



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Hallazgo de coriocarcinoma tras un puerperio de un parto eutócico



L.C. Moya Jiménez*, A.C. Troncoso Saleh, A. Castaño Serrano, J.C. Cerrillos Morales y J. Quesada Villar

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Virgen del Castillo, Yecla, Murcia, España

Recibido el 30 de diciembre de 2015; aceptado el 8 de abril de 2016
Disponible en Internet el 12 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Coriocarcinoma;
Parto eutócico;
Hemorragia posparto;
Gonadotropina
coriónica humana

KEYWORDS

Choriocarcinoma;
Vaginal delivery;
Postpartum
haemorrhage;
Human chorionic
gonadotropin

Resumen El coriocarcinoma es un tumor epitelial altamente maligno, constituido exclusivamente por elementos trofoblásticos con ausencia de vellosidades coriónicas e invasión del miometrio.

Forma parte de la enfermedad trofoblástica gestacional maligna y se caracteriza por producir elevados niveles sanguíneos de hormona gonadotropina coriónica. Su frecuencia es de uno por cada 50.000 gestaciones. El coriocarcinoma puede surgir de cualquier tejido trofoblástico: embarazo molar (50%), aborto (25%), embarazo ectópico (2,5%) y gestación normal (22,5%).

Hemos de presentar un caso que nos surgió en la consulta de urgencias en obstetricia, que durante el puerperio fue diagnosticada de coriocarcinoma.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Finding of choriocarcinoma during the puerperium following a vaginal delivery

Abstract Choriocarcinoma is a highly malignant epithelial tumour consisting exclusively of trophoblastic elements without chorionic villi and myometrial invasion.

It is part of malignant gestational trophoblastic disease and is characterised by elevated blood levels of the hormone chorionic gonadotropin.

Its prevalence is 1 in 50,000 pregnancies. Choriocarcinoma may arise from any trophoblastic tissue: molar pregnancy (50%), abortion (25%), ectopic pregnancy (2.5%) or normal pregnancy (22.5%).

We present a case of choriocarcinoma diagnosed during the puerperium by the obstetrics emergency department.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: luiscarlosmoya@hotmail.com, tadet2002@hotmail.com (L.C. Moya Jiménez).

Sujeto y método

En nuestro servicio de urgencias recibimos una paciente de 33 años gesta IV para II aborto II, puérpera de 4 meses que presentó sangrado genital importante. En la exploración ecográfica se observa un útero de forma y tamaño normal, con anejos sin particularidades y Douglas libre, con un endometrio fino, no obstante, al realizar la exploración con espéculo vaginal se visualiza material, el cual era compatible con restos ovulares, por lo cual se solicitó hormona beta de gonadotropina coriónica resultando con un valor de 9.040,0 mUI/ml, enviándose la muestra obtenida de la vagina a anatomía patológica. La hemorragia cedió después de la expulsión.

La paciente es ingresada para observación, y a las 48 h se repite la hormona beta con un valor de 3.415 mUI/ml, por lo cual es dada de alta.

A la semana, el servicio de patología nos informa del resultado: proliferación trofoblástica atípica bifásica sugestiva de coriocarcinoma gestacional

La paciente no había tenido la regla después del parto, presentó un control de embarazo normal, con *screening* del primer trimestre normal, solamente tuvo alteración de la curva corta de glucemia de 153 mg/dl, con curva larga de valores normales.

Había ingresado previamente con gestación a término de 38 semanas, produciéndose parto eutócico, asistido por la matrona, de niño que pesó 3.410 mg con Apgar 9-10-10, el alumbramiento fue espontáneo y completo, dándose de alta a la paciente 48 h del posparto.

Se produce lactancia normal durante todo el puerperio.

En sus antecedentes personales tuvo un legrado por aborto incompleto y un aborto espontáneo.

Debido al resultado de anatomía patológica se comienza con controles seriados de hormona beta gonadotropina coriónica y estudios de extensión.

Los controles de hormona beta fueron en descenso, negativizándose al mes del episodio de sangrado puerperal, los estudios de extensión se realizaron en forma ambulatoria, resultando normales.

Discusión

El coriocarcinoma forma parte de la clasificación de neoplasia trofoblástica gestacional, y tienen en común una producción elevada de la hormona beta gonadotropina coriónica humana con una intensa angiogénesis, produciendo hemorragias y necrosis, respondiendo bien a la quimioterapia¹.

El coriocarcinoma se trata de un proceso poco frecuente: en Estados Unidos se observa una incidencia entre 20.000-30.000 embarazos², es mucho más frecuente en algunos países de Asia pudiendo llegar a uno por cada 2.500 embarazos.

Luego de un parto normal tiene una incidencia que puede variar de 1/40.000 nacimientos a 1/200.000 nacidos vivos.

Los factores de riesgo para la aparición de coriocarcinoma son: edad inferior a 20 años y superior a 40 años y antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional previa.

En nuestra paciente, la presentación del coriocarcinoma luego de un parto normal fue típica con metrorragia puerperal, y los valores de la hormona gonadotropinas elevadas, pero el examen ecográfico era normal, la paciente expulsó material trofoblástico en forma completa, ya que los valores de hormona gonadotropina coriónica humana fueron en descenso brusco, por lo que continuamos con controles de hormona gonadotropinas semanales, que luego del mes fueron negativas, así como la placa de tórax, por lo cual no creímos conveniente pautar tratamiento con quimioterapia³.

En otros estudios hemos visto que la presentación es más insidiosa e incluso hemos visto reportes con paciente puérperas que presentaron hemoptisis o derrame cerebral, por este motivo siempre debe sospecharse un coriocarcinoma en toda mujer fértil con metástasis de origen desconocido.

Se considera remisión completa de la enfermedad cuando existen 3 títulos semanales consecutivos de β -hCG normales. En caso de pautar tratamiento, que no fue el caso de nuestra paciente, deben seguir controles de β -hCG semanales durante 6 semanas y posteriormente controles quincenales hasta completar un año desde la normalización de los valores hormonales.

Conclusión

El coriocarcinoma es una enfermedad maligna poco frecuente en nuestro medio, y menos aun luego de un parto normal, pero debemos estar atentos ante una hemorragia puerperal de presentación atípica y solicitar hormona gonadotropina coriónica.

La forma de presentación en nuestra paciente fue la del sangrado puerperal, con una evolución muy favorable ya que cuando consultó, expulsó en ese preciso momento todo el material trofoblástico que contenía el tumor en la urgencia de obstetricia en nuestro hospital.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Chorionic tumors. *N Engl J Med.* 1996;335:1740-8.
2. Smith HO, Qualls CR, Prairie BA, Padilla LA, Rayburn WF, Key CR, et al. Trends in gestational choriocarcinoma: A 27-year perspective. *Obstet Gynecol.* 2003;102:978-87.
3. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet.* 2010;376:717-29.