



Coriocarcinoma en un paciente con antecedente de enfermedad trofoblástica: reporte de caso y revisión de la literatura

Ochoa-García A¹, Perdigón-Castañeda GM², Escobar-Hernández N³, Sánchez-Sánchez RA⁴, Sánchez-Goytia V⁵

Resumen

Se presenta el caso clínico de una mujer de 18 años de edad, con antecedente de enfermedad trofoblástica, sometida a legrado uterino instrumentado sin control bioquímico ni ultrasonográfico, que acudió a revisión hospitalaria por presentar cefalea y alteración del estado de alerta. Mediante tomografía computada y ultrasonido se identificaron lesiones metastásicas en hígado, pulmón y encéfalo.

PALABRAS CLAVE: coriocarcinoma, embarazo molar, enfermedad trofoblástica, metástasis.

Anales de Radiología México 2016 Jan;15(1):29-33.

Choriocarcinoma in a patient with history of trophoblastic disease: case report and review of the literature

Ochoa-García A¹, Perdigón-Castañeda GM², Escobar-Hernández N³, Sánchez-Sánchez RA⁴, Sánchez-Goytia V⁵

Abstract

We present the clinical case of a woman 18 years of age with history of trophoblastic disease, subjected to instrumented uterine curettage without biochemical or ultrasound control, who was admitted for hospital review on presenting headache and alteration of waking state. By computed tomography and ultrasound metastatic lesions were identified in liver, lung, and encephalon.

KEY WORDS: choriocarcinoma; molar pregnancy; trophoblastic disease; metastasis

¹Médico Residente de cuarto año de la especialidad de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

²Médico Radiólogo Adscrito al servicio de Radiología e Imagen del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Responsable de la división de Radiología intervencionista.

³Médico Neurorradiólogo, Jefe del servicio de Radiología e Imagen del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

⁴Médico Residente de cuarto año de la especialidad de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

⁵Médico Residente de segundo año de la especialidad de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, 14080, Ciudad de México.

Recibido: 29 de enero 2016

Aceptado: 4 de febrero 2016

Correspondencia

Aída Ochoa García
aidachoa@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Ochoa-García A, Perdigón-Castañeda GM, Escobar-Hernández N, Sánchez-Sánchez RA, Sánchez-Goytia V. Coriocarcinoma en un paciente con antecedente de enfermedad trofoblástica: reporte de caso y revisión de la literatura. Anales de Radiología México 2016;15(1):29-33.

CASO CLÍNICO

Ficha de identificación: mujer de 18 años de edad; de escolaridad secundaria incompleta; originaria y residente de la Ciudad de México; estado civil, casada; religión católica, ocupación: ama de casa.

Antecedentes personales no patológicos: habita en casa propia de materiales perdurables, con todos los servicios básicos de urbanización, habita con sus padres y esposo, convivencia con animales positiva (perro), niega COMBE, niega tatuajes y perforaciones, toxicomanías y viajes recientes, tabaquismo y etilismo negativos.

Antecedentes personales patológicos: refirió haber estado hospitalizada en el 2012 al ser sometida a legrado uterino instrumentado por haber presentado embarazo molar, sin seguimiento hormonal ni ultrasonográfico.

Antecedentes ginecoobstétricos: menarca, telarca y pubarca a los 12 años, gesta 2, para 1 en el año 2011, 1 embarazo molar en el año 2012, fecha de última menstruación en marzo del 2013 con sangrado transvaginal hasta el 9 de mayo del 2013.

Padecimiento actual: inició un mes antes de su ingreso con cefalea opresiva, frontal, acompañada de fosfenos y acúfenos, que cedía a la automedicación con ácido acetilsalicílico y que se acompañó de pérdida de peso de 9 kilos en un mes. Cinco días previos al ingreso se exacerbó la cefalea con náuseas y vómito de contenido gastrointestinal, por lo que fue evaluada en un centro hospitalario y le indicaron analgésicos; la egresaron en breve con cita subsecuente a neurología.

Una noche previa a su ingreso presentó dolor abdominal localizado en hipogastrio, irradiado hacia fosa ilíaca derecha, que disminuía con la

ingesta de analgésicos. El día de su ingreso tuvo pérdida del estado de alerta en 4 ocasiones con duración de 1 minuto, con recuperación tipo somnolencia, motivo por el que acudió a esta unidad. Se indicó tomografía contrastada de cráneo donde se observó lesión intraaxial, de localización occipito-parietal izquierda, acompañada de edema periférico y hemorragia con disrupción ventricular que condicionaba herniación subfalcial; a la administración de medio de contraste mostró importante reforzamiento generalizado (Figura 1).

En su ingreso hospitalario los signos vitales eran: presión arterial: 50/0 mmHg, frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto, temperatura de 35° C, por lo que fue admitida en la unidad de choque del servicio de urgencias.

A la exploración física se identificaron: escala de coma de Glasgow de 12 puntos, disminución del estado de alerta, palidez generalizada de tegumentos y mucosas, pupilas isocóricas hiporreflécticas, con palidez de conjuntivas, abdomen blando, depresible, peristaltismo doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha, rebote positivo en dicha zona, dolor en hipocondrio derecho, signos de psoas y obturadores positivos, orina hemática, bioquímicamente con elevación de enzimas hepáticas, por lo que se solicitó ultrasonido hepático donde se identificó lesión tumoral en el segmento 6-7 hepático, que modificaba los bordes hepáticos y que a la exploración con la función Doppler color mostró vascularización interna que se corresponde con enfermedad metastásica de coriocarcinoma invasor (Figura 2).

La paciente ingresó a la unidad de terapia intensiva, proveniente del servicio de urgencias, con actitud libremente escogida, consiente, orientada en tiempo y espacio, con pupilas isométricas, con reflejos corneal y palpebral,

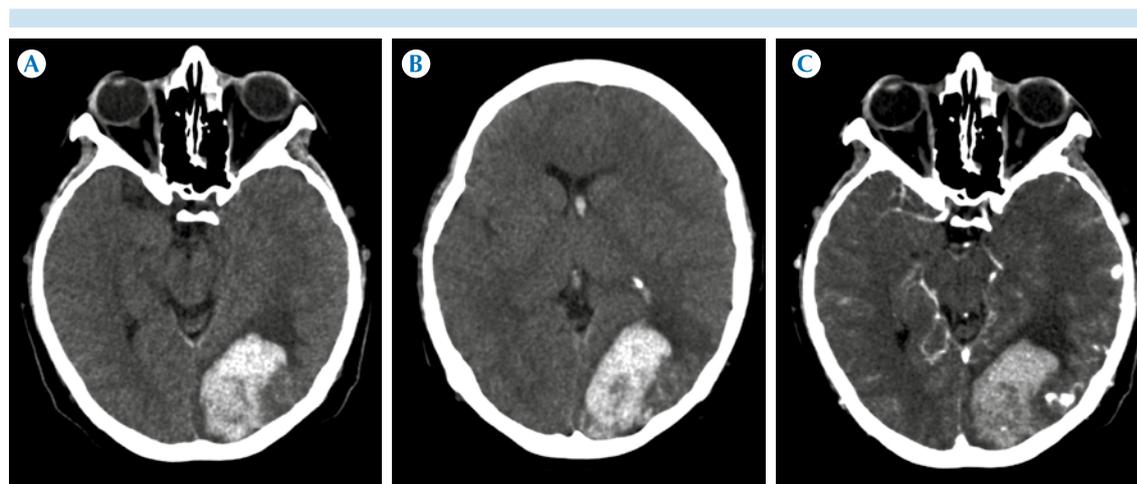


Figura 1. Tomografía computada de cráneo. **A-B)** Neoplasia intracraneana occipitoparietal izquierda que se acompaña de zona de edema periférico y hemorragia que causa disrupción ventricular y condiciona herniación subfalcial. **C)** Con la administración de medio de contraste muestra importante reforzamiento generalizado.



Figura 2. Ultrasonido de hígado y vía biliar. **A)** Lesión tumoral en el segmento 6-7 hepático que modifica los bordes hepáticos. **B)** A la exploración con la función Doppler color muestra vascularización interna. El estudio histológico demostró enfermedad metastásica de coriocarcinoma invasor.

con sangrado de cuero cabelludo que requirió de un punto de sutura únicamente, ictericia de conjuntivas, escleras y piel, campos pulmonares con murmullo vesicular generalizado sin estertores o sibilancias, sin integrar síndrome pleuro-pulmonar; ruidos cardiacos rítmicos aumentados en frecuencia, sin soplos, sin ingurgitación yugular; abdomen blando, depresible, peristaltismo disminuido, sin visceromegalias, al tacto vaginal, con tumoración pélvica que se extiende hacia ambos anexos, útero de 11 cm con escaso sangrado no activo, no fétido, por lo

que se solicitó tomografía contrastada de tórax (Figura 3) con múltiples imágenes nodulares de distribución dispersa que muestran reforzamiento a la administración de medio de contraste, así como derrame pleural, tomografía de abdomen y pelvis (Figura 4) en donde se corroboró lesión hepática en los segmentos 6 y 7, con intenso reforzamiento periférico y centro hipodenso en relación con necrosis interna. Existía hematoma subcapsular renal derecho que se extendía hasta el hueco pélvico, líquido libre, conglomerados ganglionares retroperitoneales y en hueco pélvico, así como ocupación de la cavidad endometrial. La paciente requirió radioterapia a holocráneo por lo que fue enviada a un centro especializado para continuar con su tratamiento.

Revisión bibliográfica

La enfermedad trofoblástica gestacional engloba a la mola hidatiforme, a la mola invasiva y al coriocarcinoma; la presentación clínica más frecuente de estas entidades es el sangrado transvaginal en el primer trimestre de embarazo. Otros datos clínicos incluyen crecimiento uteri-

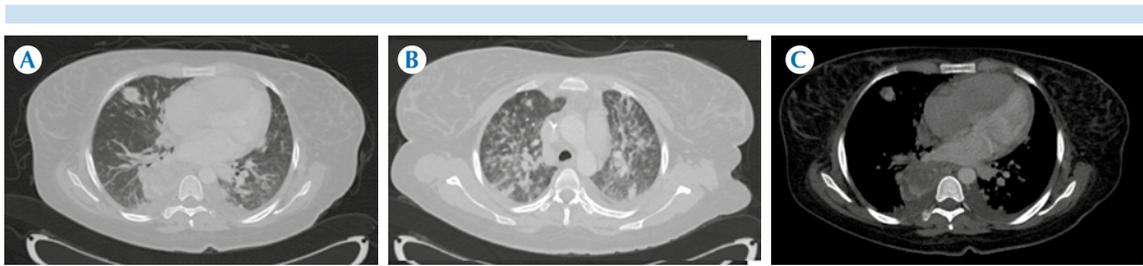


Figura 3. A-B) Tomografía computada de tórax: múltiples lesiones nodulares de distribución dispersa en el parénquima pulmonar. C) Derrame pleural bilateral.

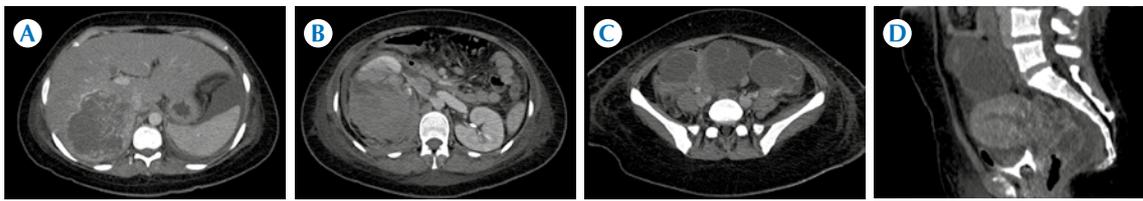


Figura 4. Tomografía computada de abdomen y pelvis con administración de medio de contraste endovenoso. A) Se confirma tumoración en la topografía del segmento 6-7 hepático con reforzamiento periférico y centro hipodenso que puede corresponder con áreas de necrosis. B) Hematoma subcapsular renal derecho que se extiende desde la fosa renal hacia la corredera parieto-cólica hasta el hueso pélvico. C) Lesiones nodulares en hueso pélvico que pudieran corresponder a conglomerados ganglionares. D) Reconstrucción sagital del hueso pélvico observando líquido libre en hueso pélvico y ocupación de la cavidad endometrial.

no desproporcionado, hiperemesis gravídica o preeclampsia en el segundo trimestre. Bioquímicamente se caracteriza por el crecimiento excesivo de hormona gonadotrofina coriónica humana en su fracción beta.¹

La mola invasiva representa el crecimiento profundo de tejido anormal hacia y más allá del miometrio, en algunas ocasiones hacia el peritoneo y los parametrios. Debido a su crecimiento agresivo se consideran neoplasias localmente invasivas.¹ El coriocarcinoma es similar a la mola invasiva pero se diferencian por su capacidad de metastatizar, con mayor frecuencia a pulmón y a la región pélvica.²

Aproximadamente 50% de los coriocarcinomas se desarrollan después de un embarazo molar, 25% posterior a un aborto y el 25% restante

después de embarazos normales.³ La mola invasiva y el coriocarcinoma son indistinguibles por imagen. Por ultrasonido se observan lesiones hipervasculares, ecogénicas y heterogéneas, con zonas de necrosis interna, la tomografía muestra imágenes específicas: imagen intrauterina predominantemente heterogénea e hipodensa; la tomografía es útil para la estadificación al permitir la detección de metástasis a distancia. La resonancia magnética puede detectar invasión miometrial y parametrial, siendo observada como una lesión heterogénea, hiperintensa en T2 con importante reforzamiento a la administración de gadolinio. El reforzamiento en los parametrios es característico de diseminación local.⁴

La hemorragia intracraneal puede ser la primera manifestación de coriocarcinoma; en la



literatura especializada existen cuatro casos reportados de coriocarcinoma gestacional metastásico donde sólo dos fueron asociados con hemorragia.⁵

REFERENCIAS

1. Zak it, Dulai HS, Kish KK: Imaging of neurologic disorders associates with pregnancy and the potpartum period. *RadioGraphics* 2007;27:95-108.
2. Elsayes KM, Trout AT, Friedkin AM y cols: Imaging of the placenta: A multimodality pictorial review. *RadioGraphics* 2009;29:1371-1391.
3. Martinez S, Rosado ML, Walker CM y cols: Imaging features of thoracic metastases from gynecologic neoplasm, *RadioGraphics* 2014;34:1742-1754.
4. Wagner BJ, Woodward PJ, Dickey GE y cols: Gestational Trophoblastic disease: Radiologic- pathologic correlation. *RadioGraphics* 1996;16:131-148.
5. Williams PL, Laifer SL, Ragavendra N: US of abnormal uterine bleeding. *RadioGraphics* 2003;23:703-718.