

Coriocarcinoma gestacional. Caso clínico de medicina crítica en ginecología y obstetricia

Gestational Choriocarcinoma. Case Report Critical of Medicine in Gynecology and Obstetrics

Antonio Guerrero-Hernández,¹ Yanet Jennings-Aguilar,² Daniel Fernando López-Zúñiga,³ Francisco Javier Ochoa-Carrillo,⁴ Jesús Carlos Briones-Garduño.⁵

▷ RESUMEN

Introducción: El coriocarcinoma es un tumor maligno metastásico. La patogenia está relacionada con la invasión de células del trofoblasto a la decidua, la fracción beta de la Gonadotropina Coriónica Humana (HGC) es un marcador bioquímico sensible. El objetivo es exponer un caso mortal de coriocarcinoma presentado en el Hospital General de México OD.

Caso clínico: Femenina de 22 años de edad, primigesta. Con cuadro clínico caracterizado por amenorrea de siete semanas, náusea, vómito, hemorragia transvaginal, disnea, embarazo molar y legrado uterino. Valorada en urgencias, con integridad neurológica, hipotensión, taquipnea, taquicardia, y desaturación, cérvix formado, acidosis, hipoxemia, azoemia, hiperuricemia, anemia, plaquetopenia y elevación de fracción beta de HGC,

▷ ABSTRACT

Introduction: Choriocarcinoma is a malignant tumor metastatic, the pathogenesis is related to the invasion of the trophoblast cells to the decidua, the beta of the human chorionic gonadotrophin (HGC) fraction is a biochemical marker sensitive. The objective is to present a mortal case of choriocarcinoma of Hospital General de México OD.

Clinical Case: A twenty-two-year-old female, first pregnancy, seven weeks of amenorrhea, nausea, vomit, transvaginal bleeding, disnea, molar pregnancy and uterine curettage. Examined in the emergency room, with neurological integrity, hypotension, tachypnea, tachycardia, and desaturation, cervix without changes, acidosis, azoemia, hiperuricemia, anemia, low platelets, and elevated HGC, pulmonary infiltration in four quadrants, tracheotomy, mechanic respiratory support, hemodynamic

1 Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de México OD. México D.F., México.

2 Médico residente de ginecología y obstetricia. Hospital General de México OD. México D.F., México.

3 Médico residente de anatomía patológica. Hospital General de México OD. México D.F., México.

4 Cirujano Oncólogo, Academia Mexicana de Cirugía. Hospital General de México OD. México D.F., México.

5 Unidad de Cuidados Intensivos Ginecología y Obstetricia. Hospital General de México OD. México D.F., México.

Correspondencia: Dr. Jesús Carlos Briones Garduño. Dr. Balmis N° 148. Col. Doctores. C.P. 06726. México D.F., México. Teléfono: 55 2789 2000, Ext: 1663/1612. Correo electrónico: drcarlosbriones@hotmail.com

infiltrados pulmonares en cuatro cuadrantes, traqueotomía, apoyo ventilatorio mecánico, inestabilidad hemodinámica, apoyo con aminas, cristaloides, coloides, hemoderivados, paro cardiorrespiratorio irreversible. Estudio anatomopatológico, coriocarcinoma con metástasis a pulmón y ovario derecho.

Discusión: El coriocarcinoma por su angioinvasión, propicia metástasis pulmonares y a otros órganos, la mortalidad se incrementa con diagnóstico y tratamiento tardío o incompleto, con una sobrevida corta. Las mujeres deben tener presente, que el embarazo conlleva un riesgo de abortar, tener un trastorno en la inserción placentaria, desarrollar preeclampsia o restricción del crecimiento intrauterino, o un neoplasia maligna con alto riesgo de muerte.

Palabras clave: Coriocarcinoma, embarazo, insuficiencia respiratoria, México.

inestability, support with amines, crystalloids, colloids, blood derivatives, irreversible heart arrest. The pathology result was choriocarcinoma with metastasis in lungs and right ovary.

Discussion: *Because of its angioinvasion, choriocarcinoma, predisposes pulmonary metastasis and to other organs, mortality increases with a late or incomplete diagnosis, with a short survival. Women must have in mind that when pregnant, they are at risk of abortion, abnormalities of placental insertion, the development of preeclampsia or small for gestational age fetus, or even a malign neoplasia with a high risk of death.*

Keywords: *Choriocarcinoma, pregnancy, respiratory difficulty, Mexico.*

► INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma es un tumor maligno que se caracteriza por hiperplasia trofoblástica con anaplasia, ausencia de vellosidades, hemorragia y necrosis. Se considera como una neoplasia curable, pero si no recibe tratamiento oportuno es mortal. Gracias a la quimioterapia y con base en un diagnóstico temprano, puede abatirse la mortalidad que en México se calcula con una incidencia de 0.133 por 100 000 mujeres. Esta neoplasia forma parte del espectro de la enfermedad trofoblástica gestacional, que comparte con la mola hidatiforme, la mola invasora y el tumor trofoblástico del sitio placentario. Sin lugar a dudas, la neoplasia trofoblástica gestacional se considera como el tumor ginecológico más curable debido a dos características fundamentales: es altamente sensible a la quimioterapia y ser productor de la fracción beta de la Gonadotropina Coriónica Humana (beta-HGC), que es un marcador tumoral, base del diagnóstico. La patogenia del coriocarcinoma está relacionada a alteraciones en el mecanismo, que regula la invasión de células del trofoblasto a la decidua. Siempre está precedida de un embarazo, de término, ectópico, aborto o molar. Entre los factores de riesgo están los antecedentes de abortos, embarazo múltiple, nuliparidad, o edad mayor de 35 años. Clínicamente, las manifestaciones más importantes son el sangrado transvaginal asociado a un crecimiento

uterino mayor a la amenorrea, y la aparición de manifestaciones de insuficiencia respiratoria, ya que en la historia natural del coriocarcinoma la aparición temprana de metástasis son a pulmón, vagina, vulva, hígado, cerebro y riñón. La alta producción de gonadotropina coriónica puede ser la causa de manifestaciones en otros órganos, como quistes tecaluteínicos en ovarios, hiperplasia endometrial y fenómeno de Arias Stella, en el endometrio e hiperplasia de lobulillos mamarios. Para la clasificación y estadificación existen varios sistemas, el recomendado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGURAO) y el Comité de Cáncer modificado en 1992, es el que está basado en criterios anatómicos de extensión. Sin embargo, resulta poco práctico, por lo cual está en desuso. Realmente el que se utiliza es la clasificación clínica por grupos pronósticos, el cual comprende dos grupos: 1) Tumor trofoblástico gestacional no metastásico y 2) Tumor trofoblástico gestacional metastásico, que incluye a su vez dos subtipos: el de bajo riesgo, que se caracteriza por una concentración de beta-HCG menor a 100 000 U en orina y menor a 40 000 U en suero, así como la ausencia de metástasis, y la de alto riesgo, con una concentración hormonal mayor a la antes mencionada y con presencia de metástasis. Teniendo como base del tratamiento médico, el metotrexato más ácido fólico y la actinomicina D, etopósido o vincristina. Desde

Tabla 1.

Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete a su ingreso hospitalario.

Biometría hemática	Gasometría arterial	Radiografía de tórax	Ultrasonografía
09-09-10 Leucocitos: 6.90x10e3/uL, Hemoglobina: 7.9 g/dL, Hematocrito: 23.40%, Plaquetas: 195 x10e3/uL	pH 7.48, pCO2 24.20 mmHg,	Se muestra tele de tórax con infiltración micro nodular diseminada en los cuatro cuadrantes	Imagen en copos de nieve sin ecos embrionarios.
10-09-10 Leucocitos: 7.60x10e3/uL, Hemoglobina: 3.9 g/dL, Hematocrito: 11%, Plaquetas: 126 x10e3/uL	PO2 56.20 mmHg, HCO3. 18.6 mmol/L.		

el punto de vista quirúrgico, la histerectomía se realiza cuando hay resistencia a la quimioterapia y alguna cirugía complementaria, como la resección intestinal en caso de metástasis a éste nivel.¹⁻⁴

El objetivo de la presente comunicación es presentar un caso mortal de coriocarcinoma, en una mujer joven primigesta, con una historia de evolución muy rápida y con gran repercusión a pulmón, manifestado clínicamente con insuficiencia respiratoria, lo que condicionó su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de Ginecología y Obstetricia.

► PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 22 años de edad, primigesta, con antecedente de amenorrea de siete semanas, náusea, vómito, hemorragia transvaginal durante cinco días y dificultad respiratoria (disnea). Por lo que acudió a clínica privada, donde se realizó ultrasonido obstétrico el cual mostró embarazo molar sin evidencia de saco vitelino, ni estructuras embrionarias. Se realizó legrado uterino instrumentado sin complicaciones aparentes. Una semana después persistió con disnea, se agregó tos productiva con esputo hemoptoico, por lo que se solicitó radiografía de tórax, que mostró infiltrado bilateral y radio opacidad parahiliar derecha, por lo cual se decidió trasladar al Servicio de Urgencias del Hospital General de México. Se recibe en el Servicio de Ginecología, el día 10 de octubre de 2011, con integridad neurológica, palidez de tegumentos y aumento del trabajo respiratorio evidente por taquipnea, aleteo nasal y uso de músculos accesorios de la respiración, sin estertores. Tacto vaginal con orificio cervical cerrado formado, doloroso a la movilización y palpación de fondos de saco, con moderados loquios serohemáticos no fétidos, no se delimita fondo uterino. Laboratorio: gasometría arterial con hipoxemia, elevación de azoados, hiperuricemia y anemia con hemoglobina de 7.9 a 3.9 g y plaquetopenia de 195 000 a 126 000/mm³, beta-HCG en suero de 73 676 mUI/mL (Tabla 1). La teleradiografía de tórax mostró imágenes

suggerentes de metástasis pulmonares (Figura 1). Durante su estancia en el servicio de urgencias, cursó con datos de insuficiencia respiratoria y sangrado de vías respiratorias, dificultando la intubación orotraqueal, por lo cual se realizó traqueotomía. Requirió apoyo ventilatorio mecánico, cursó además con inestabilidad hemodinámica, requirió el manejo con aminas vasopresores complementarias, cristaloides y coloides, continuó con sangrado por orificio de traqueotomía, agregándose epistaxis y hemoptisis, requirió cauterización de plexo nasal anterior, así como hemotransfusión de paquetes globulares y plasma fresco congelado. La paciente continuó con sangrado por vía aérea e hipoxemia, uso de ventilación mecánica, por lo cual fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos de Ginecología y Obstetricia, donde permaneció 19 horas con requerimientos crecientes en la fracción Inspirada de Oxígeno y continuó con sangrado de vía aérea, se solicitó el manejo con quimioterapia de rescate, el cual dadas las condiciones de gravedad no se administró, presentando paro cardiorrespiratorio que no revirtió con maniobras habituales de reanimación y falleció 22 horas después de su ingreso en Urgencias. Se realizó estudio anatomopatológico:

- Primer diagnóstico anatomopatológico: Coriocarcinoma gestacional con metástasis en ovario derecho (Figura 2) y pulmones.
- Segundo diagnóstico anatomopatológico: Hemorragias pulmonares bilaterales (Figura 3).
- Tercer diagnóstico anatomopatológico: Trombosis en vasos miometriales (Figura 4).

► DISCUSIÓN

El coriocarcinoma es la patología del trofoblasto altamente agresiva, por su gran capacidad de angiоinvasión, lo que facilita su diseminación y propicia el desarrollo de metástasis pulmonares, cerebrales, hepáticas y a otros órganos. Generalmente es fatal, pues aunque se diagnostique oportunamente y reciba tratamiento con quimioterapia en forma adecuada, tiene una mortalidad de 10% a

Figura 1.

Radiografía de tórax muestra infiltrados micronodulares, en ambos campos pulmonares.

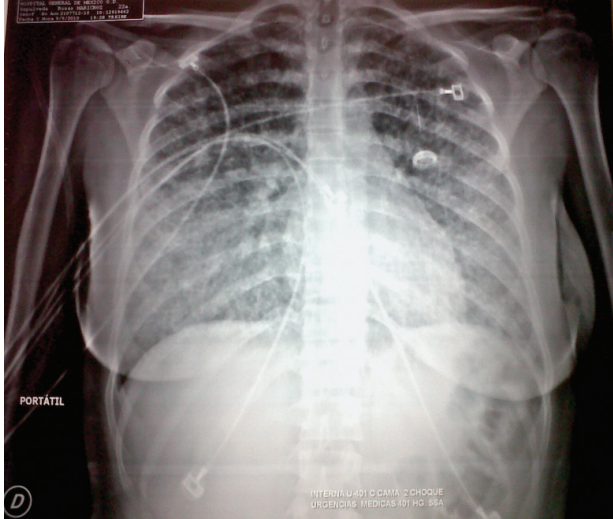


Figura 3.

Pieza anatómicoquirúrgica de tráquea y pulmones (infiltrados hemorrágicos).



Figura 2.

Pieza anatómicoquirúrgica de útero y ovario derecho.

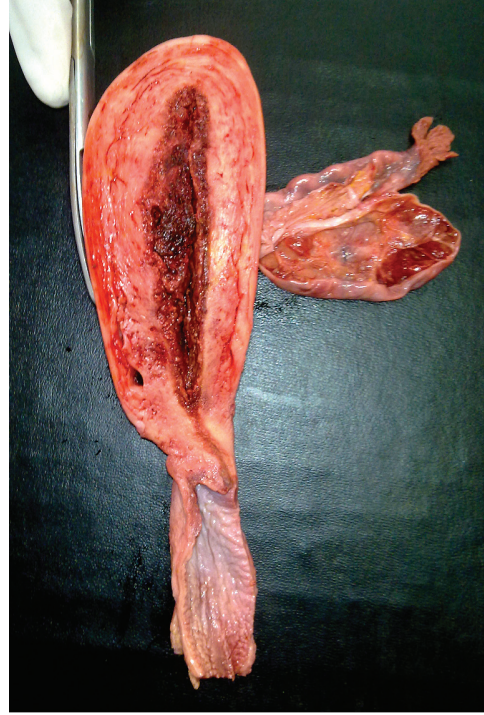


Figura 4.

Corte sagital de útero que demuestra trombosis intramural.



15%. En nuestro medio, la mortalidad es mayor en base a que el diagnóstico y su tratamiento, habitualmente no se realiza en forma temprana, o bien es incompleto. La sintomatología aparece tardíamente derivada de metástasis a diferentes órganos, por lo que el tratamiento extemporáneo confiere una sobrevida no mayor a cinco semanas.⁵

Es importante recalcar la significación que tiene la cuantificación sérica de la fracción beta-HCG (glicoproteína compuesta de dos fracción alfa y beta), ya que no sólo es la base del diagnóstico sino además, establece el pronóstico. Desde el punto de vista etiológico, encontramos en la literatura médica mundial la asociación con variable clínicas como la edad, el grupo sanguíneo del sistema ABO, historia de pérdidas gestacionales, el uso de anticonceptivos orales y factores ambientales o socioeconómicos, no bien establecidos.⁶⁻⁹

▷ CONCLUSIONES

El caso presentado es claro ejemplo, de que las mujeres en edad fértil, deben tener presente que el embarazo conlleva un riesgo de abortar, tener un trastorno en la inserción placentaria, desarrollar preeclampsia o restricción del crecimiento intrauterino. O bien, como esta desafortunada mujer, que evolucionó a una neoplasia maligna, la cual desarrolla metástasis tempranas, lo que la conduce rápidamente a la muerte.

REFERENCIAS

1. Alomar A, Moreno R, Usandizaga M. Coriocarcinoma: un reto para el clínico y el patólogo. *Prog Obstet Ginecol* 2005;48:91-96.
2. Soria CD, Lazos OM, Ventura MB. 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.
3. Suárez RAE, Santana TRM, Pantoja TCO, et al. Incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional detectada por el estudio histopatológico rutinario de los especímenes obtenidos de abortos. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(2):81-87.
4. Hijonosa GLM, Rubí SL. Enfermedad Trofoblástica Gestacional en: *Manual de Onocología*, Instituto Nacional de Cancerología. México. Editorial Ed. MacGrawHill. Interamericana. 2000;403-409
5. Cruz OH, Rodríguez MHA, Román BE, et al. Coriocarcinoma gestacional con metástasis múltiples. Caso clinicopatológico. *Rev Fac UNAM* 2000;43(4):153-156.
6. O'Reilly SM, Rustin GJS. Mismanagement of choriocarcinoma due to a false low HCG measurement. *Int J Gynecol Cancer* 1993;3:186-188.
7. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, et al. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncology* 2003;4:670-678.
8. Shapter AP, McLellan R. Gestacional Trophoblastic Disease. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001;28:805-817.
9. Smith HO, Qualls CR, Prairie BA, et al. Trends in Gestational Choriocarcinoma: A 27-Year Perspective. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2003;102(5):978-986.