

Cartas al director



Hemorragia digestiva e invaginación intestinal por coriocarcinoma intestinal

Sr. Director:

El coriocarcinoma es una neoplasia característicamente localizada en los órganos genitales; son infrecuentes las formas extragenitales (1-2% de los tumores germinales)¹. La localización primaria y/o metastásica en el tracto gastrointestinal es excepcional; el estómago es el órgano más afectado y la afección yeyunal es excepcional. Sears² describió el primer caso de afección intestinal en 1933 y, desde entonces, sólo se han descrito 7 casos.

Presentamos un nuevo caso de afección intestinal por coriocarcinoma.

Varón de 30 años que ingresó por cefalea retroocular súbita, disminución del nivel de conciencia y vómitos. En la tomografía computarizada (TC) craneal se observaron hematomas agudos en los lóbulos occipitales, que se drenaron quirúrgicamente y se biopsiaron. En el postoperatorio presentó un cuadro de hemoptisis, hematemesis y rectorrágia que le causaron anemia. En la radiografía de tórax se obtuvo imagen en "suelta de globos". Endoscopia digestiva alta: lesiones verrugosas y ulceradas gástricas sangrantes. Fue intervenido quirúrgicamente y se encontró una invaginación intestinal secundaria a lesiones tumorales intraluminales en el yeyuno (fig. 1); se realizó resección del segmento intestinal afectado, de una lesión interaortocava y una gastrectomía atípica. Falleció al quinto día. En el examen histológico se observó metástasis de coriocarcinoma en todas las piezas. La exploración

testicular fue normal y las determinaciones de alfafetoproteína y betagonadotropina coriónica estaban elevadas.

La afección del tracto gastrointestinal del coriocarcinoma es excepcional y suele cursar con obstrucción intestinal y sangrado³. La lesión testicular primaria puede desaparecer espontáneamente y ser evidentes sólo las lesiones metastásicas. Para el diagnóstico y el seguimiento son importantes los valores de alfafetoproteína y betagonadotropina coriónica. El tratamiento de elección es la cirugía y el tratamiento quimioterápico. La mortalidad sigue siendo muy significativa y el 50% se debe a las metástasis cerebrales⁴.

Antonio Palomeque, Karim Muffak, José Manuel Ramia, Alfonso Mansilla, Ana García-Navarro y José Antonio Ferrón

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Bibliografía

1. Ramia JM, Alcalde J, Dhimes P, Cubedo R. Metastasis from coriocarcinoma of the mediastinum producing acute appendicitis. *Dig Dis Sci.* 1998;43:332-4.
2. Sears JB. Ectopic chorioepithelioma: report of case in which the lesion was situated in the jejunum. *Ann Surg.* 1933;97:910.
3. Lombard F, Burtin P, Ketani S, Delaby J, Cale P, Boyer J. Mediastinal posterior choriocarcinoma with hemorrhagic gastric metastasis: endosonographic features. *Gastrointest Endosc.* 1992;38:187-90.
4. Ade Loye A, Osuntokun BO, Hndrickse JP, et al. The neurology of metastatic coriocarcinoma of uterus. *J Neurol Sci.* 1972;16:315-29.

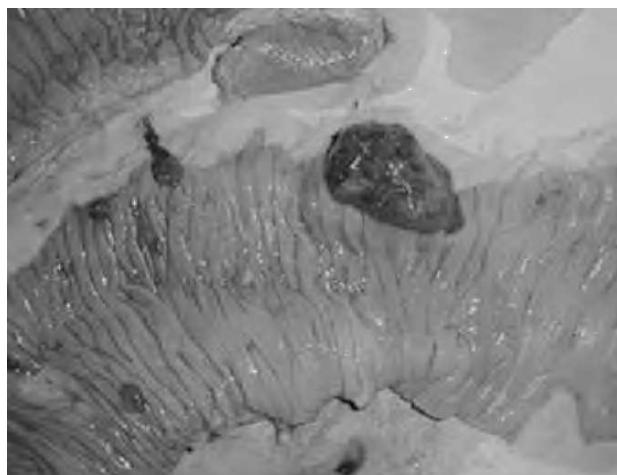


Fig. 1. Imagen de lesiones tumorales intraluminales.