

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 rectorragia 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 chorioepitelioma: 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 coriocarcinoma with hemorrhagic gastric metastasis: endosonographic features. Gastrointest Endosc. 1992;38:187-90.
4. Ade Loya A, Osuntokun BO, Hendrickse JP, et al. The neurology of metastatic coriocarcinoma of uterus. J Neurol Sci. 1972;16:315-29.

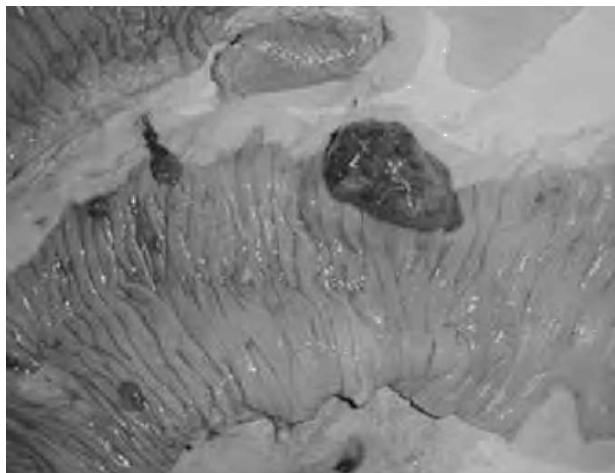


Fig. 1. Imagen de lesiones tumorales intraluminales.