



## Tumor trofoblástico del sitio placentario con evolución a coriocarcinoma. Caso clínico

Álvarez-Goris MP,<sup>1</sup> De la Torre y Fernández P,<sup>2</sup> Huerta-Hentschel JM,<sup>2</sup> Sánchez-Zamora R<sup>3</sup>

### Resumen

**ANTECEDENTES:** el tumor trofoblástico del sitio placentario es el segundo tumor más raro de las neoplasias trofoblásticas, con menos de 100 casos reportados en la bibliografía. Su manifestación clínica es heterogénea y representa un verdadero reto diagnóstico. Tiene potencial maligno impredecible: puede evolucionar a coriocarcinoma y, excepcionalmente, manifestarse al mismo tiempo.

**CASO CLÍNICO:** paciente de 34 años de edad, cuyo motivo de consulta médica fue: sangrado transvaginal persistente (5 meses de evolución) después de una cesárea. Después de varios estudios se estableció el diagnóstico histopatológico de tumor trofoblástico del sitio placentario y por inmunohistoquímica de coriocarcinoma, que ayudó a complementar el tratamiento y mejorar su pronóstico.

**CONCLUSIÓN:** el tumor trofoblástico del sitio placentario y su evolución a coriocarcinoma es excepcional pero posible; por tanto, es imprescindible el abordaje con obtención de una biopsia y estudios de histopatología e inmunohistoquímica para establecer el diagnóstico certero.

**PALABRAS CLAVE:** tumor trofoblástico del sitio placentario, coriocarcinoma, neoplasia trofoblástica.

Ginecol Obstet Mex 2016 May;84(5):324-329.

## Placental site trophoblastic tumor with atypical choriocarcinoma. Case Report.

Álvarez-Goris MP,<sup>1</sup> De la Torre y Fernández P,<sup>2</sup> Huerta-Hentschel JM,<sup>2</sup> Sánchez-Zamora R<sup>3</sup>

### Abstract

**BACKGROUND:** The placental site trophoblastic tumor is the second rarest tumor of trophoblastic disease, with less than 300 cases reported. Clinical presentation it's a diagnostic challenge, it has an unpredictable malignant potential, and it can develop choriocarcinoma and even have simultaneous presentation.

<sup>1</sup> Residente de Ginecología y Obstetricia, Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, Ciudad de México.

<sup>2</sup> Ginecología y Obstetricia, Laparoscopia diagnóstica y operatoria, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

<sup>3</sup> Alta especialidad en Medicina crítica en Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Recibido: julio 2015

Aceptado: octubre 2015

### Correspondencia

Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris  
Departamento de Enseñanza Médica  
Camino a Santa Teresa 1055  
10700 Ciudad de México  
goris14@hotmail.com

### Este artículo debe citarse como

Álvarez-Goris MP, De la Torre y Fernández P, Huerta-Hentschel JM, Sánchez-Zamora R. Tumor trofoblástico del sitio placentario con evolución a coriocarcinoma. Caso clínico. Ginecol Obstet Mex. 2016 mayo;84(5):324-329.



**CASE REPORT:** We present the case of a 34 year old woman with chronic transvaginal bleeding since her last cesarean (five months ago), with histologic diagnosis of placental site trophoblastic tumor and immuno-histoquimic report of choriocarcinoma, this early diagnosis improves her survival prognostic.

**CONCLUSION:** placental site trophoblastic tumor and their evolution to choriocarcinoma have a low rate but it's possible. That it's the reason why complete diagnosis with biopsy, histologic and immunohistoquimic report is mandatory to improve therapeutic.

**KEY WORDS:** Placental site trophoblastic tumor; choriocarcinoma; pregnancy complications

#### Correspondence

Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris  
Departamento de Enseñanza Médica  
Camino a Santa Teresa 1055  
10700 Ciudad de México  
goris14@hotmail.com

## ANTECEDENTES

Las neoplasias trofoblásticas gestacionales son un grupo interrelacionado de tumores, cuyo origen genético es el epitelio trofoblástico de la placenta, pero histológicamente son distintos entre sí. Estos tumores incluyen al coriocarcinoma, al tumor trofoblástico del sitio placentario y al tumor trofoblástico epiteloide.<sup>1-4</sup>

El tumor trofoblástico del sitio placentario es el segundo tumor más raro, pues representa 0.5 a 2% de las neoplasias trofoblásticas gestacionales reportadas en todo el mundo y existen menos de 300 casos publicados en la bibliografía.<sup>2,5-7</sup> Se manifiesta en mujeres en edad fértil, meses o años después de cualquier evento obstétrico.<sup>2,3,5,6,8</sup> El diagnóstico y tratamiento oportunos representan un gran desafío, debido a su escasa frecuencia y manifestaciones clínicas poco habituales, con signos que incluyen desde amenorrea hasta sangrado anormal.<sup>2,6-8</sup>

A diferencia del resto de las neoplasias trofoblásticas gestacionales, es relativamente más quimiorresistente comparado con el coriocarcinoma.<sup>2,3,5-7</sup> Se estima que el riesgo de mortalidad puede ser de 25% cuando se encuentra en etapa

de metástasis;<sup>7</sup> por tanto, es importante establecer el diagnóstico adecuado y oportuno, por la necesidad de la histerectomía, principalmente cuando la enfermedad se encuentra aún en estadio temprano, lo que implica el tratamiento completo.<sup>2,5-8</sup>

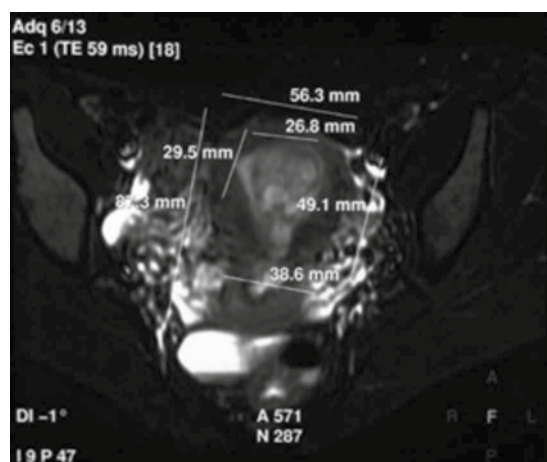
El propósito de este artículo es exponer un caso de una paciente con tumor trofoblástico del sitio placentario con evolución a coriocarcinoma, que por su rareza y baja incidencia lo hace una contribución importante para el área de ginecoobstetricia

## CASO CLÍNICO

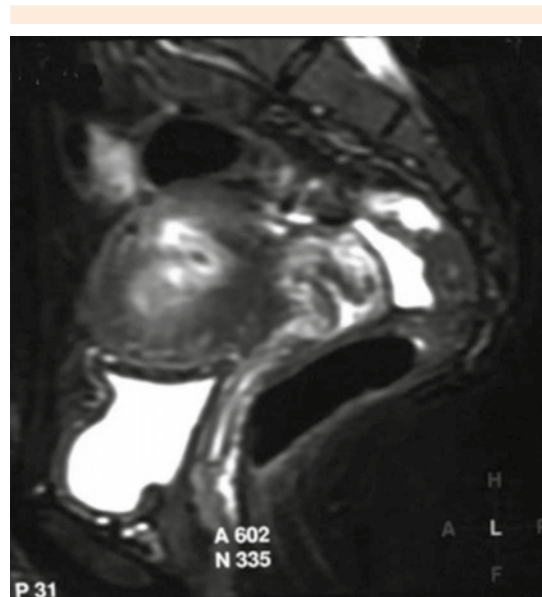
Paciente de 34 años de edad, con antecedente obstétrico de una cesárea, que posterior a ésta tuvo sangrado transvaginal abundante y persistente durante 5 meses continuos, por lo que acudió a consulta médica. El estudio inicial fue un ultrasonido transvaginal, que no mostró cambios anatómicos significativos. Posteriormente se le realizaron estudios clínicos para detección de anemia hipocrómica y normocítica, perfil hormonal ginecológico, perfil tiroideo y antígeno CA 15-3 (18.9 U/mL), pero resultaron dentro de los límites normales. Al realizar un nuevo ultraso-

nido se observó: útero y anexos aumentados de tamaño, con irregularidad y heterogeneidad del endometrio. Por el resultado ultrasonográfico y la clínica se realizó legrado y se obtuvo una biopsia que histopatológicamente reportó: células del trofoblasto con atipia y mitosis, vellosidades coriales escasas y fragmentos de endometrio basal con hallazgos relacionados con alguna neoplasia trofoblástica, excepto coriocarcinoma (debido a la poca cantidad de vellosidades coriales), principalmente tumor del lecho placentario.

La paciente fue internada para continuar con el protocolo de estudio y efectuar la estadificación de la enfermedad. La determinación de la fracción HGC- $\beta$  fue de 8,095 mUI/mL. La resonancia magnética con gadolinio mostró: útero en antero-flexión aumentado discretamente de tamaño, con asimetría en la intensidad de señal y en el grosor alrededor del lado derecho, además del fondo del útero, que correlacionado con la clínica sugirió un proceso infiltrativo por probable tumor trofoblástico del sitio placentario (Figuras 1 y 2). La tomografía por emisión de positrones y tomografía computada (PET-CT) re-

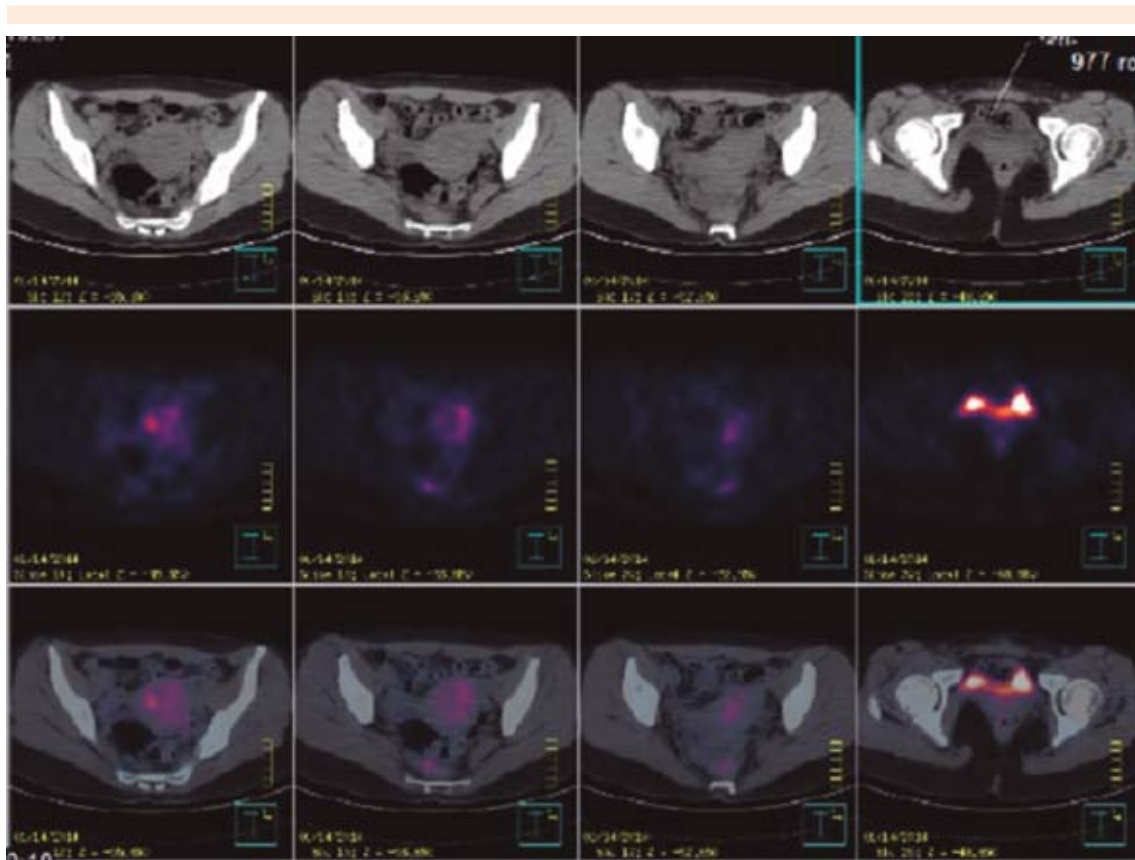


**Figura 1.** Resonancia magnética que muestra al útero aumentado de tamaño, con lesión redondeada fúndica y asimetría en la intensidad de la señal.



**Figura 2.** Resonancia magnética que muestra al útero en antero-flexión, con discreto aumento de tamaño, lesión redondeada e intensidad heterogénea con restos de sangrado en la cavidad.

portaron zonas de hipermetabolismo con grado moderado-bajo de lesión endometrial en la periferia y lesión focal en la pared lateral derecha del introito vaginal; en la tomografía computada se observó una lesión uterina, con hipermetabolismo periférico y características topográficas compatibles con algún proceso neoplásico del lecho placentario (trofoblasto, como primera posibilidad) y datos de infiltración al miometrio (fúndica posterior). El hipermetabolismo focal en el introito vaginal se relacionó con probable proceso inflamatorio glandular, sin descartar infiltración tumoral; los nódulos pulmonares hipometabólicos sugirieron alguna enfermedad infecciosa-granulomatosa vs infiltración pulmonar; y ganglios axilares hipometabólicos de aspecto reactivo (Figura 3). La neoplasia se estadificó en grado III, según la clasificación de la FIGO (Cuadro 1). Se realizó histerectomía total con salpingooforectomía bilateral laparoscópica, con la finalidad de acortar el tiempo



**Figura 3.** Lesión uterina con hipermetabolismo periférico, compatible con proceso neoplásico del lecho placentario y datos de infiltración al miometrio. También se observa lesión focal del lado derecho del introito vaginal que sugiere probable proceso inflamatorio granular, sin descartar infiltración tumoral.

de recuperación e iniciar la quimioterapia coadyuvante en el menor tiempo posible. La pieza quirúrgica se envió al servicio de Patología; la revisión de las laminillas del legrado previo al estudio histopatológico y de inmunohistoquímica reportó los siguientes hallazgos: hGC positiva; P53 positivo en 60% (+++); P63 positivo, en parches; citoqueratina AE1/AE3 positiva; Ki-67 de 80%; lactógeno placentario positivo, focal (Figura 4); e inhibina positiva, solo en el sincitiotrofoblasto (Figura 5). Los estudios concluyeron con el siguiente reporte: tumor de trofoblasto gestacional con evolución

a coriocarcinoma, expresión de proteínas p63, detección de hormona gonadotropina coriónica humana y alto índice de proliferación (Ki67 67-80%) celular, con infiltración focal en menos de un tercio (3-4 mm) del espesor del miometrio (Cuadro 2). Los límites quirúrgicos y parametrios permanecieron libres de lesión neoplásica.

La paciente tuvo evolución postoperatoria favorable, egresó al segundo día y se envió al servicio de oncología para iniciar la quimioterapia coadyuvante, con la que se observó adecuada respuesta en su seguimiento a seis meses.

Cuadro 1. Sistema de clasificación anatómica FIGO

Estadio	
I	Enfermedad confinada al útero
II	Enfermedad fuera del útero, pero limitada a las estructuras genitales (anexos, vagina, ligamentos)
III	Extensión a los pulmones, con o sin afección del conducto genital
IV	Otros sitios de metástasis

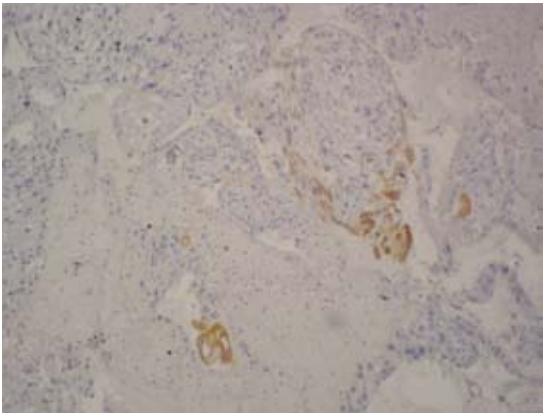


Figura 4. Lactógeno placentario positivo y focal.

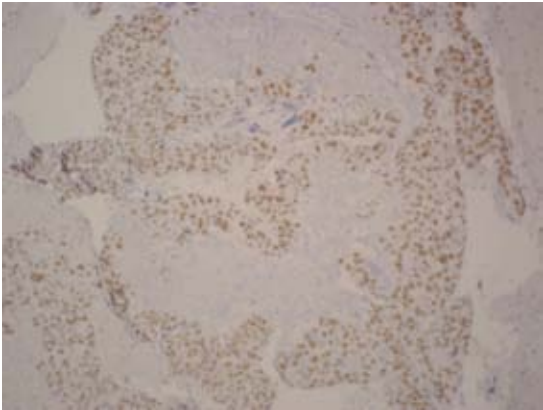


Figura 5. Estudio de inmunohistoquímica que muestra Ki67 en 80%.

Cuadro 2. Características inmunohistoquímicas del tumor trofoblástico del sitio placentario y coriocarcinoma

	Tumor del sitio placentario	Coriocarcinoma
HGC	+/ —	+++
hPL	+++	+
Inhibina- $\alpha$	++	++
P63	—	+
Ki67	10 -30%	> 50%

HGC: hormona de gonadotropina coriónica, hPL: lactógeno placentario

DISCUSIÓN

El tumor trofoblástico del sitio placentario es una variante excepcional que ha intrigado a los investigadores desde su descubrimiento, pues a diferencia del coriocarcinoma puede evolucionar después de mucho tiempo de ocurrir cualquier evento obstétrico; su intervalo de aparición varía de semanas hasta 15 años, con una media de 9 meses.<sup>5,6</sup> De 53 a 59% son precedidos por un embarazo de término, mientras que el coriocarcinoma suele asociarse con embarazo molar.<sup>5,8</sup> La clínica puede variar desde amenorrea hasta sangrado transvaginal en 79% de los casos.<sup>2,6-8</sup> Afecta a mujeres de 31 a 33 años de edad.<sup>7,8</sup> Esta heterogeneidad y la superposición entre los criterios diagnósticos clínicos con el coriocarcinoma representan un desafío para su clasificación y limitan el tratamiento oportuno.<sup>2</sup> El diagnóstico requiere la determinación de hGC- $\beta$ , examen radiológico (donde comúnmente se observa un útero alargado) y estudio histopatológico;<sup>7</sup> sin embargo, como la morfología histológica suele ser imprecisa, es necesario complementar con estudios de tinción inmunohistoquímica.<sup>6</sup> El sistema de clasificación anatómica FIGO (Cuadro 1) es un buen predictor de la evolución de los pacientes.<sup>2</sup> Una revisión retrospectiva indicó que la posibilidad de supervivencia en pacientes en estadios I, II y III/IV es de 90, 52 y 49%, respectivamente.<sup>6</sup> A partir del estadio II, suelen ser tratadas con quimioterapia y cirugía, y a pesar





de la quimiorresistencia se han reportado casos de respuesta completa.<sup>2</sup> La neoplasia tiene un potencial maligno impredecible:<sup>1</sup> uno de cada 138 casos puede evolucionar a coriocarcinoma, incluso se reporta su interrelación, sin tener una cifra definida de incidencia simultánea de ambas enfermedades.<sup>8</sup> Su capacidad de metástasis es poca y su mortalidad de 20%;<sup>7</sup> la manifestación extrauterina, como en la paciente de este estudio, es el factor pronóstico más útil para pensar en su progresión.<sup>8</sup> En nuestro caso el diagnóstico histológico e inmunohistoquímico fue la clave para desarrollar un plan terapéutico adecuado, mediante la cirugía por abordaje laparoscópico, con lo que disminuyó el tiempo de recuperación y envió a oncología para quimioterapia, cubriendo así las dos variedades encontradas: el tumor trofoblástico del sitio placentario y el coriocarcinoma.

## REFERENCIAS

1. Shih IeM. Gestational trophoblastic neoplasia-pathogenesis and potential therapeutic targets. *Lancet Oncol* 2007;8:642-650.
2. Rauw L, Delbecq K, Goffin F, Golfier F, Georges P, Kridelka F. Atypical recurrence of a placental site trophoblastic tumor four years after hysterectomy for benign condition: Case report and review of literature. *Gynecol Oncol Case Rep* 2013;31(6):36-38.
3. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol* 2003;4:670-678.
4. Lara FM, Alvarado AM, Candelaria M, Arce CS. [Gestational trophoblastic disease. Experience at National Institute of Cancerology]. *Enfermedad trofoblástica gestacional. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología Ginecol Obstet Mex* 2005;73(6):308-314.
5. Hyman DM, Bakios L, Gualtiere G, Carr C, Grisham RN, Makker V, et al. Placental site trophoblastic tumor: Analysis of presentation, treatment, and outcome *Gynecol Oncol* 2013;129(1):58-62.
6. Luiza JW, Taylor SE, Gao FF, Edwards RP. Placental site trophoblastic tumor: Immunohistochemistry algorithmkey to diagnosis and review of literature *Gynecol Oncol Case Rep* 2013;21(7):13-15.
7. Huang F, Zheng W, Liang Q, Yin T. Diagnosis and treatment of placental site trophoblastic tumor. *Int J Clin Exp Pathol* 2013;6(7):1448-1451.
8. Behtash N, Ghaemmaghami F, Hasanzadeh M. Long term remission of Metastatic placental site trophoblastic tumor (PSTT): Case report and review of literature *World J Surg Oncol* 2005;15(1):34.



## AVISO A LOS LECTORES FEDERADOS

La aplicación de la revista GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO puede descargarse de manera gratuita en las tiendas Play Store como *Ginecol Obstet Mex* y App Store como *FEMECOG*.

Esta es otra opción de fácil acceso al acervo histórico y al presente de la revista.