

# CORIOCARCINOMA METASTÁSICO POSPARTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

## METASTATIC POSTPARTUM CHORIOCARCINOMA: CASE REPORT

Diana Cristina Carrillo Gómez<sup>1</sup>  
Carlos Alejandro García<sup>2</sup>

### RESUMEN

Se informa el caso de una paciente de 18 años de edad, quien consultó por disnea súbita, asociado con dolor torácico y hemoptisis después de una cesárea. Se documentaron niveles elevados de BHCG ( $\beta$ -Human Chorionic Gonadotrophin, por sus siglas del inglés) y se evidenciaron imágenes nodulares pulmonares, con áreas de sangrado sugestivas de lesiones metastásicas, asociado con hemotórax izquierdo en la escanografía de tórax. Así mismo, se observaron lesiones metastásicas similares en hígado, riñón izquierdo y sacro. Teniendo en cuenta la edad reproductiva, niveles de BHCG elevados y hallazgos clínicos, se consideró un coriocarcinoma manifiesto clínicamente en el puerperio. Se inició quimioterapia con mejoría clínica y descenso de niveles de BHCG.

### PALABRAS CLAVE (DeCS)

Coriocarcinoma  
Disnea  
Hemoptisis  
Tórax

### KEY WORDS (MeSH)

Choriocarcinoma  
Dyspnea  
Hemoptysis  
Thorax

### SUMMARY

We report a case of an 18 year old female patient, with sudden onset dyspnea, chest pain and hemoptysis after cesarean delivery. High BHCG blood levels (Beta-Human Chorionic Gonadotrophin) were documented, and multiple pulmonary nodal images were evidenced, with bleeding areas which suggest metastatic lesions, associated with the left hemithorax in the chest scan. Similar images were also observed in the liver, left kidney and sacrum. Because of childbearing age, high BHCG levels, and clinical features, it was considered a metastatic choriocarcinoma which was clinically manifested in the puerperium. Chemotherapy began, with clinical improvement and decreased BHCG levels.

### Presentación del caso

Paciente femenina de 18 años de edad, raza negra, sin antecedentes personales previos de relevancia, sin cursó embarazo, al parecer a término, sin control prenatal. Se practicó cesárea por distocia céfalo-pélvica sin complicaciones y fue dada de alta con control posparto ambulatorio. Dos días posteriores a la cesárea inició cuadro de malestar general, debilidad, parestesias de miembros inferiores, disnea y hemoptisis. Consultó al servicio de urgencias, donde documentaron anemia y hemotórax izquierdo en la radiografía de tórax, que requirió toracostomía, la cual se mantuvo durante ocho días. Debido al deterioro clínico, la remitieron a una clínica de mayor complejidad. Al ingreso, se hizo radiografía de tórax (figura 1), en la que se observaron múltiples nódulos en ambos campos pulmonares, el de mayor tamaño estaba ubicado en el lóbulo inferior izquierdo, asociado con derrame pleural ipsilateral. Así

mismo, se documentaron niveles de 13246 m UI/L de BHCG, y teniendo en cuenta el cuadro clínico, los hallazgos en la radiografía de tórax y resultado de BHCG se consideró coriocarcinoma metastásico.

Se hizo escanografía de tórax (figura 2), abdomen (figura 3), resonancia magnética cerebral y columna (figura 4), con el objetivo de estadificación y caracterización de focos metastásicos. Tal como se observó en la radiografía, se confirmaron los nódulos y masas pulmonares con densidad heterogénea bien delimitadas y altamente vascularizadas; también, se evidenciaron lesiones hepáticas, renales y sacras de características similares, sugestivas de metástasis vascularizadas; esta última explicaba las parestesias de miembros inferiores referidas por la paciente.

Fue valorada por el servicio de oncología. Dado los hallazgos clínicos, imaginológicos y niveles de BHCG, dicho servicio consideró que las lesiones eran

<sup>1</sup>Médica, magister en Epidemiología (Ca), residente de Medicina Interna, de la Fundación Valle del Lili, convenio Universidad ICESI, Cali, Colombia.

<sup>2</sup>Médico, especialista en Radiología, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

compatibles con coriocarcinoma metastásico a pulmón, hígado, región sacra y riñón, e indicó el inicio de quimioterapia, en la cual se encuentra actualmente en segundo ciclo.

Evolucionó hacia la mejoría, sin nuevos episodios de hemoptisis, con recuperación de la fuerza de miembros inferiores y reducción progresiva de los niveles de BHCG (figura 5), por lo cual dan salida hospitalaria para continuar con quimioterapia.

## Discusión

El coriocarcinoma hace parte del espectro de enfermedades derivadas del trofoblasto en las cuales hay pérdida de los mecanismos reguladores que controlan el comportamiento del tejido trofoblástico formado durante el embarazo (1,2). Se estima una incidencia de 1 en 50.000 nacidos vivos (3) y se presentan en el 4% de los embarazos molares (4,5). La mitad de los casos ocurren después de una mola hidatidiforme completa; 25%, después de un embarazo normal, y 25%, luego de un aborto espontáneo o embarazo ectópico. Estos dos últimos condicionan parte de la estadificación pronóstica (4,6).

Las mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional después de un embarazo molar son identificadas tempranamente debido a la monitorización seriada de BHCG (2,5,6); sin embargo, en gestaciones no molares, donde la sospecha clínica es baja, se identifican por signos y síntomas no ginecológicos, que incluyen hemoptisis, hemorragia cerebral, gastrointestinal, urológica, lesión metastásica sin primario conocido (6) o por evidencia de múltiples nódulos parenquimatosos en la radiografía de tórax posterior a un embarazo o aborto, y presencia de BHCG elevada (7).

Las metástasis por diseminación hematogena se presentan de forma temprana, inicialmente en pulmón (7), debido a que una cantidad variable de trofoblasto con o sin estroma vellosa escapa del útero al flujo sanguíneo venoso. Estos focos metastásicos son altamente vascularizados, de modo que pueden producir grados variables de hemorragia de los nódulos pulmonares y del parénquima adyacente (1,8). Su gravedad difiere de acuerdo con el tamaño de los émbolos; en su presentación clínica varían desde asintomáticos hasta presentación con cuadros de disnea.

Así mismo, puede ocurrir la diseminación de los nódulos pulmonares a través de la circulación sistémica. Las metástasis a distancia pueden ocurrir a cualquier órgano; sin embargo, los órganos afectados con mayor frecuencia son el pulmón, con el 81%; la vagina, con el 5%; el sistema nervioso central, con el 7%; el sistema gastrointestinal, con el 4%; el hígado, con el 1,5%; el riñón, con el 0,7%; no conocido, con el 3%, tal como lo informó Soper en una cohorte de mujeres con coriocarcinoma (6). Las metástasis a sistema nervioso central, gastrointestinales, hígado y riñón son menos frecuentes, excepto cuando se presentan concomitantes con metástasis pulmonares (5-7,9).

Entre los hallazgos en la radiografía de tórax se observan nódulos pulmonares parenquimatosos que pueden o no estar acompañados de derrame pleural (hemotórax). En escanografía de tórax se observa atenuación nodular rodeada por un halo de opacidad en vidrio esmerilado (o signo del halo en escanografía), que identifica los nódulos acompañados de hemorragia peritumoral, o márgenes difusos definidos por enfermedad (10). Estos hallazgos no son específicos y se pueden encontrar en otras enfermedades infecciosas (aspergilosis invasiva, candidiasis), vasculíticas (granulomatosis de Wegener) y lesiones tumorales malignas (10).

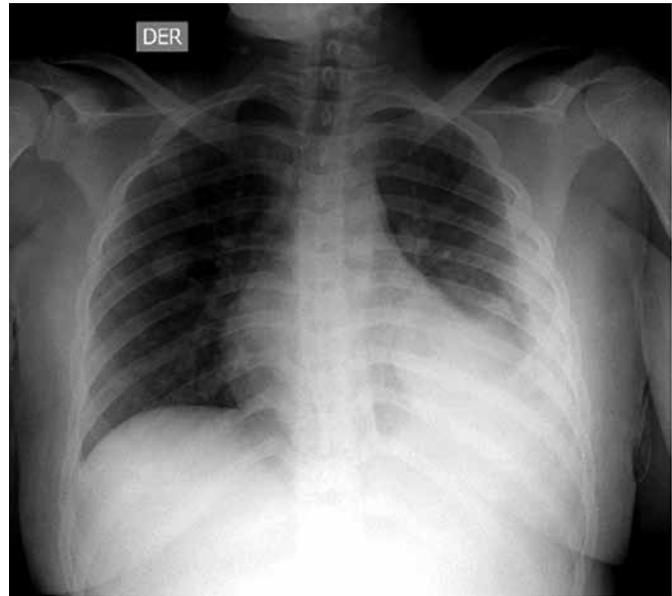


Figura 1. Radiografía de tórax postero-anterior al ingreso que muestra derrame pleural izquierdo, múltiples imágenes nodulares en tercio medio y superior de campo pulmonar derecho y retrocardiaco izquierdo, que borran el contorno diafragmático izquierdo.



Figura 2. Escanografía de tórax con cortes axiales (a) y coronales (b), donde se evidencia una masa hipervascular en el lóbulo inferior izquierdo, con un nódulo de similares características en el lóbulo superior derecho, asociado con derrame pleural izquierdo moderado (hemotórax).

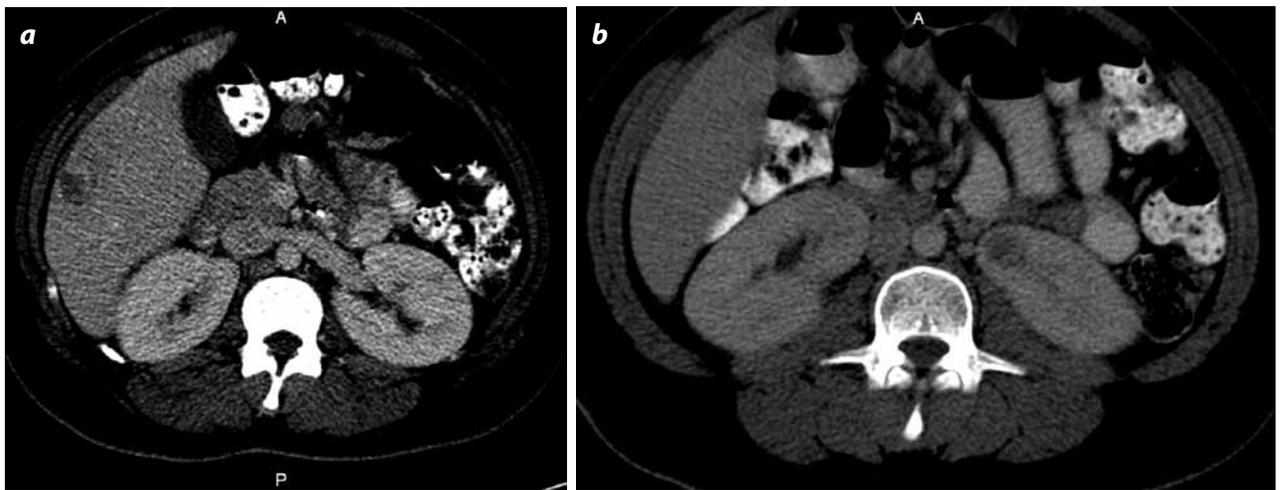


Figura 3. Escanografía de abdomen con medio de contraste que muestra masas con realce globular periférico en (a) el segmento V del hígado y (b) en el polo inferior del riñón izquierdo.

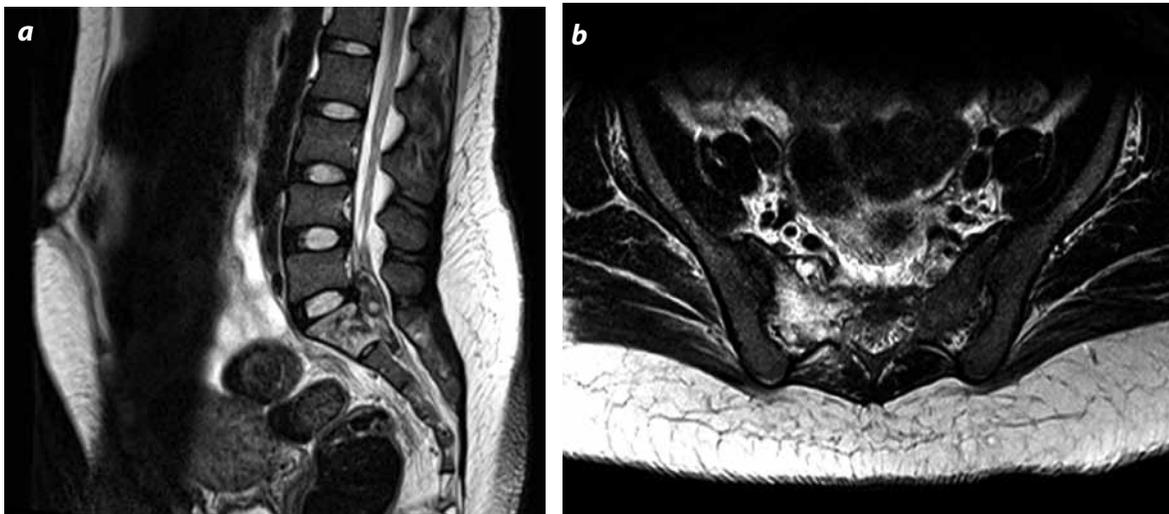


Figura 4. Resonancia magnética nuclear en imágenes con información T2 con cortes sagitales (a) y axiales (b) de la columna lumbosacra, que muestran una lesión de señal alta hiperintensa en el cuerpo vertebral de S1 y en el alerón sacro derecho, con compromiso espinal extradural debido a metástasis.

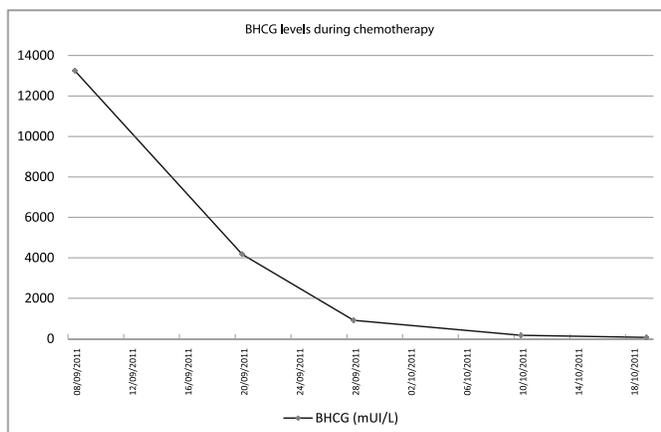


Figura 5. Niveles de gonadotropina coriónica humana fracción  $\beta$  ( $\beta$ -HCG) durante el primer y segundo ciclos de quimioterapia.

Entre los tumores malignos, los angiosarcomas y coriocarcinomas son las causas más representativas de metástasis hemorrágicas. La fragilidad del tejido neovascular lleva a la ruptura del vaso y es la causa probable de hemorragia alrededor de la metástasis (10). Sin embargo, también se encuentran metástasis vascularizadas en tumores de origen renal, tiroideo, osteosarcoma y testículo, los cuales hacen parte de los diagnósticos diferenciales de los hallazgos radiológicos del coriocarcinoma.

El protocolo para investigar las posibles metástasis en coriocarcinoma incluye radiografía de tórax, la cual permite contar el número de metástasis; escanografías de tórax y abdomen o ecografía abdominal para diagnosticar metástasis hepáticas, y escanografía o resonancia magnética cerebral para diagnóstico de lesiones cerebrales (5). Todas ellas permiten establecer parte de la escala pronóstica dada por la presencia de factores de riesgo, como duración mayor de cuatro meses, BHCG pretratamiento mayor de 40.000 mIU/mL, metástasis hepáticas o cerebrales, antecedente de embarazo a término y quimioterapia previa, las cuales establecen criterios de mal pronóstico (6,11).

---

Se debe tener en cuenta la baja frecuencia de esta enfermedad luego de un embarazo a término; sin embargo, como en el caso en mención, las lesiones parenquimatosas en la radiografía de tórax en una paciente en edad fértil, en este caso en puerperio, hacen sospechar enfermedad del trofoblasto metastásica. La primera opción por descartar en una paciente que se presente con cuadro clínico de disnea y hemoptisis en el posparto es un evento tromboembólico, dada su mayor frecuencia. En nuestro caso, el angio-TAC fue negativo. Una de las características que permitió orientar el diagnóstico fueron los hallazgos en la escanografía de tórax de múltiples imágenes vascularizadas, pues estas son las metástasis más frecuentes y las primeras en presentarse en el caso del coriocarcinoma. Ello, aunado al cuadro clínico, el estado de puerperio sin controles prenatales, los niveles de BHCG elevados y otras metástasis de similares características permitió hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento apropiado.

## Referencias

---

1. Wagner B, Woodward P, Dickey G. From the archives of the AFIP. Gestational trophoblastic disease: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1996;16:131-48.
2. Sarwar N, Newlands E, Seckl M. Gestational trophoblastic neoplasia: the management of relapsing patients and other recent advances. *Curr Oncol Reports*. 2004;6:476-82.
3. Ma Y, Xiang Y, Wan XR, et al. The prognostic analysis of 123 postpartum choriocarcinoma cases. *Int J Gynecol Cancer*. 2008;18:1097-101.
4. Balagopal P, Pandey M, Chandramohan K, et al. Unusual presentation of choriocarcinoma. *World J Surg Oncol*. 2003;1:1-4.
5. Ng TY, Wong LC. Diagnosis and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Clin Obstet Gynaecol*. 2003;17:893-903.
6. Soper JT. Staging and evaluation of gestational trophoblastic disease. *Clin Obstet Gynecol*. 2003;46:570-8.
7. Green CL, Angtuaco TL, Shah HR, et al. Gestational trophoblastic disease: a spectrum of radiologic diagnosis. *Radiographics*. 1996;16:1371-84.
8. Cheung AN. Pathology of gestational trophoblastic diseases. *Clin Obstet Gynaecol*. 2003;17:849-68.
9. Soper JT, Clarke-Pearson D, Hammond CB. Metastatic gestational trophoblastic disease: prognostic factors in previously untreated patients. *Clin Obstet Gynecol*. 1988;71:338-43.
10. Seo JB, Im JG, Goo JM, et al. Atypical pulmonary metastases: spectrum of radiologic findings. *Radiographics*. 2001;21:403-17.
11. Hancock BW. Staging and classification of gestational trophoblastic disease. *Clin Obstet Gynaecol*. 2003;17:869-83.

## Correspondencia

Carlos Alejandro García  
Fundación Valle del Lili  
Carrera 98 N.º 18-49  
Cali, Colombia  
Carlosalejandrogarcia10@gmail.com

Recibido para evaluación: 21 de julio de 2012

Aceptado para publicación: 6 de marzo de 2013