



Coriocarcinoma metastásico asociado con síndrome de Wunderlich: presentación de un caso y revisión de la bibliografía

RESUMEN

El coriocarcinoma es una enfermedad con incidencia de 1 caso por cada 30 a 40,000 embarazos en Estados Unidos y Europa. En México se reporta 1 caso por cada 10,000 embarazos. El síndrome de Wunderlich es un hematoma perirrenal espontáneo, un padecimiento realmente excepcional. Se reporta el caso de una paciente joven, de 18 años de edad, con antecedente de embarazo molar 1 año antes de su ingreso. El motivo fue: valoración por lipotimias, cefalea generalizada, dolor espontáneo en el flanco derecho, y datos de choque hipovólemico. La tomografía axial computada reportó hematoma perirrenal derecho, útero normal, ambos anexos con datos de quistes tecaluteínicos, gonadotropina coriónica humana fracción beta mayor de 200,000 UI/mL. La paciente se estabilizó con cristaloïdes, hemoderivados y embolización de la arteria suprarrenal derecha. Se corroboró la metástasis al cerebro, mediastino y abdomen. Se envió a un hospital de tercer nivel, donde le dieron radioterapia holocraneal. Tuvo hemorragia retroperitoneal y falleció una semana después.

Palabras clave: coriocarcinoma , síndrome de Wunderlich, metástasis.

Metastatic choriocarcinoma associated with Wunderlich syndrome: case report and literature review

ABSTRACT

Choriocarcinoma is a rare condition, with an incidence of 1 in 30 to 40,000 pregnancies in the United States and Europe. In Mexico it is reported in 1 in 10,000 pregnancies. Wunderlich syndrome is a spontaneous perirenal hematoma, a very rare entity. This paper reports the case of a young patient with a history of molar pregnancy one year prior to admission, valuation due to fainting, generalized headache, spontaneous pain in the right flank and data of hypovolemic shock. Computed tomography reported right perirenal hematoma, normal uterus, two annexes with data of tecaluteinic cysts, beta human chorionic gonadotropin greater than 200,000 IU/mL. Patient was stabilized with crystalloid, blood products and right adrenal artery embolization. It was corroborated the brain, mediastinum and abdomen metastases. She was sent to a third level hospital, starting holocranial radiotherapy, she had retroperitoneal bleeding and died a week later.

Key words: Choriocarcinoma, Wunderlich syndrome, metastasis.

Roberto Carlos Ojendiz-Nava¹
Danniela Niebla-Cárdenas²
Sara Elia Hernández-Flores³
Jorge Román Audifred-Salomón⁴
Ana Lilia Morales-Leyte⁵

¹ Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

² Jefa de Urgencias del servicio de Ginecología y Obstetricia.

³ Médico residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

⁴ Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia.

⁵ Médico adscrito al servicio de Patología.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, SS. México DF.

Recibido: noviembre 2014

Aceptado: enero 2015

Correspondencia:

Dr. Roberto Carlos Ojendiz Nava
dr.ojendiz.go@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Ojendiz-Nava RC, Niebla-Cárdenas D, Hernández-Flores SE, Audifred-Salomón JR, Morales-Leyte AL. Coriocarcinoma metastásico asociado con síndrome de Wunderlich: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2015;83:189-194.

ANTECEDENTES

El coriocarcinoma es una neoplasia altamente vascularizada que, debido a la afinidad del trofoblasto por los vasos sanguíneos rápidamente evoluciona a metástasis hematógena; en orden de frecuencia a los pulmones, vagina, ovarios, sistema nervioso central y, de manera excepcional, tejidos blandos y hueso.¹ Está compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas.² La bibliografía internacional indica que la incidencia varía según la región. En Asia 1 caso por cada 500 a 3,000 embarazos se asocia con coriocarcinoma. En Europa y Estados Unidos la incidencia es de 1 caso por cada 30,000 a 40,000 embarazos, respectivamente. En México se informa una incidencia elevada de embarazo molar, de 1 caso por cada 200 embarazos; el promedio de coriocarcinoma es de 1 caso por cada 10,000 embarazos.¹

El síndrome de Wunderlich es la formación de un hematoma perirrenal espontáneo, descrito en 1856. Es una afección infrecuente; la causa neoplásica es la más común, después del carcinoma renal y el angiomiolipoma. Es una neoplasia renal benigna que constituye la segunda causa de sangrado retroperitoneal, con incidencia mundial de 10 millones de personas; 0.1% en hombres y 0.22% en mujeres. Otra característica menos común es la ruptura espontánea de abscesos y quistes.¹⁰ En la bibliografía mundial se han reportado 165 casos, en 47 publicaciones. El cuadro clínico consiste en dolor lumbar (83%), hematuria macro y microscópica (19%) y choque hipovolémico (11%). Los métodos diagnósticos de elección son la tomografía axial computada, el ultrasonido renal y, en ocasiones, la angiografía que, además de ser un procedimiento diagnóstico, tiene utilidad terapéutica al poder realizar embolizaciones. El tratamiento es quirúrgico y la nefrectomía el procedimiento más utilizado, seguido del drenaje abierto y percutáneo. El tratamiento conservador solo se

indica si existe estabilidad hemodinámica, duda en la etiología y cuando las lesiones vasculares son susceptibles de embolización.³

Se comunica un caso clínico donde ocurrió un hematoma perirrenal, secundario a coriocarcinoma.

CASO CLINICO

Se describe el caso de una mujer de 18 años de edad, con antecedentes de: grupo sanguíneo O+; ginecoobstétricos de embarazo molar atendido en otra unidad, sin seguimiento adecuado; ritmo: 28 x 7. Fecha de la última menstruación en marzo 2013; refiere sangrado escaso, constante, durante todo el mes de abril. Inicio de la vida sexual activa a los 15 años, 1 pareja sexual. Dos embarazos y un parto (2 años antes, una niña de 3,150 g, sana) un embarazo molar. El padecimiento se inició un mes antes de la consulta con: cefalea, náuseas, vómito y pérdida de 9 kg. Dos días de evolución con dolor en el flanco y la fosa iliaca derechas, constante, intensidad 9-10, que no disminuyó con la automedicación (aspirina). El día que ingresó al hospital tuvo lipotimia en cuatro ocasiones, con duración de un minuto cada una, con posterior somnolencia, motivo de ingreso a urgencias. A su llegada la tensión arterial fue de 50/0 mmHg, frecuencia cardiaca de: 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 latidos por minuto, temperatura de 36°C, peristalsis disminuida, sin datos de abdomen agudo, tumor abdominopélvico que abarcaba el flanco y la parte del hipocondrio derecho. Los genitales se encontraron normales. La orina era hemática. Al tacto vaginal se sintió un tumor pélvico, hacia ambos anexos. El útero fue difícil de limitar con cérvix posterior, cerrado, blando, con escaso sangrado, no activo, ni fétido.

Los exámenes de laboratorio reportaron: leucocitos de 19.4, hemoglobina 8.7 g/dL, he-



matócrito: 26.0, plaquetas: 335,000, TP: 26.1, INR: 1.81, TTP: 30.2, glucosa 200 mg/dL, creatinina de 2.06, BT: 4.62, BI: 1.49, BD: 3.13, ALT: 76, AST: 60, LDH: 1132, FA: 221, CK: 129, HCG fracción beta: 798 mUI/mL y mayor de 200,000 mUI/mL (se corrobora por efecto prozona). El ultrasonido pélvico reportó: ambos anexos con múltiples imágenes macroquísticas (Figura 1), la TAC simple de abdomen: colección cercana al hígado, periesplénica y renal derecha, con diferentes densidades (Figuras 2 y 3). La TAC de cráneo y toraco-abdominal con contraste mostró: lesiones tumorales en el parénquima cerebral, pulmón y el abdomen (Figuras 3 y 4). El estudio histopatológico reportó: mola hidatiforme parcial, con necrosis isquémica extensa. (Figuras 5-7)

El choque hipovolémico se revirtió con cristaloides y transfusión de paquetes globulares. Se realizó la embolización de la arteria suprarrenal derecha y se logró la estabilización; posteriormente fue valorada por los médicos del centro oncológico, en donde iniciaron la radioterapia al holocráneo. Volvió a tener sangrado abdominal y falleció a la semana de haber iniciado el tratamiento.

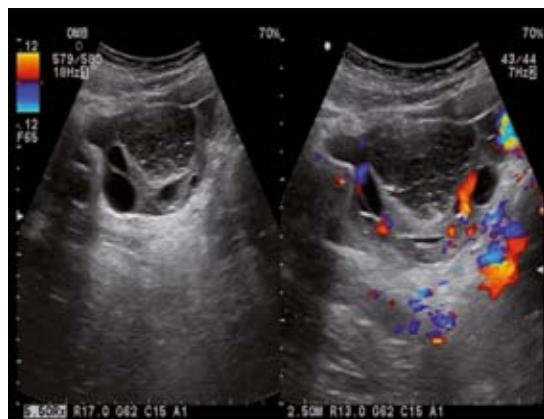


Figura 1. Ultrasonido pélvico: ambos anexos con múltiples imágenes macroquísticas.



Figura 2. TAC simple de abdomen: colección en torno al hígado, periesplénico y renal derecho, con diferentes densidades.



Figuras 3 y 4. TAC de cráneo y toraco-abdominal con contraste: lesiones en el parénquima cerebral, pulmón y abdomen.

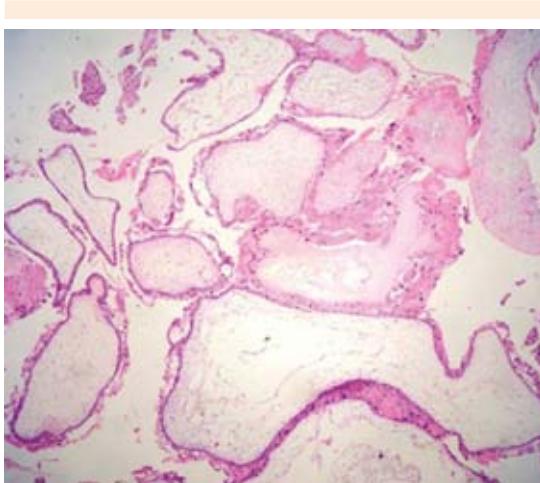


Figura 5. Vellosidades coriales del primer trimestre. Son de forma irregular y de tamaño variable. Algunas presentan en su estroma formación de espacios acelulares, denominados cisternas.

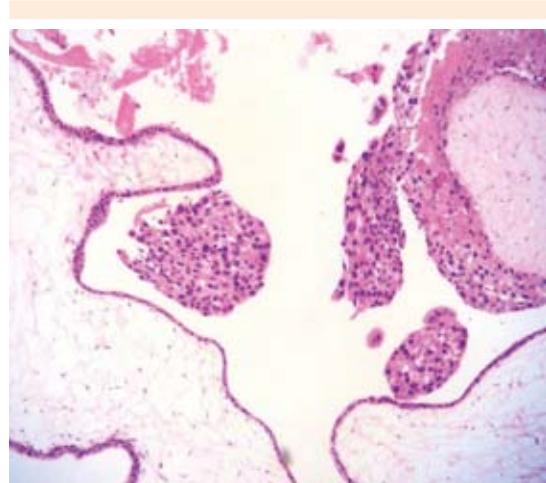


Figura 7. Las células del trofoblasto están aumentadas en número; algunas se disponen en uno de los polos de las vellosidades formando penachos.

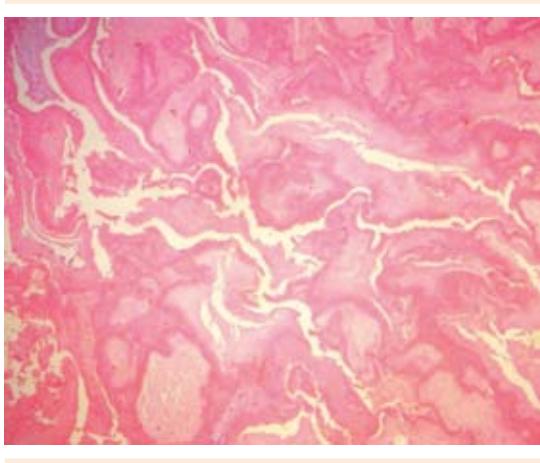


Figura 6. En otras áreas se observan vellosidades completamente eosinófilas, con necrosis coagulativa.

DISCUSIÓN

En México, la frecuencia de coriocarcinoma es de 1 caso por cada 10,000 embarazos, consecuencia de la alta frecuencia de enfermedad trofoblástica gestacional: 1 caso por

cada 200 embarazos.¹ Esta neoplasia siempre está precedida de un embarazo: molar (50%), aborto (25%), de término (20%) o ectópico. En el caso específico de la mola hidatiforme se considera que 80% es benigna e involuciona espontáneamente. De 15 a 20% es persistente y de 2 a 3% se transformará en coriocarcinoma. La manifestación clínica más frecuente es el sangrado transvaginal y, conforme a los sitios de metástasis, síntomas respiratorios (disnea, tos, hemoptisis), síntomas gastrointestinales (distensión abdominal, náuseas, vómitos gástricos y síntomas generales: astenia, adinamia, pérdida de peso y mal estado general).¹

Cuando el diagnóstico de coriocarcinoma es temprano, el resultado es satisfactorio en la mayoría de los casos, incluso ante metástasis pero sin tratamiento agresivo y mortal. En pacientes con enfermedad metastásica de alto riesgo el tratamiento recomendado es la poliquimioterapia con etoposido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida y vincristina. En casos especiales de metástasis cerebrales debe iniciarse



con radioterapia cerebral total (3000 cGy). La radioterapia y quimioterapia reducen el riesgo de hemorragia cerebral espontánea. En pacientes resistentes a la quimioterapia combinada o que recurren tras el tratamiento, se administra un régimen combinado con etoposido, metotrexato, actinomicina D, seguido de una dosis repetida de etoposido y cisplatino en el día 8. Si este régimen falla debe considerarse la resección quirúrgica, como tratamiento de rescate.¹¹

Por lo que se refiera al pronóstico en caso de poliquimioterapia, la tasa de remisión alcanza incluso 90%, si existe metástasis cerebral la tasa de remisión disminuye a 60%.¹¹

El síndrome de Wunderlich es un padecimiento excepcional, con pocos casos reportados en la bibliografía, se asocia principalmente con etiología neoplásica o vascular de origen renal. Hasta ahora no existen reportes de asociación con coriocarcinoma. La causa más común es neoplásica, con igual proporción de tumores benignos y malignos.³ Despues del adenocarcinoma renal el angiomiolipoma, neoplasia renal benigna, constituye la segunda causa de sangrado retroperitoneal, con incidencia de 10 millones de personas a nivel mundial, 0.1% hombres y 0.22% mujeres.¹⁰ Entre las causas menos comunes están las infecciones, como los abscesos, y otras, como la ruptura espontánea de quistes.³

La mayoría de los pacientes sufre: dolor lumbar (83%), hematuria macro o microscópica (19%) y estado de choque en 11% de los casos. Esta descripción coincide con la que experimentó la paciente del caso aquí reportado. El estudio histopatológico informó: mola parcial; sin embargo, fue con el resto de los estudios de imagen y cuadro clínico que se logró integrar el diagnóstico.

El procedimiento de elección para el diagnóstico es la TAC, con una eficacia cercana a 92% para la identificación de los hematomas perirrena-

les; también es útil en la identificación de la causa, sobre todo en las de origen neoplásico. Como procedimiento no invasivo y rápido, el ultrasonido renal es de gran utilidad. En algunos casos es necesario recurrir a la angiografía que, además de ser un procedimiento diagnóstico, tiene utilidad terapéutica al poder realizar embolizaciones. Estos procedimientos se utilizaron y permitieron la identificación de las metástasis al cráneo, pulmón y el abdomen.

El tratamiento es quirúrgico y la nefrectomía el procedimiento más utilizado, seguido del drenaje abierto y percutáneo. El tratamiento conservador solo se recomienda en caso de estabilidad hemodinámica y cuando las lesiones vasculares son susceptibles de embolización, cuando se asocia con una neoplasia maligna, como en este reporte, es necesario el tratamiento oncológico.

CONCLUSIÓN

Se reportó el caso de una paciente de 18 años de edad, con un hematoma perirrenal secundario a coriocarcinoma con metástasis al cerebro, pulmón y el abdomen, con desenlace fatal. El coriocarcinoma, por su baja frecuencia, es una enfermedad muchas veces subdiagnosticada que retraza el tratamiento y desencadena un resultado trágico. El diagnóstico temprano del coriocarcinoma es decisivo porque se trata de una neoplasia curable, sobre todo si está limitada al útero e, incluso, cuando hay metástasis. Se informan tasas de curación incluso del 100% en los casos limitados al útero y de 85% cuando hay metástasis. Con respecto a su asociación con el síndrome de Wunderlich no existen casos reportados; sin embargo, no debe pasar por alto la sospecha en pacientes con antecedentes de embarazos previos. Por la baja frecuencia de presentación y hemorragia severa es importante tenerla en mente e indicar su tratamiento de acuerdo con la severidad del sangrado.

REFERENCIAS

1. Soria D, Lazos M, Ventura V. Coriocarcinoma gestacional. Estudio clínico patológico de 22 casos registrados en el Hospital General de México. Revista Médica del Hospital General de Mexico 2006;69:138-143.
2. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica, clínica. México: IMSS, 2009.
3. Andrade JD, Viveros JM, Rojas Buendía L, Fernández AJ. Síndrome de Wunderlich. Hematoma perirrenal espontáneo. Revista Mexicana de Urología 2005;65:357-362.
4. Pinilla R, López S, Quintana JC, Ahmed Al Ezzi Al-Malahi. Síndrome de Wunderlich: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Revista Colombiana de Cirugía 2009;24:56-61.
5. Capdevila J, Moroto P, Sainz P, Villavicencio H. Disseminated retroperitoneal choriocarcinoma with open fistula to intestine. *"Restitutio ad integrum with chemoterapy alone"*. Clin Transl Oncol 2006;8:453-5.
6. Corpa Rodríguez ME, Fernández L, Guadalajara LH. Coriocarcinoma de pulmón. Arch Bronconeumol 2009;45:153-155.
7. Revaredo F, Álvarez D, Benavides A. Ruptura espontánea de metástasis hepática por coriocarcinoma. Revista de Gastroenterología Perú 2010;30:232-237.
8. Ventura MV, Lazos OM, Soria CD. Coriocarcinoma gestacional. Una causa de hemorragia de tubo digestivo alto. Informe de un caso. Revista Médica del Hospital General de México 2007;70:130-134.
9. Molina IJ, Beceiro PC, Ripoll N, et al. Gastrointestinal hemorrhage due to metastatic choriocarcinoma with gastric and colonic involvement. Rev Esp Enferm Dig 2004;96:77-80.
10. Sánchez JG, Merayo CE, Hernández VA. Síndrome de Wunderlich causado por angiomiolipoma renal de pequeñas dimensiones. Revista Mexicana de Urología 2009;69:75-78.
11. Hopkins J. Ginecología y obstetricia. Enfermedad trofoblástica gestacional. Capítulo 46;500-510.
12. Virseda J, Donate M, Pastor H. Tumores retroperitoneales primarios, revisión de nuestros casos de los diez últimos años. Urología Oncológica 2010;63:13-22.