

REPORTE DE CASOS**Coriocarcinoma gestacional**Jorge Ybaseta-Medina^{1,2,a}, Adrian Palomino-Herencia^{2,a}, Ana Cavero-Figari^{2,a}, Cesar Muñante-Guzman^{2,a}, Ivett Vásquez-Cucho^{2,b}Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú¹Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú²Médico especialista en ginecología y obstetricia^a, residente de ginecología y obstetricia^b

El coriocarcinoma gestacional es una neoplasia maligna originada en el trofoblasto, de gran agresividad cuando no se trata a tiempo. El objetivo del presente reporte es exponer un caso mortal de coriocarcinoma. Se presenta el caso de un paciente de 18 años de edad, primigesta, con factores de riesgo socioeconómicos, con antecedente de legrado uterino hace un año sin diagnóstico histopatológico y hemoptisis hace 2 meses. Al examen en el servicio de emergencia presenta: hipotensión, taquicardia, taquipnea, sensibilidad abdominal, signo del rebote, hemoglobina de 5,3 gr/dl, al examen ecográfico se encuentra liquido libre en cavidad abdominopelvica y hormona gonadotropina coriónica sub unidad beta (B-hcg) positivo. Con estabilización hemodinámica se realiza laparotomía, biopsia y cierre de útero perforado. Al tercer día post operada la paciente fallece teniendo elevado el B-hcg y con diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma. El estado crítico en que es hospitalizada la paciente y la falta de diagnóstico oportuno, fueron los determinantes que la condujeron a la muerte.

Palabras claves: Coriocarcinoma, embarazo, insuficiencia respiratoria, shock (fuente: DeCS BIREME).**Autor corresponsal:** Jorge Ybaseta Medina. Dirección: Calle Fermin Tanguis J-152. Ica, Perú. Teléfono: (51) 956747971. Correo electrónico: jorgeybaseta@yahoo.es**INTRODUCCIÓN**

El coriocarcinoma gestacional (CG) es una neoplasia maligna originada del trofoblasto gestacional, se puede presentar después de un embarazo molar, un aborto espontáneo o después de un embarazo normal y es altamente mortal cuando no se lo diagnostica a tiempo. El CG es muy raro, tiene una incidencia 1 por cada 10,000 mujeres (1,2).

Es importante recordar que la neoplasia trofoblástica gestacional es única entre las enfermedades malignas humanas, por segregar un marcador tumoral fiable: la gonadotropina coriónica humana, y por tener gran sensibilidad a la quimioterapia, frecuentemente 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 (2,3).

La enfermedad está relacionada a alteraciones en el mecanismo, que regula la invasión de células del trofoblasto a la decidua, la historia natural del CG no tratado se caracteriza por la presencia de metástasis

hematógenas siendo los sitios más frecuentes los pulmones (80%), vagina y vulva (30%), hígado (10%), cerebro (10%), riñón y, raramente tejidos blandos (1,4).

Clínicamente, las manifestaciones más importantes son el sangrado trans vaginal asociado a un crecimiento uterino mayor a la amenorrea, y la aparición de manifestaciones de insuficiencia respiratoria, ya que el 80% de las pacientes tienen metástasis pulmonar y la mayoría de estas son detectadas mediante radiografías de tórax realizadas habitualmente (1).

Para la clasificación y estadificación actualmente 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 B-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



Figura 1. Útero con perforación irregular friable en la cara posterior.

antes mencionada y con presencia de metástasis. Teniendo como base del tratamiento médico, el metotrexato más ácido folínico y la actinomicina D, etopósido o vincristina (2,5).

Desde 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 (4).

El objetivo de la presente comunicación es presentar un caso de coriocarcinoma, el mismo que es de elevada mortalidad cuando no es diagnosticado oportunamente.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 18 años de edad, primigesta, procedente de Ayacucho, ama de casa, conviviente, con grado de instrucción primaria incompleta, antecedente de legrado uterino en consultorio privado en la ciudad de Lima hace un año sin resultado anatomopatológico y hemoptisis hace 2 meses antes de su actual ingreso. La paciente ingresa al hospital por el servicio de

emergencia en horas de la noche presentando: debilidad general, dificultad respiratoria, dolor abdominal y sangrado genital hace cinco días, presión arterial de 70/30 mmHg, pulso 120 por minuto, palidez marcada de piel y mucosas, sensibilidad abdominal, y signo de rebote positivo. En la exploración ginecológica se encuentra al tacto vaginal orificio cervical cerrado doloroso a la movilización y a la palpación de fondos de saco, sangrado genital no fétido. El laboratorio reveló hemoglobina de 5,3 gr/dl, Hematocrito de 16.9%, leucocitos 14,800/ μ l, recuento de plaquetas 198,000/ μ , B-hcg en suero cualitativo positivo y a la ecografía transvaginal se identifica líquido libre en fondo de saco de Douglas, no se observa saco gestacional en cavidad uterina.

Se estabiliza su estado hemodinámico y se procede a laparotomía exploratoria encontrando 1200 cc de sangre en cavidad pélvica abdominal proveniente del útero perforado (Figura 1), previo al cierre se procede a tomar biopsia de los bordes de la perforación uterina y la cavidad uterina.

Al cumplir el primer día del post operatorio, la paciente se encuentra con integridad neurológica, palidez de tegumentos, evidente taquipnea y en el informe radiográfico se describe un infiltrado de diversos tamaños en ambos campos pulmonares (Figura 2).

Pasa a la unidad de cuidados intensivos con los siguientes diagnósticos: insuficiencia respiratoria aguda, sepsis con foco respiratorio-ginecológico (por probable perforación uterina), anemia severa y probable Tuberculosis. Al tercer día post operada la paciente fallece teniendo resultado cuantitativo de B-hcg de 390,056 mUI/ml siendo el diagnóstico histopatológico: Coriocarcinoma (Figura 3 y 4), al hacer unidad clínica y visto el informe radiográfico se desprende el diagnóstico de metástasis pulmonar.

DISCUSIÓN

El caso presentado es claro ejemplo de que es obligatorio el examen anatomopatológico de los legrados uterinos post aborto, desafortunadamente en esta paciente el trofoblasto evolucionó a una neoplasia maligna con signos de metástasis a pulmones. En tal sentido el estado crítico en que es hospitalizada y la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno la condujo a la muerte.

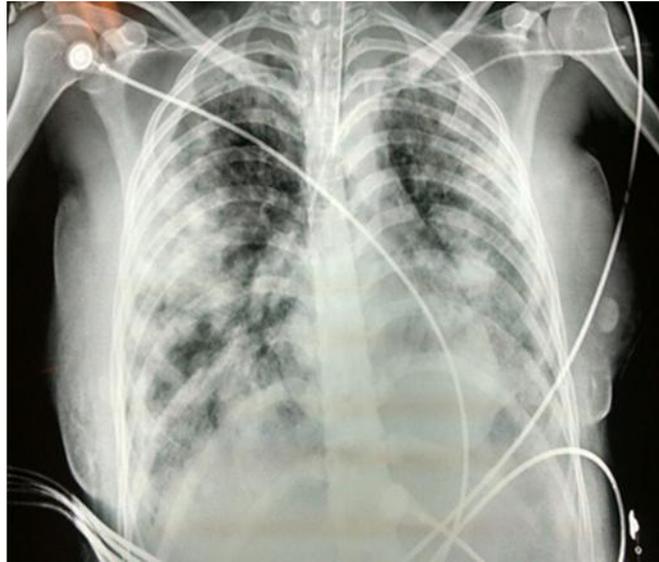


Figura 2. Múltiples infiltrados de diversos tamaños en los pulmones

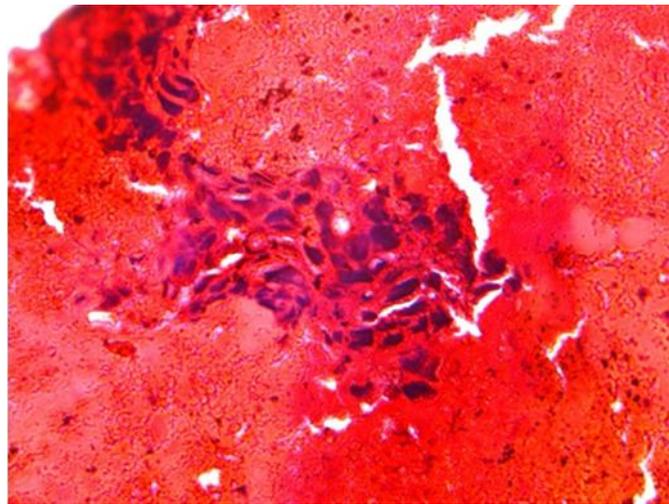


Figura 3. Feto papiraceo y segunda bolsa amniótica.

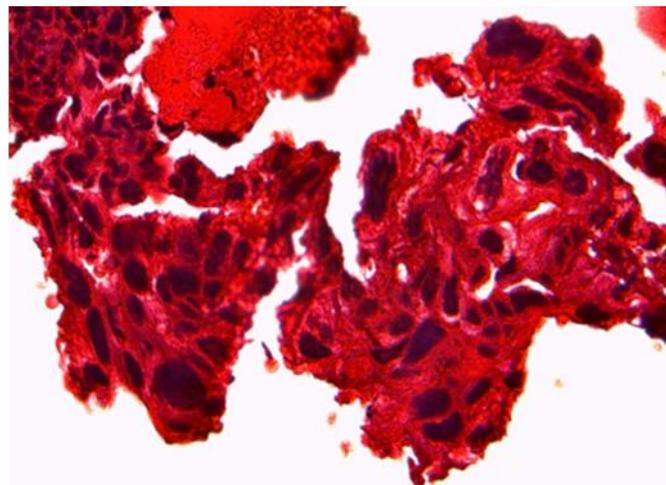


Figura 4. Se aprecian las características citológicas del cito y sincisio trofoblasto .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Danny Soria Céspedes, Minerva Lazos Ochoa, Vanesa Ventura Molina.** 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. [\[Link\]](#)
2. **Vicia Sánchez Abalos , Carmen Bosch Costafreda , Tamara Mercedes Sánchez Abalos .** Coriocarcinoma con metástasis pulmonar. MEDISAN. 2014 18(5): 705-710. [\[Link\]](#)
3. **Sahily Quintero Salcedo , Haidee Marrero Rodríguez , Joaquín López González , Daniel Marino Costa Montané , Jesús A. Quintero García .** Metástasis pulmonar por coriocarcinoma. MEDISAN . 2013; 17(5): 867-870. [\[Link\]](#)
4. **Antonio Guerrero-Hernández, Yanet Jennings-Aguilar, Daniel Fernando López-Zúñiga, Francisco Javier Ochoa-Carrillo, Jesús Carlos Briones-Garduño.** Coriocarcinoma gestacional. Caso clínico de medicina crítica en ginecología y obstetricia. GAMO. 2012; 11:(1) 55-59. [\[Link\]](#)
5. **Sanz V, Pérez MP, Rodelgo A, Gómez AI, Toro P.** Enfermedad trofoblástica gestacional persistente. Toko - Gin Pract, 2012; 71 (6): 141-144. [\[Link\]](#)

FINANCIAMIENTO: Autofinanciado.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA: JYM, APH, ACF, CMG y IVC participaron en la concepción, recolección, redacción y revisión crítica del artículo y en la aprobación de su versión final del presente reporte.

Gestational choriocarcinoma

The gestational choriocarcinoma is a malignant tumor originating from the trophoblast, highly aggressive when not treated. The aim of this report is to present a fatal case of choriocarcinoma. The case of a 18-year-old primigravida with socioeconomic risk factors with a history of curettage a year ago without histopathological diagnosis and hemoptysis two months ago is presented. On examination in the emergency presents: hypotension, tachycardia, tachypnea, abdominal tenderness, rebound tenderness, hemoglobin 5.3 g / dl, the ultrasound examination is free in abdominopelvic cavity fluid and chorionic gonadotropin beta sub unit (B -hcg) positive. With hemodynamic stabilization laparotomy, biopsy and closure of perforated uterus is performed. On the third day the patient died operated post having raised the B-hcg and histopathological diagnosis of choriocarcinoma. The critical state in which the patient is hospitalized and lack of timely diagnosis were determining that led to the death.

Key words: Choriocarcinoma, pregnancy, respiratory failure, shock (source: MeSH NLM)

CITA SUGERIDA.

Ybaseta-Medina J, Palomino-Herencia A, Cavero-Figari A, Muñante-Guzman C, Vásquez-Cucho I. Coriocarcinoma gestacional. Rev méd panacea.2014; 4 (2):56-58.