

Metástasis pulmonar por coriocarcinoma

Lung metastasis due to choriocarcinoma

MsC. Sahily Quintero Salcedo,¹ MsC. Haidee Marrero Rodríguez,¹ Dr. Joaquín López González,¹ Dr. Daniel Marino Costa Montané¹ y MsC. Jesús A. Quintero García^{II}

¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Pediátrico Docente Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una fémina de 29 años de edad, que asistió al Servicio de Neumología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba con falta de aire constante que evolucionó a la insuficiencia respiratoria aguda. Teniendo en cuenta los antecedentes patológicos personales, la clínica, el examen físico y los resultados de los exámenes complementarios efectuados, se corroboró que la paciente presentaba lesiones metastásicas pulmonares como consecuencia de una enfermedad trofoblástica: el coriocarcinoma. Se realizó legrado terapéutico y se indicó tratamiento con citostáticos, luego de lo cual mejoró. Por la rareza del caso se comparten estos hallazgos con la comunidad científica en general.

Palabras clave: mujer, enfermedad trofoblástica, coriocarcinoma, metástasis pulmonar, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 29 year female is presented who attended the Pneumology Service of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba with persistent dyspnea which became an acute respiratory failure. Keeping in mind the personal pathological history, the clinic, the physical examination and the results of the made complementary tests, it was corroborated that the patient presented metastatic lung lesions as consequence of a trophoblastic disease: the choriocarcinoma. A therapeutic curettage was carried out and the treatment with cytostatic was indicated, after which she improved. Due to the rareness of the case these findings are shared with the scientific community in general.

Key words: woman, trophoblastic disease, choriocarcinoma, lung metastasis, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma es un tumor maligno de crecimiento rápido, que se presenta en las células trofoblásticas (células del útero que ayudan al embrión a adherirse a este órgano y ayudan a formar la placenta). Casi todos los coriocarcinomas se forman en el útero después de que un espermatozoide fecunda un óvulo, pero un número reducido tiene lugar en un testículo o en un ovario. Este es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional también llamada corioblastoma, corioepitelioma y carcinoma coriónico.

El coriocarcinoma es uno de los tumores malignos más invasor y que ocasiona metástasis más extensas, principalmente en los pulmones (50 %), en la vagina (30-40 %), así como también en el cerebro, en el hígado y en los riñones, en ese orden;¹ no obstante, las células neoplásicas pueden diseminarse a cualquier otro lugar del cuerpo.²

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una paciente de 29 años que acudió a consulta con falta de aire constante, que se intensificaba al realizar esfuerzos, tos persistente desde hacía un mes, con poca respuesta al tratamiento, además de pérdida de peso marcada, anorexia y astenia. A medida que transcurrían los días se agravaba la disnea hasta que llegó a presentar insuficiencia respiratoria aguda.

Antecedentes obstétricos: 3 gestaciones, un parto eutócico y 2 abortos provocados; el último de estos 3 meses antes de su ingreso en el Servicio de Neumología.

- Examen físico: palidez extrema, cianosis distal, hipotensa, taquicárdica y polipneica. Al realizarse el tacto vaginal se halló cérvix cerrado y doloroso a la movilización, así como útero de 8 cm y anejos no tactables.
- Exámenes complementarios
 - Hemoglobina: 74g/L
 - Transaminasa glutámico oxalacética: 64mm/L
 - Fosfatasa alcalina: 3 831 mm/L
 - Gonadotropina coriónica: valores elevados, con los siguientes resultados evolutivos por semanas:
 - a) Primera: 354 mU/mL
 - b) Segunda: 507 mU/mL
 - c) Tercera: 650 mU/mL
 - d) Cuarta: 1 800 mU/mL
 - e) Quinta: 0,1 mU/mL (después del legrado terapéutico).
 - f) Sexta: 1,5 mU/mL
 - Espirometría: dentro de límites normales; capacidad vital forzada (CVF): 2,56 (89 %); volumen espiratorio forzado (VEF): 2,10 (88 %); VEF/CVF: 82 (99 %), sin evidencias de hiperreactividad bronquial.
 - Radiografía de tórax: patrón intersticial nodular difuso mal definido (figura 1).



Fig. 1. Radiografía de tórax

- Tomografía axial computarizada: las imágenes mostraron un pseudolóbulo de la ácigos. En ambos lóbulos inferiores se observaron varias imágenes nodulares hiperdensas, la mayor de estas de 30 mm en el segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho de 47 UH, de aspecto metastásico.

Diagnóstico definitivo: linfangitis carcinomatosa.

- Ecografía abdominal: se observó útero con imagen compleja en la cavidad, con vesículas que sugerían enfermedad trofoblástica y ovario derecho aumentado de tamaño, con múltiples quistes (el mayor de 23 mm); el izquierdo no se visualizó (figura 2).



Fig. 2. Imagen de ecografía abdominal

Biopsia de endometrio: los resultados evidenciaron elementos trofoblásticos abundantes, sangre, ausencia de glándulas endometriales, necrosis, sin vellosidades, y pigmentos del miometrio con presencia de células trofoblásticas.

COMENTARIOS

En el caso presentado, teniendo en cuenta los antecedentes, la clínica, los hallazgos al examen físico y las investigaciones realizadas, se pudo diagnosticar la enfermedad y tomar una conducta en consecuencia, en conjunto con el Servicio de Ginecoobstetricia.

Se plantea que 80 % de las pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional tienen metástasis pulmonar y la mayoría de estas son detectadas mediante radiografías de tórax realizadas habitualmente.^{3, 4}

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.

Desde que en 1956 se utilizó por primera vez el metotrexato para su tratamiento, estas características se han combinado para convertirla en una de las neoplasias humanas más curables.^{5, 6}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robbins SL, Contrar RS. Patología estructural y funcional. 21 ed. México. Interamericana; 1992.p. 1205-6.
2. Thanikasalam K. Posthysterectomy choriocarcinoma with pulmonary and renal metastases. Medical J Malaya. 1999; 46(2): 187-91.
3. Devasia A, Nath V, Abraham B, Gopalkrishnan G, Nair S. Hematuria, renal mass and amenorrhea: indicator of a rare diagnosis. J Urol. 1994; 151(2): 409-10.
4. Wang YE, Song HZ, Yang DY, Dong SV, Gan N. Renal metastases of choriocarcinoma. A clinicopathological study of 31 cases. Chin Med J Engl. 1981; 104(9): 716-20.
5. Hernández AA. Enfermedad trofoblástica. Clínica ginecología y obstetricia. Madrid: Editorial Interamericana; 2006.p. 297-301.
6. Molina N, Chumbe O. Coriocarcinoma metastásico en pulmón, riñones e intestino delgado. Ginecol Obst. 1996; 42(2):12-8.

Recibido: 20 de junio de 2011.

Aprobado: 30 de julio de 2011.

Sahily Quintero Salcedo. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba. Correo electrónico: hamarrero@hospclin.scu.sld.cu