Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 diciembre;87(12):852-856.

Coriocarcinoma no gestacional: reporte de un caso

No gestational choriocarcinoma: case report.

Jennifer Sandra Benítez-Martínez,[1] Karina Jaqueline Arias-Chávez,[2] Ricardo Sánchez-Zamora,[1] Lorena Sánchez-Basurto[3]

Resumen

ANTECEDENTES: El coriocarcinoma es una neoplasia maligna del epitelio trofoblástico, agresiva pero susceptible de curación, incluso cuando hay metástasis. Puede ser de origen gestacional o no, el primero aparece después de un embarazo molar o aborto.

CASO CLÍNICO: Paciente de 14 años, acudió a Urgencias debido a un cuadro de abdomen agudo, con prueba en orina positiva de embarazo; además, una tumoración en la región anexial derecha. En la laparotomía se encontró una tumoración dependiente del anexo derecho, con la cápsula rota, adherida al colon. Un día después de la intervención quirúrgica (por no contar con recursos en la unidad) se tomó la fracción beta de gonadotropina coriónica. El diagnóstico definitivo se estableció con base en el reporte del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

CONCLUSIÓN: El coriocarcinoma es una neoplasia maligna del epitelio trofoblástico, muy agresiva pero susceptible de curación, incluso cuando se detectan metástasis. La incidencia en México de coriocarcinoma gestacional es de 0.133 por cada 100,000 mujeres, mientras que la incidencia del cariocarcinoma no gestacional se desconoce. Se reporta como un tumor muy raro; por ello el diagnóstico preciso y oportuno es difícil en este tipo de tumores; la presentación más habitual es el abdomen agudo.

PALABRAS CLAVE: Coriocarcinoma, no gestacional; aborto; embarazo molar; abdomen agudo; prueba de embarazo; mola hidatiforme.

Abstract

BACKGROUND: Choriocarcinoma is a malignant neoplasm of the trophoblastic epithelium, very aggressive but highly curable, even when there is metastasis. It can be of gestational and non-gestational origin, the first one can develop after a pregnancy, abortion or molar pregnancy; in Mexico it is calculated with an incidence of 0.133 per 100,000 women. While the incidence of non-gestational choriocarcinoma is unknown as it is reported as a very rare tumor. The objective is present the first case reported in our hospital, there are few cases reported in Mexico, it is important to know them in order to identify, diagnose and refer them on time.

CLINICAL CASE: A 14-year-old patient who presented to the emergency department with a picture of acute abdomen with pregnancy test in positive urine and tumor in the right adnexal region, laparotomy was performed, finding a tumor dependent on the right annex with a broken capsule attached to the colon, one day after the surgical event (due to lack of resources in the unit) beta fraction of chorionic gonadotropin, the definitive diagnosis was made by the histopathological study of the surgical piece.

CONCLUSION: Choriocarcinoma is a malignant neoplasm of the trophoblastic epithelium, very aggressive but highly curable, even when metastases are detected. In Mexico, the incidence of gestational choriocarcinoma is 0.133 per 100,000 women, while the incidence of non-gestational cariocarcinoma is unknown, it is reported as a very rare tumor, which is why accurate and early diagnosis is difficult in this type of tumors. , since the most common presentation is an acute abdomen.

KEYWORDS: Choriocarcinoma, Non-gestational; Pregnancy abortion; Molar pregnancy; Abdomen, acute; Pregnancy test; Hydatidiform mole.

[1] Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.
[2] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[3] Jefa del servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Regional de Tlalnepantla, ISSEMYM, Estado de México.

Recibido: julio 2019

Aceptado: septiembre 2019

Correspondencia
Jennifer Sandra Benitez Martinez
jesabema_blue@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Benítez-Martínez JS, Arias-Chávez KJ, Sánchez-Zamora R, Sánchez-Basurto L. Coriocarcinoma no gestacional: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2019 diciembre;87(12):852-856.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i12.3354

ANTECEDENTES

De 20 a 25% de las neoplasias ováricas, benignas y malignas, son de origen germinal, solo 3% son malignas.[1,2] Cerca de 70% de los tumores que aparecen en las dos primeras décadas de la vida son de origen germinal, y un tercio de estos son malignos. También suelen verse en la tercera década y después son realmente excepcionales.[2]

Los tumores ováricos son raros en mujeres en edad pediátrica: representan de 1 a 5% de los tumores que aparecen en los infantes. Son más frecuentes entre los 9 y 12 años.[3] Se dividen en tres grupos: tumores del epitelio de superficie, tumores de células germinales y tumores del estroma y de los cordones sexuales. El tipo histológico más frecuente es el derivado de las células germinales.[4]

El coriocarcinoma es una neoplasia maligna del epitelio trofoblástico, muy agresiva pero susceptible de curación, incluso cuando existen metástasis.[4]

Es de origen gestacional y no gestacional. La primera puede aparecer después de un embarazo, aborto o mola hidatiforme. Surge, sobre todo, en la cavidad uterina y su localización extrauterina es muy rara; la gran mayoría de estas últimas se localizan en el cuello uterino.[5,6] La incidencia calculada para México es de 0.133 por cada 100,000 mujeres.[7] La incidencia de coriocarcinoma no gestacional se desconoce y se informa como un tumor muy raro. Lo común es que el cuadro clínico se manifieste con dolor abdominal y masa abdomino-pélvica palpable de rápido inicio.

Aproximadamente 10% de las pacientes afectadas reportan dolor abdominal agudo por distensión capsular, necrosis, hemorragia, ruptura o torsión. [1,2]

Las manifestaciones clínicas se hacen evidentes en unas cuantas semanas por la rapidez con la que crecen estas lesiones, lo que puede hacer sospechar un embarazo. La falta de atención oportuna y de diagnóstico y tratamiento adecuados pone en riesgo la vida de estas pacientes, por lo que es fundamental tomar en cuenta que todo crecimiento abdominal en niñas prepúberes o mujeres adolescentes corresponderá a un tumor germinal hasta no demostrar lo contrario.[8]

El diagnóstico correcto se establece si se conjugan los siguientes elementos: historia clínica adecuada que permita sospechar neoplasias malignas en mujeres de alrededor de 20 años, estudio de marcadores tumorales específicos y de imagen, contar con la colaboración de un médico patólogo con experiencia en el diagnóstico de esta infrecuente neoplasia.[8]

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años, llevada a Urgencias debido a un dolor abdominal de 4 días de evolución, localizado en el hipogastrio y la fosa iliaca derecha, que se exacerba durante la deambulación; disuria y tenesmo vesical de un día de evolución, con fecha de la última menstruación en noviembre de 2018, sin haber iniciado la vida sexual activa.

En la exploración física del abdomen se advirtió un tumor móvil, no adherido a planos profundos, cerca de la cicatriz umbilical, de aproximadamente 15 x 10 cm, hiperalgesia e hiperbaralgesia, doloroso a la palpación generalizada, rebote positivo, peristalsis normal, genitales congruentes con la edad y el género; el tacto vaginal se difirió.

Los estudios de laboratorio y gabinete reportaron: 6.7 leucocitos, 78.4% neutrófilos, hemoglobina 8.40 g/dL, hematocrito 22.9 %, plaquetas 215 K/mL, TP 13.3 seg, TPT: 26.6 seg, INR: 1.06,

glucosa: 91.4 mg/dL, BUN: 8.0 mg/dL, urea: 17.12 mg/dL, creatinina: 0.5 mg/dL, BT: 1.5 mg/dL, BD: 0.22 mg/dL, BI: 1.22 mg/dL, TGO: 14 UI/L, TGP: 9.0 UI/L, albúmina 4.0 g/dL, globulina 2.78 g/dL, Na: 136 mEq/L, K: 4 mEq/L, calcio 9.4 mg/dL, Mg: 1.9 mg/dL, EGO: PH: 6, leucocitos: incontables, bacterias: +++, mucina +++, proteínas, 20, prueba inmunológica de embarazo positiva. En ese momento no se cuantificaron las concentraciones de gonadotropina coriónica (por no contar con recursos en la unidad).

El ultrasonido pélvico reportó: en la región anexial derecha una masa lobulada, heterogénea, con áreas de mayor y menor ecogenicidad, algunas de ellas anecoicas, con dimensiones aproximadas de 150 x 86 x 66 mm. Con el Doppler se apreció vascularidad de predominio periférico. En el interior de la masa se delimitaban dos áreas anecoicas que pudieran corresponder a pseudosacos irregulares.

Durante la laparotomía exploradora, con salpingooforectomía derecha, se encontraron: líquido sero-hemático en la cavidad abdominal, de aproximadamente 20 cc, tumor de 15 x 10 x 7 cm, dependiente del ovario derecho, con cápsula rota, adherido a la salpinge ipsilateral y colon sigmoides. (**Figura 1)** El útero y el anexo izquierdo eran de características normales.

Un día después de la intervención quirúrgica (por no contar con recursos en la unidad) se tomó la fracción beta de gonadotropina coriónica: 140,610.0 mUI/mL, marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario 0.41 ng/mL, Ca 19.9: 6 U/mL, Ca 125 sin reactivo, control de hormona gonadotropina humana a las 48 horas de: 37,924.0. Durante la permanencia hospitalaria la paciente evolucionó satisfactoriamente, por eso fue dada de alta..

El reporte histopatológico fue de: tumor de células germinales mixtas, maligno, constituido por: coriocarcinoma (95%), teratoma quístico maduro, quiste epidermoide (5%), cápsula rota, de 11.5 x 7.5 x 6 cm, parénquima ovárico residual con quistes foliculares, salpinge y fimbria con edema y congestión pasiva. La citología del líquido peritoneal: negativa a células neoplásicas y alteraciones inflamatorias leves.

La TAC toracoabdominal encontró metástasis al pulmón y crecimientos ganglionares incluso de hasta 25 mm (**Figura 2),** motivo por el que se decidió enviarla al servicio de oncología pediátrica del Hospital Materno Infantil Toluca para tratamiento y donde continúa con seguimiento oncológico porque en nuestra unidad no se cuenta con ese servicio.

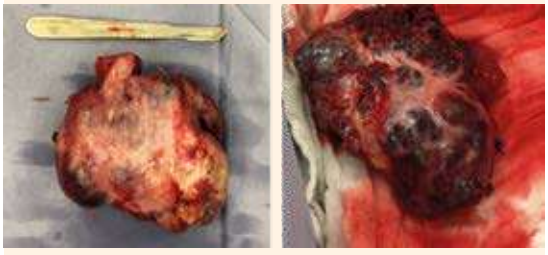


Figura 1. Pieza extirpada. Tumor dependiente del anexo derecho.

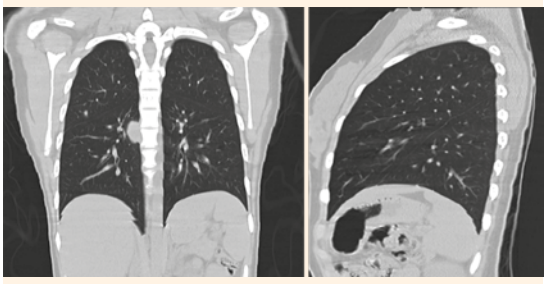


Figura 2. Tomografía toracoabdominal con múltiples nódulos pulmonares y crecimientos ganglionares.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i12.3354

DISCUSIÓN

En el ensayo de Gonzalo Alonso y su grupo se confirma la rareza de los tumores ováricos en pacientes pediátricos y el predominio de las formas histológicas benignas. Ellos señalan que para un enfoque terapéutico adecuado es imprescindible el estudio anatomopatológico minucioso. La cuantificación sérica de la fracción beta-HCG (glicoproteína compuesta de las fracciones alfa y beta) es decisiva porque no solo es la base del diagnóstico sino también del pronóstico.[8]

En virtud de la rareza de los coriocarcinomas no gestacionales a todas las niñas núbiles, con alguna tumoración abdominal y abdomen agudo debe cuantificárseles la fracción beta de la hormona de gonadotropina coriónica. En el caso aquí comunicado, desafortunadamente, no se contaba con el recurso en la unidad y el reporte de ultrasonido fue el que orientó hacia otro diagnóstico.

Quero-Hernández A y colaboradores mencionan que las complicaciones de los tumores benignos de ovario, por torsión del pedículo y rotura del quiste, dan lugar a un cuadro de abdomen agudo, que amerita tratamiento quirúrgico de urgencia en 40 a 50% de los casos. En las adolescentes de esta investigación se encontraron cuatro casos: en 3 de ellos se observó la torsión de la lesión quística y en 1, un evento hemorrágico agudo por rotura de la neoplasia maligna.[9, 10]

En nuestro caso, en coincidencia con lo reportado, la paciente tuvo abdomen agudo, secundario a la ruptura de la cápsula del tumor, que ameritó laparotomía de urgencia y el diagnóstico de coriocarcinoma se estableció después de la intervención quirúrgica.

Los coriocarcinomas, por su gran capacidad de angioinvasión, que facilita su diseminación y propicia las metástasis pulmonares, cerebrales, hepáticas y a otros órganos, tienen metástasis temprana al pulmón incluso en 80% de los casos.[11, 12] En coincidencia con nuestro caso, en el que se diagnosticó metástasis pulmonar con base en los estudios de extensión, confirma la gran invasión vascular de este tumor.

Casi siempre es fatal, pues aunque se diagnostique oportunamente y reciba tratamiento con quimioterapia en forma adecuada, la mortalidad es de 10 a 15%.[12]

Vargas Hernández y sus coautores reportan que el pronóstico reproductivo es favorable y el tratamiento con cirugía conservadora no afecta la fertilidad. A veces, los tumores malignos de células germinales de ovario se asocian con el embarazo o se logran embarazos a término después del tratamiento sin complicaciones, con recién nacidos a término sanos.[13]

CONCLUSIONES

El coriocarcinoma es una neoplasia maligna del epitelio trofoblástico, rara en niños y, en general, en la población. Por esto, ante una paciente pediátrica con dolor abdominal, tumoración pélvica y fracción beta elevada debe pensarse en coriocarcinoma no gestacional. Existen pocos reportes de caso en nuestro país y no se había comunicado ningún caso en nuestro servicio; por esto consideramos importante reportar la forma de presentación para su oportuno diagnóstico, mejorar el pronóstico y supervivencia de la paciente.

REFERENCIAS

1. Berek SJ, et al. Cáncer de células germinales y otros cánceres ováricos no epiteliales. En: Oncología Ginecológica de Berek & Hacker. 5ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins, 2010; 509-35. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48390
2. Low HJJ, et al. Malignant ovarian germ cell tumours. Best Practand Res Clin Obstet Gynaecol. 2012; 26: 347-

55. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693412000272
3. Brown MF, et al. Ovarian masses in children: A review of 91 cases of malignant and benign masses. J Pediatr Surgery 1993; 28: 930-33. https://doi.org/10.1016/0022-3468(93)90700-u
4. Malogolowkin MH, et al. Germ cell tumors in infancy and childhood: a 45-year experience. Pediatr Pathol 1990; 10: 231-34. https://doi.org/10.3109/15513819009067110
5. Berkowitz RS, et al. Gestational trophoblastic diseases. En: Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 4th ed. Lippencott William and Wilkins, 2005.
6. Behtash N, et al. Primary cervical choriocarcinoma: case report and review of the literature. J Cancer Therapy. 2013; 4:1335-40. https://doi.org/10.4236/jct.2013.48158
7. Alomar A, et al. Coriocarcinoma: un reto para el clínico y el patólogo. Prog Obtet Ginecol 2005; 48: 91-96. https://doi.org/10.1016/s0304-5013(05)72362-1
8. Torres A. Tumores malignos de células germinales del ovario. Estado actual de su diagnóstico y tratamiento. Ginecol Obstet Mex 2014; 82:177-87.
9. Alonso GE, et al. Tumores ováricos en la infancia: a propósito de una revisión casuística. Anales Españoles de Pediatria 1998; 49 (5). https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/49-5-11.pdf
10. Quero-Hernández A, et al. Tumores del ovario en niñas y adolescentes en un hospital general. Rev Mex Pediatr 2005; 72 (4): 174-78. https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2005/sp054d.pdf
11. Kohorn EI. Negotiating a staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic neoplasia. A progress report. J Reprod Med 2002; 47: 445-50. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12092012
12. Guerrero-Hernández. Coriocarcinoma gestacional. Caso clínico de medicina crítica en ginecología y obstetricia. GAMO 2012; 11 (1): 55-59. https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2012/vol11/no1/7.pdf
13. Vargas Hernández VM, et al. Tumores de células germinales. En: Vargas-Hernández VM (ed.). Cáncer en la mujer. México: Alfil, 2011; 1107-18. https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju144c.pdf

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015

https://doi.org/10.24245/gom.v87i12.3354