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA

		Valores de referencia
Tiempo De Protrombina (TP)	13.5	11 - 16 seg.
Tiempo De Tromboplastina (TTP)	34.2	25 - 36 seg
Tiempo De Coagulación	7.9	3-15 minutos
Tiempo De Hemorragia	1.8	1-3 mintos
Leucocitos	11.00 k/μl	5 - 10 K/μL
Hemoglobina	11.7 g/dl	12 - 15 g/dL
Hematocrito	35.8 %	%
Volumen Corpuscular Medio	89 fl	81 - 99 fL
Conc. Media Hemoglobina (Mch)	29 pg	pg
Volumen Medio Plaquetario	8.6 fl	7.4 - 10.4 fL
Monocito	0.48 k/ul	0.3 - 0.8 K/μL
Eosinofilos	0.38 k/ul	
Linfocitos	2.44 k/ul	1.1 - 3.2 K/μL
Neutrófilos	7.69 k/ul	2.2 - 4.8 K/μL
Basófilos	0.09 k/ul	
Plaquetas	166	
Recuento De Glóbulos Rojos	3.98 m/ul	4 - 5.3 M/μL
Monocitos %	4.5 %	0 - 8 %
Eosinofilos %	3.6 %	0 - 6 %
Linfocitos %	22 %	20 - 50 %
Neutrófilos %	69%	37 - 72 %
Basófilos %	0.6 %	0.2 - 1 %
Grupo Sanguíneo		B RH: Positivo
Triglicéridos	386 mg/dl	44 - 200 mg/dL



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



Colesterol HDL	59.30 mg/dl	Mg/dl
Colesterol LDL	92 mg/dl	Mg/dl
<b>AUTOINMUNES E INFECCIOSAS</b>		
HIV 1+2	Negativo	
VDRL	Negativo	
TORCH	Negativo	
<b>QUIMICA</b>		
Glucosa en Ayunas	75 mg/dl	70 a 100 mg/dL
Urea	21 mg/dl	15 a 40 mg/dl
Creatinina	0.6 mg/dl	0.7 a 1.5 mg/dl
Aspartato aminotrasferasa	28 U/L	
Amino tranferasa pirúvica	23 U/L	

Elaborado por: Laura Carrera Ramirez

### **Ecografía institucional**

-En la primera ecografía reportada el 25 de junio del 2020 no reporta hallazgo de patología placentaria, ni complicación del feto, con edad gestacional de 19,5 semanas, peso de 450 gramos, latidos cardiacos 132 por minuto.

-El 19 de Octubre del 2020 se realizó ecografía el cual reporta un embarazo de 35,5 semanas, feto único vivo en presentación cefálico longitudinal izquierdo, biometría fetal acorde a edad gestacional mencionada, índice de líquido amniótico de 13 normal, placenta corporal posterior grannum 3/3, el cual se observa dentro del parénquima placentario imagen hipoecogenica que mide 5 x 5.3 centímetros con bordes regulares y escasa vascularización al Doppler que se relaciona con corioangioma placentario, sexo: masculino y peso del feto de 2701 gramos, latidos cardiacos de 145 por minuto.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**Ecografía particular**

-El 05 de septiembre del 2020, se realiza ultrasonido obstétrico transabdominal donde se evidencia gestación simple en situación longitudinal, presentación cefálica con dorso a la derecha, edad gestacional de 29 semanas 2 días, vitalidad fetal presente, crecimiento fetal en percentil 50-90, Doppler de la arteria umbilical adecuada para la edad gestacional, Doppler de la arteria cerebral media adecuada para la edad gestacional, ratio cerebroplacentario adecuado para la edad gestacional, mas patología placentaria-Corioangioma sin complicaciones hemodinámicas fetales. Se adjuntaran las fotos de la ecografía en anexos.

-El 31 de octubre del 2020, ultrasonograma abdominal, feto único, situación longitudinal, presentación cefálica, dorso izquierdo.

DBP: 93 MM 2DS

CC:342 MM 1DS

CA: 352 MM PERCENTIL 50

LF: 65 MM CERCA DEL PERCENTIL 5

LH: 64 MM PERCENTIL 5-50

Evaluación 4 cámaras tractos de salida, 3 vasos tráquea sin alteraciones.

Líquido amniótico: 101 MM PERCENTIL 5-50

Peso estimado fetal: 3336 gramos percentil 50

Sexo: masculino. Intestinos fetales grado III/IV

Placenta posterior grado III Grosor: 44 mm, se evidencia imagen hipoecogenica redondeada vascularización moderada al Doppler en relación al corioangioma mide 52x58.

Latidos cardiacos: 152 lpm

Parámetros de perfil biofísico: 8/8.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**2.6 FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.**

**Diagnostico presuntivo**

Mola hidatiforme incompleta

**Diagnóstico diferencial**

Teratoma placentario

**Diagnóstico definitivo**

Corioangioma placentario

**2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZA.**

Por ecografía no se observa polihidramnios, no vascularización al Doppler, no retardo del crecimiento se mantiene en observación, estrecha conducta expectante, paciente B+ no hay sangre en laboratorio.

Posteriormente la paciente ingresa a sala de toco monitoreo y valoración del progreso de trabajo de parto.

**Indicaciones de ginecólogo:**

- Cloruro de sodio 1000 cc a mantener vía
- Oxitocina 3 ampollas para uso en parto
- Fitomenadiona 1 ampolla para uso del recién nacido.
- Cefazolina 1gramo iv stat
- Control de frecuencia cardiaca fetal por monitoreo
- Canalizar dos vías.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



A la 13:00 completo la dilatación y borramiento, y se trasladó a sala de parto.

El alumbramiento fue dirigido al instante de pasarla a sala de parto, tras el expulsivo; se observa una placenta con tumoración de unos 4 centímetros en la cara fetal con un cordón umbilical de trivascular.

Paciente pasa a sala de recuperación orientada en tiempo y espacio, abdomen blando, depresible, útero infraumbilical, contraído, loquios normales, apósitos secos.

**Prescripción del ginecólogo:**

- Dieta general
- Control de signos vitales cada 15 minutos por dos horas cada 8 horas.
- Masajes uterinos cada 15 minutos por 2 horas.
- Control de sangrado transvaginal cada quince minutos por 2 horas.
- Cuidados de enfermería

**Medicación:**

- Solución salina al 09% 1000 CC. Mas 10 UI de Oxitocina intravenosa a 30 gotas por minutos.
- Solución salina al 09% 1000 CC. Intravenoso a 20 gotas por minutos.
- Ketorolaco 60 miligramos intravenoso stat.
- Oxitocina 10 UI intramuscular stat.
- Paracetamol 500 miligramos vía oral cada 8 horas.
- Diclofenaco 75 miligramos intramusculares.

**Protocolo operatorio**

Se atendió parto eutócico simple sin complicaciones, sangrado de aproximadamente 300 CC.

**Procedimiento realizado**

1. Asepsia y antisepsia



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



2. Campos estériles

3. Producto único vivo sexo masculino, apgar 8/9 peso: 3550 gramos, talla: 49.5 centímetros, perímetro cefálico 35.

4. Pinzamiento del cordón umbilical, extracción manual de placenta completa, manejo activo del sangrado.

El parto fue sin complicaciones aparentes, hubo desgarro perineal de grado II el cual se lo reparó sin complicaciones, no hubo hemorragia post parto, se emitió la placenta al servicio de patología y al recién nacido para la respectiva valoración.

El puerperio inmediato pasó sin complicaciones maternas ni fetales.

**2.8 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Dentro de las acciones que se toman para el manejo de una paciente con Corioangioma placentario es el siguiente:

Paciente con tumoración <4 centímetros sin complicaciones aparente el manejo es solo expectante y seguimiento con ecografías Doppler y controles previos como en el caso de la paciente que he mencionado en este proyecto.

Pero en pacientes con tumoraciones >5 centímetros se necesita una revisión continua tanto de la madre como del feto debido a las complicaciones que acarrea esta patología así no afectar el binomio madre hijo.

- ⇒ Polihidramnios, hidrops fetal, cardiopatías, entre las mencionadas en este trabajo investigativo.
- ⇒ Dependiendo de las complicaciones se prosigue el tratamiento con el profesional encargado.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



## **2.9 SEGUIMIENTO**

### **Alta hospitalaria**

Paciente con 16 horas de evolución, al momento tranquilo, asintomático, score mama 0.

Abdomen suave, depresible, útero contraído infraumbilical, loquios hemáticos en poca cantidad.

Ultima biometría que se realizó para decidir el alta médica:

Leucocitos: 18,39 K/  $\mu$ L

Hemoglobina: 10.9 g/dL

Hematocrito: 31.9%

### **Prescripción**

Dieta general

Control pos consulta externa

Signos de alarma

Asesoría en planificación familiar

Paracetamol 500 mg vía oral c/8h por 5 horas

Sales de hierro 1 tableta vía oral cada día por 40 días.

Cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**Recién Nacido**

**Fecha de nacimiento:** 03/11/2020 hora: 14:25 pm

Peso de: 3550 gramos, talla: 49.5 centímetros, perímetro cefálico: 35, perímetro torácico: 33,5, perímetro abdominal: 32 centímetros. Apgar 8-9-9, obtenido por parto vaginal sin complicación, sexo: masculino, valorado en 38 semanas, cabeza y cuello normales, extremidades superiores e inferiores normales, ruidos cardiacos normales sin presencia de soplo cardiaco, campos pulmonares ventilados, clavícula indemne, abdomen depresible sin presencia de viceromegalia, acrocianosis distal, genitales masculinos en su respectivo lugar.

**Examen:** VDRL no reactivo, Grupo sanguíneo O+.

En la última consulta del neonato con el pediatra no reporto ninguna complicación aparente y hasta el momento cursa los 10 meses de vida.

**Reporte de patología**

Se envió la placenta a patología y el resultado se reportó en la fecha 20 de Noviembre del 2020.

Macroscópica: placenta pesa 580 gramos y mide 17x14 centímetros, en la cara fetal está cubierta por membranas translucidas con visualización de tractos vasculares con cara materna completa. Se observa una área nodular de 4,5 centímetros de diámetro se encuentra constituido por tejido rojizo que abarca todo el espesor del parénquima placentario. Los restos del parénquima están constituidos por tejido esponjoso color rojo vino, membranas amnióticas translucidas, cordón umbilical de 42x1 centímetro con corte trivascular.

Diagnóstico: corioangioma con extensas áreas de isquemia secundarias a infarto, ocupando el 15% de la superficie de la placenta.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



## **2.10 OBSERVACIONES**

La patología mencionada en este proyecto investigativo puede traer muchas complicaciones tanto para la madre y feto, en caso de no ser diagnosticada de manera oportuna, adecuada y correcta por los profesionales de salud a cargo. Por este motivo se ha recopilado fuentes bibliográficas con informaciones parecidas pero actualizadas con el objetivo de seguir el adecuado manejo de esta patología en gestantes que a medida que pasa su gestación tenga las complicaciones que se desarrollan dependiendo del tamaño de la tumoración.

Se debe tener una vigilancia y control adecuado y constante por parte de un Obstetra o Ginecólogo y hacer una buena ecografía observando la placenta ya que muchas bibliografías muestran que una de las causas de corioangioma en la madre es el polihidramnios.

## **2.11 CONCLUSIONES**

La paciente tenía elementos clínicos que permitieron identificar las características del corioangioma placentario por medio de ecografía Doppler.

Se describió la evolución del corioangioma, que va a dar complicaciones dependiendo del tamaño de la neoplasia; desde un polihidramnios hasta un hidrops fetal, la paciente no presentaba ninguna de las complicaciones mencionadas en la literatura.

Se revisó conductas realizadas en varias bibliografías, revistas; para así nutrirse con información verídica para hacer el manejo lo más sabio posible y que el embarazo culmine con el bienestar tanto materno como fetal.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alfredo Ramírez-Cárdenas, E. E.-V.-M.-M. (Octubre de 2018). *Ginecología y obstetricia de México*. Recuperado el 11 de 08 de 2021, de Scielo: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412018001000692](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018001000692)

Blengio V1, A. M. (05 de 08 de 2020). Corioangioma placentario gigante. *sociedad ginecologica de uruguay*, 58(2), 115-122.

Dr. Kamar Godderm MD, M. (7 de enero de 2021). *nicklaus childrens hospital*. Recuperado el 11 de agosto de 2021, de <https://www.nicklauschildrens.org/tratamientos/prueba-de-cd34>

Eduardo Acosta Cajiao \*, E. A. (2016). Corioangioma Diagnóstico Anteparto e Implicaciones Fisiopatológicas. *REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 5.

Juan Carlos Moreno-López, E. F.-S.-B.-B. (febrero de 2021). Corioangioma placentario gigante, en embarazo de término temprano. *Ginecol Obstet Mex.*, 635-640.

Manuel Martínez-García, \*. A.-G.-M. (06 de 05 de 2015). *Corioangioma placentario gigante*. Recuperado el 11 de 08 de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2015/pt153h.pdf>

Miriam Muñoz López, C. C. (febrero de 2012). Diagnóstico prenatal de corioangioma placentario y gestación a término. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(2), 94-100.

Rommy H Novoa, W. V. (diciembre de 2018). *Scielo peru*. Recuperado el 11 de 08 de 2021, de Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia:



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000400018](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000400018)

Rondón-Tapia, M., Reyna-Villasmil, E., & Torres-Cepeda, D. (2016). Corioangioma placentario gigante. Reporte de caso. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(4), 455-458.

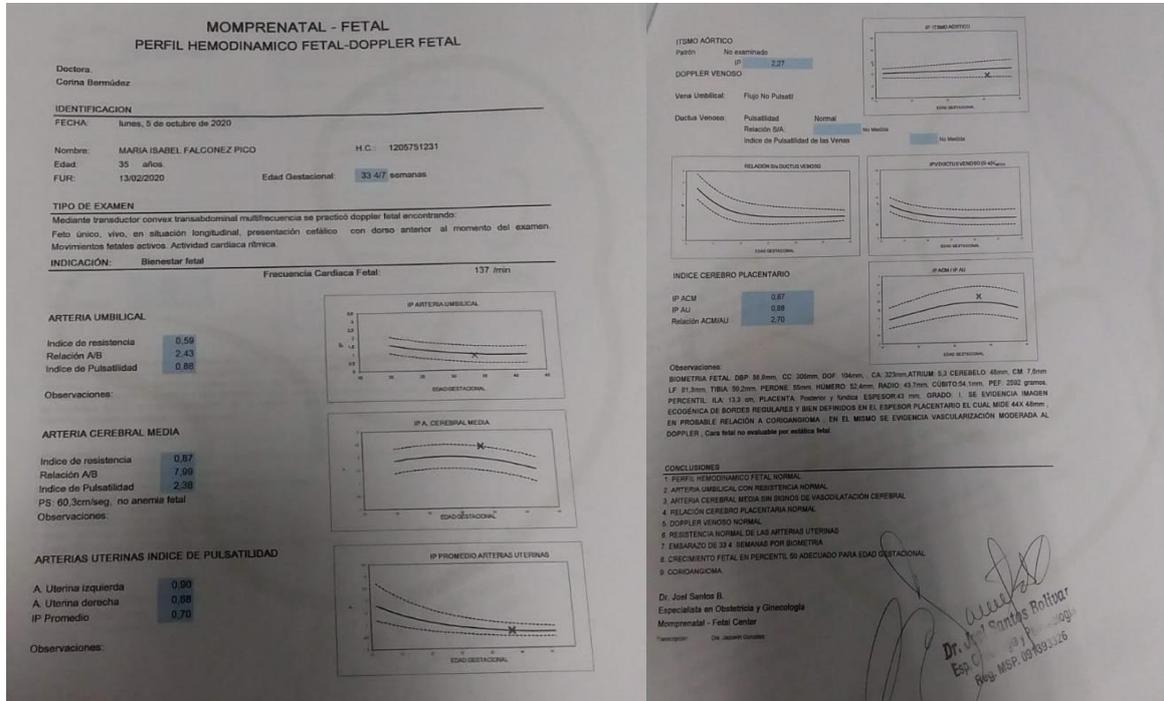
Saba, D. J. (2017). *docplaye*. Recuperado el 11 de 08 de 2021, de Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO): <https://docplayer.es/15462489-Tumores-placentarios.html>

Sandi Jiménez Puñales, N. V. (11 de 10 de 2018). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Recuperado el 11 de 08 de 2021, de Corioangioma gigante de la placenta con buenos resultados perinatales.: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/350/281>

Torres-Correa JE, S.-M. M.-S. (24 de 04 de 2020). *Medicina & Laboratorio*. Recuperado el 11 de agosto de 2021, de medigraphic.com: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2020/myl204f.pdf>

Vázquez CEE, S. H. (2007). *Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.* Recuperado el 11 de 08 de 2021, de medigraphic.com: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom077g.pdf>

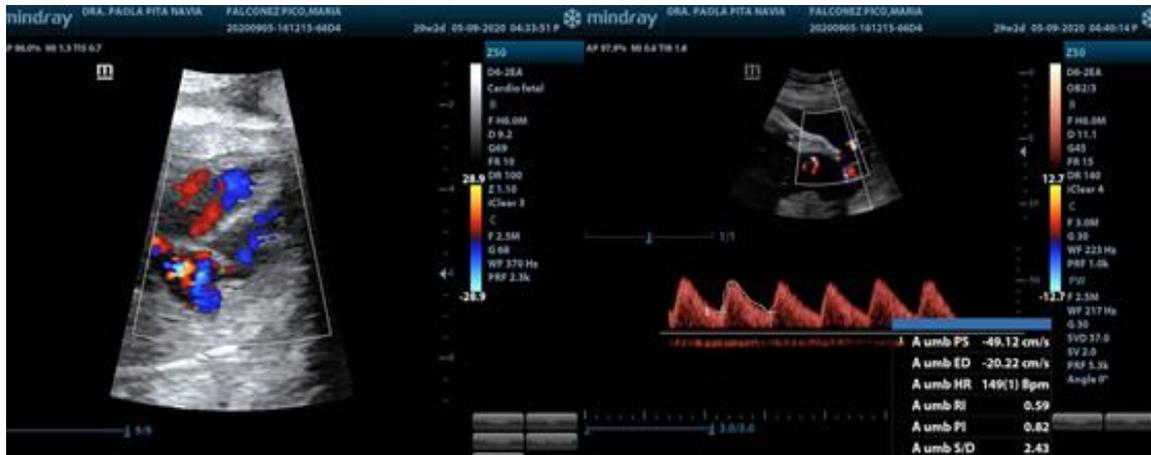
**ANEXOS**



**Anexo 2:** Perfil hemodinámico fetal- Doppler fetal realizado a las 33.4 semanas.



**Anexo 3:** Ecografía realizada a la 37,2 semanas donde se observa el Corioangioma y su vascularización al Doppler color.



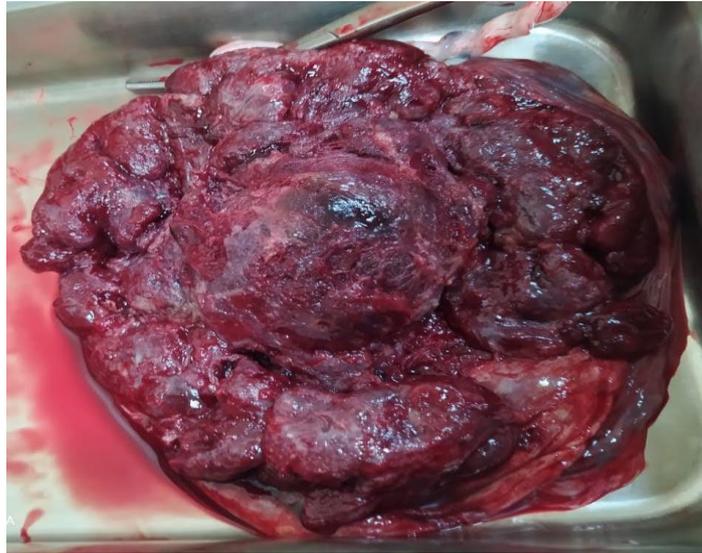
**Anexo 4:** Ecografía realizada a las 37,2 semanas donde se observa perfil hemodinámico materno- fetal adecuado para la edad gestacional.



**Anexo 5:** Evidencia del trabajo de parto de la paciente con el corioangioma placentario en el Hospital less de Babahoyo.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**Anexo 6:** Placenta extraída en fase de alumbramiento donde evidencia la masa con característica de Corioangioma, fue enviada a patología.