

Coriocarcinoma metastásico postparto. Reporte de un caso

Juliana del Rocío Paredes Hernández,* Aurora Isabel Sánchez Meza,*
Victoria Castillo Juárez**

RESUMEN

El coriocarcinoma forma parte del conjunto de enfermedades derivadas del trofoblasto. Es un tumor con una alta capacidad de angioinvasión y diseminación, los órganos afectados con mayor frecuencia son: pulmón, vagina, sistema nervioso central, sistema gastrointestinal, hígado y riñón. Es altamente agresivo y letal, tiene una mortalidad de 10 a 15%, aun cuando se le diagnostique y trate adecuadamente. El coriocarcinoma gestacional está precedido de un embarazo molar, rara vez de un aborto o parto de término. Las últimas teorías plantean que en todos los embarazos hay una retención de células trofoblásticas que se degeneran espontáneamente. En el caso del coriocarcinoma postparto, la transformación celular ocurre posterior a la retención de fragmentos placentarios.

Palabras clave: Coriocarcinoma postparto, metástasis, disnea.

ABSTRACT

Choriocarcinoma is part of the set of diseases resulting from the trophoblast. It is a tumor with a high capacity of vascular invasion and dissemination, the organs most often affected are: lung, vagina, central nervous system, gastrointestinal system, liver, kidney. It is highly aggressive and lethal, has a mortality of 10 to 15%, although it is diagnosed and treated properly. The gestational choriocarcinoma is preceded by a molar pregnancy, rarely for a term abortion or childbirth. The latest theories suggest that in every pregnancy there is a hold trophoblast cells that degenerate spontaneously. For the postpartum choriocarcinoma cell transformation occurs after retained placental fragments.

Key words: Postpartum choriocarcinoma, metastasis, dyspnea.

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma forma parte del conjunto de enfermedades derivadas del trofoblasto. Se estima una incidencia de 1 en 50 000 nacidos vivos y se presenta en 4% de los embarazos molares. La mitad de los casos ocurren después de una mola hidatidiforme completa, 25% después de un embarazo normal y 25% luego de un aborto espontáneo o embarazo ectópico.

El coriocarcinoma es la única lesión trofoblástica que es altamente agresiva y letal, aunque se diagnostique y trate adecuadamente con quimioterapia tiene una mortalidad de 10 a 15%. Es un tumor con una alta capacidad de angioinvasión, ya que de ello depende su sobrevivencia, facilitando su diseminación y pro-

piciando que 90% de las pacientes desarrollen metástasis pulmonares.

Las mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional después de un embarazo molar son identificadas tempranamente con la monitorización seriada de B-HCG; sin embargo, en gestaciones no molares en las que la sospecha clínica es baja, se identifican por signos y síntomas no ginecológicos que incluyen hemoptisis, hemorragia cerebral, gastrointestinal, urológica, lesión metastásica sin primario conocido o por evidencia de múltiples nódulos parenquimatosos en la radiografía de tórax posterior a un embarazo o aborto y la presencia de B-HCG elevada (*Figura 1*).

Las metástasis por diseminación hematógena se presentan de forma temprana, inicialmente en el pulmón, debido a que una cantidad variable de trofo-

* Médicos Residentes de Ginecología y Obstetricia.

** Médico adscrito al Servicio de Oncología.

blasto, con o sin estroma vellosa, escapa del útero al flujo sanguíneo venoso. Su presentación clínica varía desde asintomática hasta presentación con cuadros de disnea. Asimismo, la diseminación de los nódulos pulmonares puede ocurrir a través de la circulación sistémica.^{1,2} Las metástasis a distancia pueden presentarse en cualquier órgano; sin embargo, los órganos afectados con mayor frecuencia son pulmón (81%), vagina (5%), sistema nervioso central (7%), sistema gastrointestinal (4%), hígado (1.5%) y riñón (0.7%).^{2,3} Las metástasis al sistema nervioso central, gastrointestinales, hígado y riñón son menos frecuentes, excepto cuando se presentan concomitantes con metástasis pulmonares.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia. Escolaridad secundaria, estado civil casada, religión católica, dedicada al hogar. Antecedentes ginecoobstétricos con menarca a los 12 años, eumenorreica con ciclos regulares 28 x 3-4 días, inicio de vida sexual activa a los 22 años, refiere una pareja sexual, gestaciones 4, partos 4; DOC/DOCMA negativos. Inició su padecimiento tres meses posterior a parto eutócico de feto óbito de 36 semanas de gestación, presentó sangrado uterino

anormal, lo que ameritó legrado hemostático y hemotransfusiones en dos ocasiones. Se agregó cuadro de tos seca, continua, progresiva que no respondió a manejo convencional, prosiguió disnea que se presentó incluso en reposo. Se realizó telerradiografía de tórax encontrando múltiples lesiones en «tormenta de nieve» (*Figura 2*), por lo que se sospechó de mola hidatiforme con metástasis pulmonares.

Se realizó cuantificación de la fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana (B-HCG) con resultado de 200 000 mUI/mL, se sacó tomografía de tórax (*Figura 3*) identificando infiltración pulmonar bilateral por actividad metastásica. Se estableció el diagnóstico de coriocarcinoma etapa clínica III.

Se inició tratamiento con quimioterapia con base en metotrexato, cosmegen, etoposido y ácido fólico. Posterior a cuatro ciclos, se observó remisión importante de las metástasis en controles de radiografía de tórax (*Figura 4*), así como disminución de los valores de B-HCG (18.2 mUI/mL).

DISCUSIÓN

Habitualmente el coriocarcinoma gestacional está precedido de un embarazo molar o más raramente de un aborto o parto de término. El intervalo desde el antecedente gestacional puede superar un año y es más largo que para la mola invasora. Su histo-

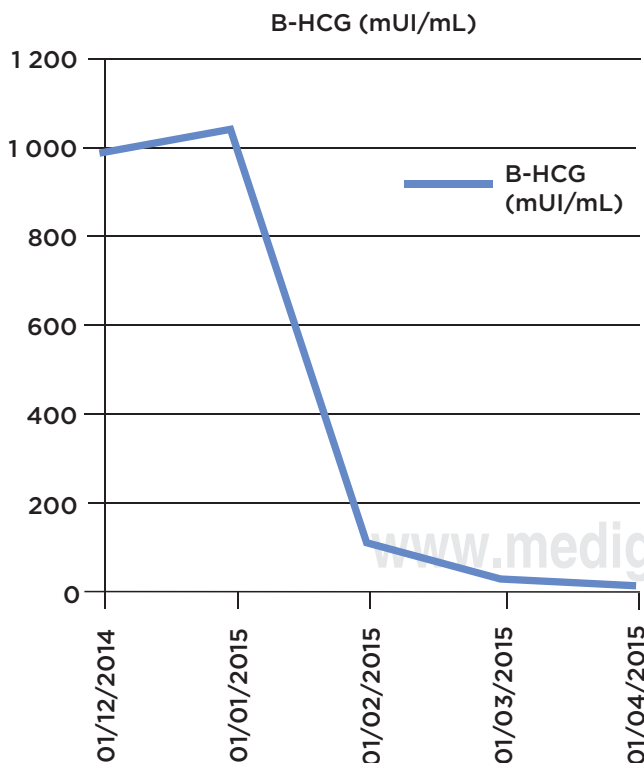


Figura 1. Niveles de fracción beta de gonadotropina coriónica humana (B-HCG) de la paciente durante la quimioterapia.



Figura 2. Tele de tórax que demuestra «lesiones en tormenta de nieve».

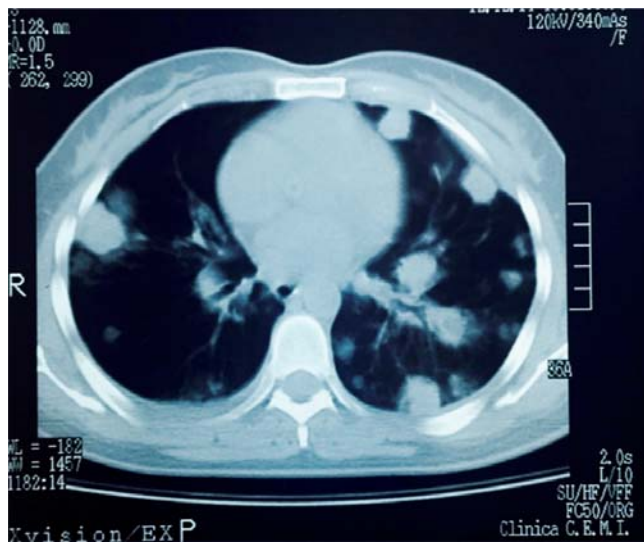


Figura 3. Metástasis pulmonares en tomografía de tórax.

logía precisa en general no se determina, ya que el diagnóstico y tratamiento se basan en el aumento de las concentraciones de B-HCG, tiene una tendencia a la invasión vascular temprana, con propagación generalizada. Los síntomas incluyen sangrado vaginal, aumento del tamaño uterino, niveles elevados de B-HCG, presencia de masas ováricas.³⁻⁵

El diagnóstico se realiza mediante la presencia de metástasis; en el momento de la presentación 80% de las pacientes muestra afectación pulmonar con la existencia de múltiples focos que indican progresión de la enfermedad.^{5,6}

La neoplasia trofoblástica gestacional produce principalmente cuatro patrones radiográficos pulmonares:

1. Patrón alveolar o de «tormenta de nieve».
2. Densidades discretas redondeadas.
3. Derrame pleural.
4. Patrón embólico provocado por oclusión arterial pulmonar.

En el estadio III el diagnóstico se basa en una concentración creciente de BHCG en presencia de lesiones pulmonares en una placa torácica.^{5,7}

En nuestro país la mortalidad es mucho más alta, pues frecuentemente se hace un diagnóstico tardío y el tratamiento quimioterapéutico es limitado.^{5,6} Estudios recientes proponen diversas teorías, la más aceptada en estos días plantea que en todos los embarazos hay una retención de células trofoblásticas que se degeneran espontáneamente, en el caso del coriocarcinoma postparto, la transformación celular no ocurre durante la gestación, sino posterior a retención de fragmentos placentarios, lo cual ha sido comprobado mediante la comparación del ADN del

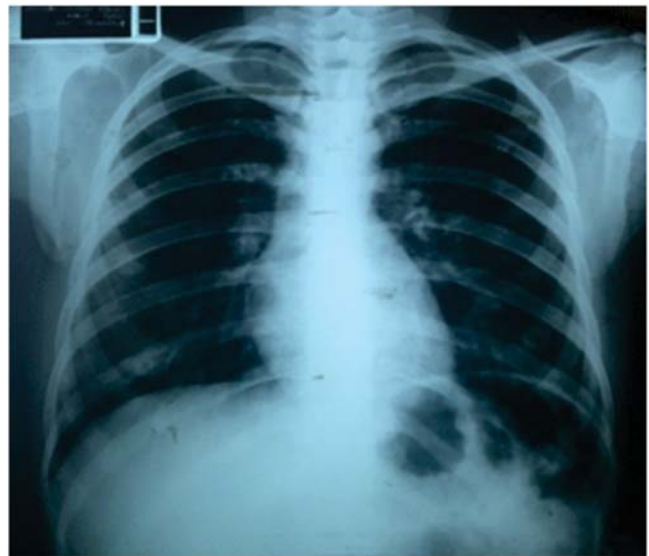


Figura 4. Tele de tórax en la que se observa disminución de las lesiones metastásicas posterior a cuatro ciclos de quimioterapia

recién nacido, de ambos padres y del tejido tumoral obtenido en legrado hemostático-biopsia y la presencia o ausencia de marcadores cromosómicos genéticos y sexuales. El estudio histopatológico de la placenta no se realiza de rutina en embarazos sin factores de riesgo, si se realizara, sería posible compararlo también con el ADN placentario.⁷⁻¹⁰

CONCLUSIÓN

El coriocarcinoma es uno de los tumores más susceptibles de ser curados, incluso en etapas avanzadas. Sin embargo, en los casos que se presentan posteriores a un parto, las detecciones tardías son frecuentes debido a que el clínico no lo sospecha, pues el periodo de ventana entre el inicio de los síntomas y el cuadro de presentación son variables a los comúnmente presentados en el puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrillo GDC, Alejandro GC. Coriocarcinoma metastásico posparto: presentación de un caso, Rev Colomb Radiol, 2013; 24 (2): 3705-3708.
2. Hovav Y, Almagor M, Golomb E, Beller U. Intraplacentar choriocarcinoma in residual placenta 8 months postpartum, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2014; 176: 197-200.
3. Datta T, Banerjee AK, Adeyemo AK, McCullough WL, Duncan A. Intraplacentar choriocarcinoma associated with pregnancy continuum: a diagnostic dilemma, J Obstet Gynecol, 2007; 7: 731-732.
4. Diver E, May T, Vargas R, Bernstein M, Goldstein D, Berkowitz R. Changes in clinical presentation of post-term choriocarcinoma at the New England Trophoblastic Disease Center in recent years, Gynecol Oncol, 2013; 130 (3): 483-486.

5. Cruz-Ortiz H, Rodríguez-Martínez HA, Román-Bassaure E, Valle-Gay A. Coriocarcinoma gestacional con metástasis múltiples, Rev Fac Med UNAM, 2000; 43 (4): 153-156.
6. Soria D, Lazos M, Ventura V. Coriocarcinoma gestacional: estudio clínico patológico de 22 casos registrados en el Hospital General de México, Rev Med Hosp Gen Mex, 2006; 69 (3): 138-143.
7. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Current FIGO staging for cancer of the vagina, fallopian tube, ovary, and gestational trophoblastic neoplasia, Int J Gynaecol Obstet, 2009; 105 (1): 3-4.
8. Riyami NA, Gowri V, Kakaria AK, Lakhtakia R. A case of postpartum choriocarcinoma: delay in diagnosis and lessons learnt, J Obstet Gynaecol India, 2014; 64 (Supl 1): 29-31.
9. Lok CA, Ansink AC, Grootfaam D, van der Velden J, Verheijen RH, ten Kate-Booij MJ. Treatment and prognosis of post term choriocarcinoma in the Netherlands, Gynecol Oncol, 2006; 103: 698-702.
10. Ma Y, Xiang Y, Wan XR, Chen Y, Feng FZ, Lei CZ et al. The prognostic analysis of 123 postpartum choriocarcinoma cases, Int J Gynecol Cancer, 2008; 18: 1097-1101.

Correspondencia:

Juliana del Rocío Paredes Hernández
Hospital de Ginecología y Obstetricia
Instituto Materno Infantil del Estado de México
Paseo Tollocan s/n esquina Puerto de Palos
Colonia Isidro Fabela, C.P. 50170
Toluca, Estado de México