

Coriocarcinoma con metástasis pulmonar

Choriocarcinoma with lung metastasis

MsC. Vicia Sánchez Abalos, MsC. Carmen Bosch Costafreda y MsC. Tamara Mercedes Sánchez Abalos

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una fémina de 44 años de edad, con 32 semanas de embarazo, la cual fuera ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, por presentar insuficiencia respiratoria aguda como consecuencia de una sepsis. La paciente fue tratada con cefalosporina de tercera generación y ventilación mecánica no invasiva, pero se mantuvieron las características gasométricas de hipoxemia y una mala reacción terapéutica, por lo que se requirió instrumentación de las vías respiratorias y soporte hemodinámico, sin lograr regresión del cuadro clínico, lo cual condujo a un paro cardiorrespiratorio y, con ello, a la muerte. La necropsia mostró un coriocarcinoma del endometrio con metástasis pulmonar.

Palabras clave: embarazo, coriocarcinoma, hipoxemia, metástasis pulmonar, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 44 years female is presented, with a 32 weeks pregnancy, who was admitted in the Intensive Care Unit of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba, for presenting acute respiratory failure due to a sepsis. The patient was treated with third generation cephalosporins and non invasive mechanical ventilation, but the hypoxemic gasometrical characteristic and a poor therapeutic reaction remained, so that instrumentation of the airways and hemodynamic support were required, without achieving improvement of the clinical pattern, which led to a cardiorespiratory arrest and with it, to death. The autopsy showed a choriocarcinoma of endometrium with lung metastasis.

Key words: pregnancy, choriocarcinoma, hypoxemia, lung metastasis, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma forma parte de un grupo de tumores y procesos pseudotumorales, todos incluidos bajo el término enfermedad trofoblástica del embarazo, pues se caracterizan por la proliferación del tejido trofoblástico durante la gestación.¹

Esta neoplasia maligna de la placenta se presenta posterior a: la mola hidatiforme en 50 % de las afectadas, el aborto espontáneo en 20 %, el embarazo ectópico en 2 % y el embarazo normal a término entre 20 y 30 % de los casos.^{2,3}

Rara vez se manifiesta un coriocarcinoma en lugares primarios además de la placenta, y más raro aún es el coriocarcinoma en el sexo masculino, dado por tumores de las células germinales del testículo.⁴

La característica común es el poder identificar un sincitiotrofoblástico íntimamente relacionado con el citotrofoblasto, sin la formación de vellosidades placentarias definitivas. Los sincitiotrofoblastos son células alargadas con núcleos irregulares y citoplasma altamente eosinofílico que rodea al citotrofoblasto. De hecho, el estudio histopatológico del coriocarcinoma suele fundamentarse en el hallazgo de células de las 2 capas trofoblásticas dispuestas en columnas, con frecuencia separadas una de la otra, y se puede encontrar: una estructura dimórfica, células citotrofoblastos y sincitiotrofoblastos, ausencia de vellosidades coriónicas, mitosis atípicas y anaplasia.^{5,6}

Casi nunca hay vellosidades y a menudo se aprecian zonas de necrosis y hemorragia. Clínicamente se manifiesta por niveles aumentados de gonadotropina coriónica humana, sangrado vaginal, dificultad respiratoria, hemoptisis y dolor en el pecho; en tanto, en el estudio radiológico se pueden observar múltiples infiltrados de diversos tamaños en los pulmones.⁷

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una embarazada de 44 años de edad y 32 semanas de gestación, con procedencia rural y antecedentes de buena salud, la cual fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, en julio del 2011, luego de ser remitida del Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello" de esta ciudad, por presentar disnea durante 10 días seguidos, así como tos seca, inapetencia y decaimiento. Ante tal cuadro clínico se sospechó una sepsis respiratoria asociada a insuficiencia respiratoria aguda.

Examen físico

- Aparato respiratorio: frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto. Presencia de aleteo nasal, tiraje generalizado, expansibilidad torácica disminuida, matidez percutora bilateral. Murmullo vesicular disminuido globalmente, con estertores crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares y roncos aislados.
- Abdomen: circunferencia abdominal de 25 cm, dorso derecho, presentación cefálica del feto, altura uterina de 30 cm.
- Tacto vaginal: útero aumentado de tamaño, de consistencia dura; sin afectación en los anejos.

Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina de 90 g/L; leucocitos: 15,0 x 10⁹ /L
- Eritrosedimentación: 57 mm/h
- Creatinina: 56 mmol/L
- Prueba de Mantoux: 0 mm

- Búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en el contenido gástrico: negativo
- Rayos X de tórax anteroposterior: imágenes radiopacas diseminadas, de aspecto inflamatorio y/o metastásico; área cardíaca normal
- Ecografía obstétrica: útero aumentado de tamaño de aspecto inflamatorio, con saco gestacional de aproximadamente 16 semanas

Se decidió aplicar tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona, en 4 gramos diarios por 5 días. También se indicaron hidroterapia, broncodilatadores, antioxidantes y soporte ventilatorio no invasivo.

Al quinto día del ingreso el estado de salud de la paciente comenzó a empeorar progresivamente, al agudizarse la disnea y presentar hemoptisis y sangrado vaginal; en consecuencia, se requirió instrumentación de las vías respiratorias y acoplamiento al ventilador Sabina, en la modalidad controlada (IPPV, siglas del inglés *intermittent positive pressure ventilation*). También manifestó una hipoxemia permanente, lo cual requirió una fracción inspirada de oxígeno de 80 % para lograr la saturación de oxígeno de 90 %. Se administró una transfusión de concentrado de eritrocitos (en 500 mL), y el antimicrobiano fue cambiado por la combinación de meropenem (1 g cada 8 horas) más amikacina (1 g diario) y metronidazol (1,5 g diarios).

El caso fue discutido con la Comisión de Expertos de la institución, y se decidió que el embarazo fuera interrumpido bajo anestesia general, lo cual se efectuó al sexto día de hospitalización. Durante el procedimiento, la gestante necesitó soporte hemodinámico con el uso de noradrenalina a 0,08 mcg/kg cada minuto. El feto se encontraba macerado, por lo que se envió una muestra al Departamento de Anatomía Patológica.

Posterior al aborto quirúrgico, se logró la estabilidad hemodinámica en la paciente y fue trasladada nuevamente a la UCI, donde se mantuvo el tratamiento con ventilación mecánica invasiva y antibióticos, además de la hidroterapia y los cuidados generales.

Exámenes complementarios evolutivos

- Hemograma completo: 67 g/L
- Leucocitocis de 20 mil; segmentados: 0,95 (con elementos nuevo en la periferia)
- Eritrosedimentación: 90 mm/h
- Coagulograma: normal
- Gasometría arterial: pH de 7,55; presión de dióxido de carbono: 0,28 mmHg; EB de 0,8 mmHg; bicarbonato sódico de 24 mmHg; saturación de oxígeno de 85 %
- Glucemia: 4,2 mmol/L
- Creatinina: 103 mmol/L
- Serología: no reactiva
- Inmunoglobulina G: 22 U/I
- Inmunoglobulina M: 31 U/I
- Transaminasa glutámico-pirúvica: 22 U/I
- Transaminasa glutámico-oxaloacética: 31 U/I
- Fosfatasa: 1,1 mmol/L
- Calcio: 1,0 mmol/L
- Urato: 4,25 mmol/L
- Bilirrubinas: D-3,8 mmol/L; I-1,3 mmol/L; T-5,1 mmol/L
- Pruebas de esputo I y II para la búsqueda de BAAR: negativas

- Rayos X de tórax anteroposterior: área cardíaca normal. Se observaban múltiples imágenes multinodulares pequeñas, diseminadas en ambos campos pulmonares, predominantemente en la base derecha.
- Ecografía abdominal: páncreas, hígado, vías biliares y bazo de aspectos normales; vejiga con insuficiente repleción; feto macerado.
- Ecocardiograma: normal
- Prueba de esputo citológico: abundantes células polimorfonucleares; no presencia de células neoplásicas
- Prueba de esputo bacteriológico: *Klebsiella*

La paciente se mantuvo con asincronismo ventilatorio, hipoxemia y ciclos de apnea, con desaturación y hemorragia pulmonar visible (salida de sangre a través del tubo endotraqueal). Finalmente presentó una bradicardia extrema, que condujo a un paro cardiorrespiratorio y, con ello, a su fallecimiento (11 días después del ingreso en este hospital).

Igualmente se informó el resumen sindrómico, a saber: síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y síndrome tumoral abdominal.

Con referencia al último síndrome, se tuvieron en cuenta el agravamiento de su evolución clínica, el mecanismo patogénico: hipoventilación, alteraciones de la ventilación/perfusión, anormalidades de la difusión -- considerada hipoxémica por sus características gasométricas --; así como su causa: infiltración metastásica del parénquima pulmonar.

El diagnóstico al egreso fue:

- Gestación de 32 semanas
- Coriocarcinoma con metástasis pulmonar
- Insuficiencia respiratoria aguda

Hallazgos anatomopatológicos

- Presencia de coriocarcinoma
- Macroscópicamente conformaba un tumor blando, con zonas extensas de necrosis isquémica y hemorragia, así como áreas de reblandecimiento quístico (figuras 1 y 2).

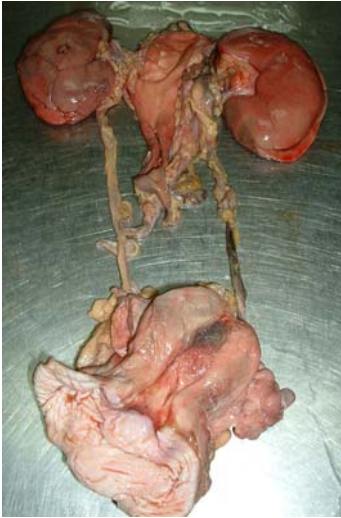


Fig. 1. Tumor blando



Fig. 2. Zonas extensas de necrosis isquémica y hemorragia

–Microscópicamente mostró una estructura dimórfica, con células citotroblastos y sincitiotroblastos, así como ausencia de vellosidades coriónicas y mitosis atípicas, y anaplasia (figura 3).

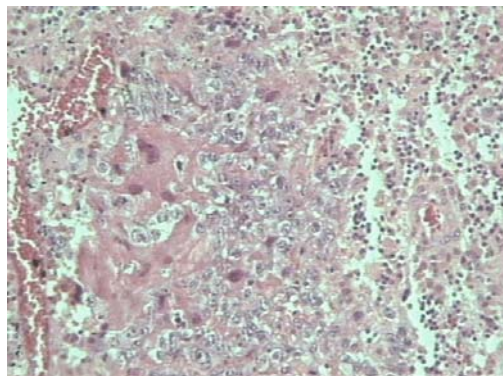


Fig. 3. Observación microscópica del tumor

COMENTARIOS

El coriocarcinoma es un cáncer de la placenta, generalmente de gran malignidad; por lo que forma parte del espectro de enfermedades trofoblásticas gestacionales. Se caracteriza por metástasis frecuente a los pulmones, aunque puede afectar otros órganos, como la vagina, el hígado, el riñón y la médula ósea.⁸

Asimismo es uno de los tumores más sensibles a la quimioterapia, cuyo promedio de cura, aún con la diseminación neoplásica, es aproximadamente de 90-95 %.

Prácticamente todos los pacientes sin metástasis pueden ser curados; sin embargo, en aquellos con metástasis en el hígado o el cerebro, la enfermedad por lo general es mortal.⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams MB, Schellhammer PF, Davis JW. Testicular choriocarcinoma. En: Medscape [citado 21 May 2012]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/435577-overview>
2. Rustin GJ, Newlands ES, Begent RH, Dent J, Bagshawe KD. Weekly alternating etoposide, methotrexate, and actinomycin/vincristine and cyclophosphamide chemotherapy for the treatment of CNS metastases of choriocarcinoma. *J Clin Oncol.* 1989; 7(7): 900–3.
3. Grases FJ, Tresserra Casas F. Enfermedad trofoblástica de la gestación: revisión. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2004; 64(2): 101-3.
4. Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: Diccionario de cáncer [citado 7 May 2012]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/diccionario?CdrID=46199>
5. Smith RP. *Netter: Obstetricia, ginecología y salud de la mujer.* Madrid: Elsevier; 2004. p. 247.
6. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: MedlinePlus: Enciclopedia médica en español [citado 6 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007333.htm>
7. Hernández E. Gestational trophoblastic neoplasia. En: Medscape [citado 7 May 2012]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/279116-overview>
8. Oróstegui Correa S, Arenas Rueda YA, Galindo Navas LM. Enfermedad trofoblástica gestacional. *MedUNAB.* 2008 [citado 6 Mar 2012]; 11(2). Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2008/vol11/no2/9.pdf>
9. González-Merlo J. Enfermedad trofoblástica gestacional. En: *Obstetricia.* 5 ed. Madrid: Elsevier; 2006.

Recibido: 2 de diciembre de 2013.

Aprobado: 12 de diciembre de 2013.

Vicia Sánchez Abalos. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: vicia@hospclin.scu.sld.cu