Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2018 julio;86(7):485-489.

Coriocarcinoma gestacional posterior a embarazo de término. Reporte de un caso

Gestational choriocarcinoma after term pregnancy. A case report.

Lizbeth Chan-De la Cruz,[1] José Guadalupe Soberano-Almeida[2]

Resumen

ANTECEDENTES: El coriocarcinoma es un tumor del trofoblasto con alta capacidad de angioinvasión y diseminación. Los órganos afectados con mayor frecuencia son: pulmón, vagina, sistema nervioso central, sistema gastrointestinal, hígado y riñón. La incidencia del coriocarcinoma gestacional es variable, pues depende del área geográfica analizada: en Europa y Estados Unidos se reporta un caso en 30,000 a 40,000 embarazos, en Asia 1 en 500 a 3,000, mientras que en México la situación es de un caso en 10,000 embarazos. El estado de Tabasco no cuenta con estadísticas de incidencia. En el Hospital Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez es el primer caso reportado en un embarazo de término.

CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años, con diagnóstico de coriocarcinoma posparto. Los datos clínicos sugerentes fueron: sangrado transvaginal abundante y persistente en el puerperio junto con altas concentraciones de hormona gonadotropina coriónica humana e imagen ultrasonográfica; el diagnóstico definitivo se confirmó por la biopsia de cavidad. Se inició el protocolo de quimioterapia EMA-CO, que no se terminó porque la paciente falleció.

CONCLUSIÓN: El coriocarcinoma es un tumor de baja incidencia, pero con una tasa de mortalidad (10-15%), por lo que su detección en etapas tempranas es de suma importancia. De existir elementos de sospecha clínica deben practicarse los estudios necesarios para establecer el diagnóstico en el menor tiempo posible, porque si se detecta oportunamente la paciente tendrá 85% de probabilidades de supervivir.

PALABRAS CLAVE: Coriocarcinoma; posparto.

Abstract

BACKGROUND: Choriocarcinoma is a tumor of the trophoblast with high capacity of angioinvasion and dissemination, the organs most frequently affected are: lung, vagina, central nervous system, gastrointestinal system, liver and kidney. The incidence of gynecological choriocarcinoma depends to the geographical area analyzed: in Europe and the United States of America, one case is reported in 30,000 to 40,000 pregnancies, in Asia one in 500 to 3,000, while in Mexico one case is reported In 10,000 pregnancies. The Tabasco state doesn't have incidence statistics. In the hospital Dr Gustavo A Rovirosa Perez this is the first case reported in a term pregnancy.

CLINICAL CASE: A 27-year-old patient diagnosed of postpartum choriocarcinoma, the suggestive clinical data were abundant and persistent transvaginal bleeding in the puerperium associated with high concentrations of B-Hormone Human Chorionic Gonadotropin (B-HGC) and ultrasonographic image. The diagnosis was confirmed by cavity biopsy. An EMA-CO chemotherapy protocol was initiated, which could not be terminated by patient death.

CONCLUSION: Choricarcinoma is a tumor of low incidence but with a mortality rate of 10 to 15%, so its detection in the early stages is of utmost importance. If there are elements of clinical suspicion, the necessary studies must be performed to reach the diagnosis in the shortest possible time, because if it is detected in a opportunitly time, the patient can reach a survival rate of 85%.

KEYWORDS: Choriocarcinoma; Postpartum.

[1] Residente de Ginecología y Obstetricia.
[2] Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA, Tabasco, México.

Recibido: febrero 2018
Aceptado: mayo 2018

Correspondencia
Lizbeth Chan de la Cruz
lizbethchan@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Chan-De la Cruz L, Soberano-Almeida JG. Coriocarcinoma gestacional posterior a embarazo de término. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018 julio;86(7):485-489.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2045

ANTECEDENTES

El coriocarcinoma es un tumor maligno epitelial que deriva de las vellosidades del trofoblasto, es productor de gonadotropina coriónica (hCG), que sirve para el diagnóstico y vigilar la reacción al tratamiento. De acuerdo con su origen se clasifica en coriocarcinoma gestacional, que representa 95% de todos los casos y coriocarcinoma no gestacional, que ocupa 5%.[1] El coriocarcinoma gestacional deriva: 50% de embarazo molar, 25% de embarazo de término, 22% de aborto y 3% embarazo ectópico.[2] El coriocarcinoma no gestacional deriva de las células germinales del ovario.[1,3]

La incidencia del coriocarcinoma gestacional es variable, dependiendo del área geográfica que se analice. En Europa y Estados Unidos se reporta 1 caso en 30,000 a 40,000 embarazos, en Asia 1 caso en 500 a 3,000, en México 1 caso en 10,000 embarazos. En Tabasco no se tiene casuística y en nuestro hospital es el primer caso derivado de un embarazo de término en 38 años de funcionamiento.[4]

El coriocarcinoma es una neoplasia muy vascularizada con gran invasión vascular por lo que rápidamente produce metástasis al pulmón.[4]

La principal manifestación clínica es el sangrado transvaginal en 54.5%, síntomas respiratorios en 27.2%, síntomas gastrointestinales en 22.7% y elevación de hCG sérica en todos los casos; se considera un marcador bioquímico. El diagnóstico se establece con los datos clínicos en 31.8%, se sospecha en 31% y no se considera en 36% de las veces.

Debido a que se trata de un tumor muy vascularizado, con fácil necrosis, en la revisión uterina solo se encuentra el tumor dentro de cavidad en 59.9% porque la necrosis permite su eliminación, el diagnóstico se establece por la metástasis y las concentraciones elevadas de hCG.[4]

Se comunica el primer caso de coriocarcinoma posparto diagnosticado en nuestro servicio a los 27 días de puerperio, con evolución desfavorable al tratamiento médico.

CASO CLINICO

Paciente de 27 años, enviada de su unidad médica en abril de 2017, escolaridad secundaria completa, dedicada a labores del hogar, con antecedentes heredofamiliares y personales patológicos sin interés. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 10 años, menstruaciones irregulares de 30-60 x4 días. Inició la vida sexual activa a los 15 años. Se embarazó a los 17 años, con gestión de término. El recién nacido pesó de 3000-3500 g. Lo alimentó con leche humana durante 1-2 años. En el puerperio inmediato se le aplicó Noristerat y al sexto día restableció la actividad sexual. Dos años después el Papanicolaou se reportó negativo.

Al siguiente mes, durante el coito, tuvo sangrado transvaginal abundante y persistente acompañado de mareos, astenia y adinamia. La biometría hemática se reportó en 5.9 g/dL; leucocitos: 11,500/mL, plaquetas 504,000/mL. Llegó a nuestra unidad médica con 105 kg, talla de 154 cm, tensión arterial de 90-60 mmHg, frecuencia respiratoria de: 26 latidos por minuto, frecuencia cardiaca de: 110 latidos por minuto y temperatura: 36 °C. Estaba consciente, orientada, con palidez de piel y mucosas ++/+++, mamas con lactopoyesis, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, aumentados en frecuencia, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, taquipnea leve, abdomen blando depresible. El útero se palpó de 10 cm sobre el borde del pubis, los genitales externos con sangrado procedente de los genitales internos. En la especuloscopia de cérvix se apreciaron: orificio externo abierto

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2045

2 cm, con sangrado procedente de la cavidad uterina, con coágulos no fétidos. Al tacto, el cuello uterino permitió el paso de un dedo. El útero midió, aproximadamente, 18 cm de eje longitudinal. Los anexos no se palparon. El ultrasonido ginecológico reportó ocupación de la cavidad uterina, redondeada, heterogénea, de 65 x 50 mm que al Doppler color se apreció muy vascularizada. Los ovarios se encontraron normales. La prueba inmunológica de embarazo resultó positiva. Hb: 5.1 g/dL, leucocitos 13,000/mL, plaquetas 375, 000/mL; glucosa 111 mg/dL. Debido a que persistió con sangrado abundante se le extrajeron, con pinzas de Foester, abundantes coágulos de la cavidad uterina y tejido organizado. Se le colocó una sonda Foley 16 Fr y el globo se infló con 60 cc de agua estéril y se logró detener el sangrado. Para evitar la salida de la sonda se hizo una sutura circular en el exocérvix, con crómico del 0. Se le indicaron 5 concentrados eritrocitarios en forma escalonada.

El tejido organizado se envió a estudio histopatológico, con sospecha de tumor trofoblástico gestacional y a descartar coriocarcinoma.

Días después la cuantificación de hCG fue de 37,692 mUI/mL; la sonda Foley se retiró y el sangrado fue muy escaso.

Al siguiente día, el reporte de la biopsia fue de coriocarcinoma. La telerradiografía de tórax reportó dos lesiones nodulares parahiliares en el pulmón derecho. **Figura 1**

La tomografía toracoabdominopélvica simple y contrastada reportó: múltiples nódulos pulmonares de distribución dispersa, hígado y ovarios normales. La tomografía de cráneo simple y contrastada no informó anormalidades. **Figura 2**

La paciente se trasladó al Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús para tratamiento oncológico (nuestra unidad carece de este servicio). Días después se inició el primer ciclo de quimioterapia con cuantificación de hCG de 81,986 mUI/mL, alfafetoproteína 1.4 ng/mL. El esquema de quimioterapia fue con: etopósido, metotrexato, vincristina, ciclofosfamida, ácido folínico, ondasertrón, dexametasona y ranitidina.

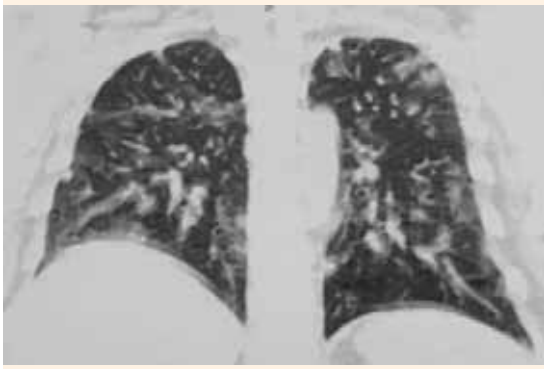


Figura 1. Telerradiografía de tórax: dos lesiones nodulares parahiliares de pulmón derecho.

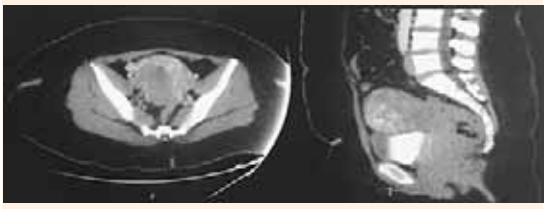


Figura 2. Tomografía toracoabdominopélvica con múltiples nódulos pulmonares de distribución dispersa y de cráneo simple normal.

En los siguientes 18 días se dio de alta del hospital pero reingresó a urgencias de oncología por un cuadro súbito de insuficiencia respiratoria acompañado de elevación térmica; 2 horas después de su ingreso sufrió un paro cardiorrespiratorio, sin respuesta a las medidas de reanimación.

DISCUSIÓN

El coriocarcinoma es un tumor maligno, compuesto por epitelio trofoblástico, con una incidencia muy baja pero con potencial de muerte si se deja a su evolución natural. Es el más agresivo de las formas de enfermedad trofoblástica gestacional,[5] como sucedió en el caso aquí reportado.

Desde el punto de vista histológico es un tumor de epitelio trofoblástico con predominio del citotrofoblasto o del sincitiotrofoblasto y su marcador bioquímico es la hCG, cuya concentración depende del predominio tisular; la concentración más elevada es cuando predomina el sincitio trofoblasto, que puede alcanzar títulos mayores de 1,000,000 mL/UI.

Tiene gran afinidad por la invasión vascular y metástasis temprana al pulmón hasta en 80% de los casos,[6] lo que coincide con nuestro caso, que tuvo metástasis pulmonar desde el momento en que se estableció el diagnóstico, lo que refiere la gran invasión vascular de estos tumores.

Cuando el diagnóstico es secundario a una mola hidatidiforme es fácil porque, en el seguimiento e incremento de la hCG debe tenerse en mente al coriocarcinoma o descartarlo. Si se trata de un coriocarcinoma posterior a un embarazo de término el diagnóstico es complejo porque en estos casos su manifestación principal es la hemorragia uterina o, bien, por manifestación de metástasis, como el pulmón. En los primeros 20 días de puerperio el diagnóstico es complejo debido a los loquios que enmascaran el cuadro; solo cuando son abundantes se considera que puede haber una complicación; primero se descarta una neoplasia trofoblástica gestacional, por su agresividad. Según la OMS el antecedente de un embarazo de término es de pronóstico adverso.[7]

En nuestro caso la principal manifestación fue la hemorragia transvaginal abundante, secundaria a un evento sexual a los 27 días de puerperio en una paciente que se aplicó un anticonceptivo inyectable a los 15 días de puerperio. A pesar de que 2% de las mujeres puede ovular en los primeros 21 a 28 días y la hCG depende de la terminación del embarazo y desapareció a los 26 días, no se debía encontrar hCG en este periodo del puerperio.[3]

Nuestro caso coincide con lo reportado en la bibliografía referente al inicio de las manifestaciones, que es de 0-12 semanas[4] y en cuanto a la edad de la paciente que era de 27 años, lo que es congruente con la edad promedio reportada de 29 años y predominio en multíparas.[4]

En nuestra unidad, el tratamiento protocolario en toda paciente con sangrado transvaginal abundante se inicia con la cuantificación de la fracción beta de hCG para descartar la existencia o no de embarazo, biometría hemática para valorar el grado de anemia y un ultrasonido pélvico. Este procedimiento permitió identificar, en función de las concentraciones de hCG de 37,000 UI, una cifra poco probable para restos placentarios posparto, ni un nuevo embarazo.

La hemoglobina de 4 g/dL refiere que el sangrado fue abundante y el ultrasonido permitió identificar una masa intrauterina con gran vascularidad a la aplicación del Doppler.

Ante esta paciente con síndrome anémico y dificultad para cohibir el sangrado mediante un procedimiento quirúrgico, la medida urgente de apoyo vital consiste en la colocación de una sonda Foley intrauterina y llenar el globo con líquido hasta 60-70 cc, lo que permitió colapsar los vasos y controlar el sangrado.

Después de controlar el sangrado debe continuarse el tratamiento protocolario para restaurar

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2045

las condiciones clínicas de la paciente e integrar un diagnóstico etiológico del sangrado que, en nuestro caso, correspondió a un coriocarcinoma gestacional posterior a un embarazo de término que se sospechó por la hipervascularidad del tumor intrauterino y las concentraciones de hCG para la fecha de posparto, esto se confirmó en la histología.

En este caso se trató de un coriocarcinoma por lo que luego de diagnosticarlo y cohibir el sangrado y empezar la reposición sanguínea hay que determinar la extensión del tumor con una radiografía de tórax, tomografía computada y resonancia magnética que, en este caso, permitió estadificar el tumor en estadio III, por su invasión al pulmón, con múltiples focos de metástasis.

Con la paciente sin sangrado transvaginal y con anemia corregida se evalúa el pronóstico de acuerdo con la FIGO que, en nuestro caso, era de alto riesgo, donde el tratamiento debe establecerse de inmediato por el riesgo de muerte.

CONCLUSIONES

En toda paciente con sangrado transvaginal abundante o persistente en el puerperio lo primero que debe hacerse es cuantificar la hCG, la biometría hemática y el ultrasonido ginecológico. Si la magnitud del sangrado es considerable debe cohibirse colocando e inflando una sonda de Foley intrauterina, corregir las alteraciones detectadas y complementar el estudio protocolario. Luego de establecer el diagnóstico y haber determinado la extensión de la enfermedad con estudio de telerradiografía de tórax, tomografía toracoabdominopélvica y de cráneo, debe clarificarse el riesgo de coriocarcinoma e iniciar inmediatamente el tratamiento para rescatar la probabilidad de 85% de supervivencia de estas pacientes.

REFERENCIAS

1. Ginecología oncológica, González-Merlo, González Bosquet y cols segunda edición año 2000 Editorial Masso, s.a. Capitulo 13, pagina 307- 315. Enfermedad trofoblastica gestación al.
2. Moya Jiménez LC, et al. Hallazgo de coriocarcinoma tras un puerperio de un parto eutócico. Clin Invest Gin Obst. 2017;44:179-180.
3. Nelson Vázquez, La hormona gonadotropina coriónica humana una molécula ubicua y versátil: parte 1. Rev Obstet Ginecol Venez 2014; 74 (2):122-133.
4. Soria D Lazos, M, Venturas. Coriocarcinoma gestacional estudio clínico patológico de 22 casos del Hospital General de Mexico. Rev Med Hosp Gen Mex 2006;69(3): 138-43.
5. Ortíz-Sundheim A, Verduzco-Rodríguez L. Coriocarcinoma posparto estadio IV: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2016; 84 (6):383-389.
6. Kohorn El. Negotiating a staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic neoplasia. A progress report J Reprod Med 2002; 47: 445-50.
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.