

Una causa inusual de nódulos pulmonares múltiples

B. Fleta Asín, M. J. Esquillor Rodrigo, E. del Corral Beamonte, M. C. Gonzalvo Liarte y P. Cía Gómez
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 18 años, con hábito tabáquico de 10 a 20 cigarrillos al día, sin otros antecedentes de interés. Es reconocida por su médico de Atención Primaria por referir masa en hipocondrio derecho desde hace dos años. La tomografía computarizada (TC) abdominal muestra que la masa objetivada corresponde al polo inferior del riñón derecho. El estudio tomográfico se extiende al tórax al visualizar múltiples nódulos bilaterales subpleurales, sólidos, no calcificados ni cavitados, por lo que se remite a Medicina Interna para estudio (figs. 1 y 2).

La exploración física está dentro de la normalidad y no se objetivan lesiones dermatológicas de aspecto tumoral. El electrocardiograma (ECG) y la exploración oftalmológica y funcional respiratoria son normales. La prueba de Mantoux es negativa. En los análisis de sangre destacan hemoglobina de 11 g/dl, hematocrito 34%, volumen corpuscular medio (VCM) 95, velocidad de sedimentación globular (VSG) 8 mm, ferritina 4 ng/ml, con resto de hemograma y bioquímica normales. Enzima conversora de angiotensina, CA 19.9, CA 125, CIFRA 121, S100, alfa fetoproteína, tiroglobulina y calcitonina dentro del rango fisiológico. La radiografía de tórax muestra imagen nodular paracardíaca de unos 2 cm de diámetro en lóbulo inferior derecho pulmonar. En la gammagrafía con galio no se detecta captación.

La determinación de beta gonadotrofina coriónica humana (β -HCG) es de 1.871 mUI/ml (normal < 5 mUI/ml). Rehistoriada la paciente refiere aborto voluntario dos meses antes del presente ingreso. La ecografía ginecológica detecta una línea endometrial gruesa; la biopsia obtenida mediante microlegrado se informa como endometrio con cambios de tipo gestacional. La paciente se somete a observación con determinaciones periódicas de β -HCG.

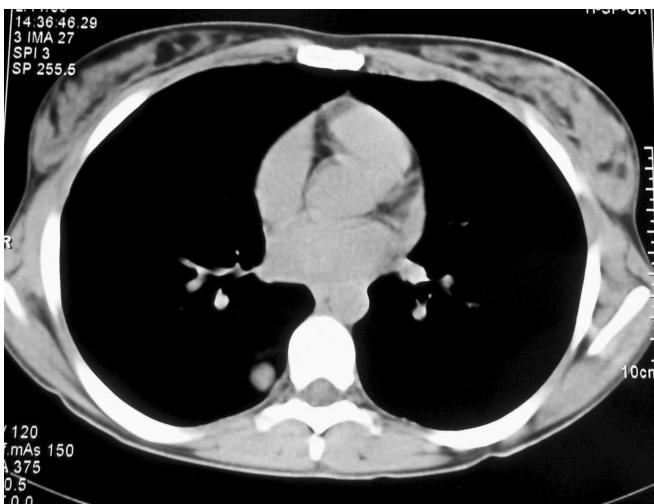


Fig. 1. Imagen nodular paravertebral derecha.

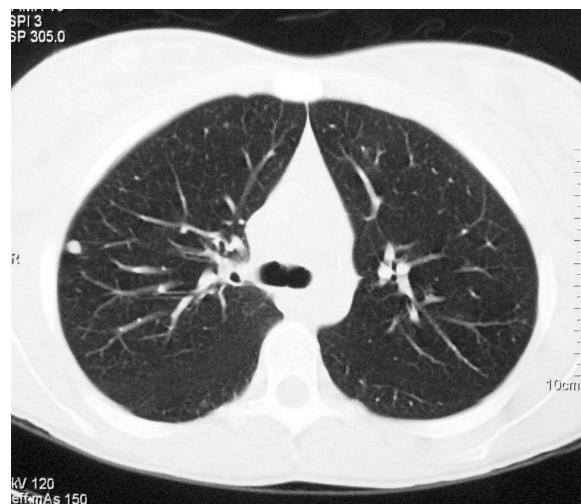


Fig. 2. Imagen nodular paracostal derecha.

Evolución

Tres meses después del ingreso la paciente sigue asintomática, la β -HCG es < 1 mUI/ml y en la TC de control seis meses después se observa la persistencia de un único nódulo de 14 mm en lóbulo inferior derecho de características benignas.

Diagnóstico

Con los nuevos hallazgos y datos clínicos se diagnostica a la paciente de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) con metástasis pulmonares.

Discusión

El diagnóstico diferencial de los nódulos pulmonares múltiples es muy amplio, e incluye un espectro de causas infecciosas, inflamatorias-inmunes, malignas y vasculares. La morfología de dichas lesiones en una TC nos orienta en ocasiones, como sucede en el caso de nuestra paciente, con unas lesiones tumorales de pequeño tamaño, múltiples, de localización subpleural, sin cavitación ni calcificación, altamente sugestivas de metástasis hematogena de tumor de células germinales, melanoma o linfoma. En nuestro caso, la positividad de β -HCG en título alto, seguido de un reinterrogatorio exhaustivo a la paciente, posibilitó el diagnóstico de ETG. Este nombre genérico se aplica a un conjunto de entidades de características clínico-patológicas diferentes derivadas del embarazo. La denominación aplicada a cada una de ellas ha variado en el tiempo, aunque la clasificación actual incluye: mola hidatiforme (que puede ser completa o parcial), mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico placentario, tumor trofoblástico epitelioide y otras lesiones trofoblásticas¹. Se han implicado distintos factores en la etiología, como la edad materna, el antecedente de ETG en gestación previa, la etnia o el uso de anticonceptivos orales². El diagnóstico anatomo-patológico no fue posible en nuestra paciente, por lo que ignoramos si la ETG procedía de un embarazo molar o una gestación normal. No se encontró evidencia tras la exploración ginecológica de afectación local, por lo que podía descartarse la mola invasiva o coriocarcinoma; por la existencia de afectación pulmonar se clasifica como ETG maligna metastásica. En nuestra paciente el diagnóstico se realizó estando asintomática y cuando ya no existía ETG uterina; sin embargo, suele presentarse como sangrado genital anormal o crecimiento uterino mayor al esperado para la edad gestacional; en ocasiones la ecografía sugiere el diagnóstico, o se detecta al analizar un aborto espontáneo o electivo; puede cursar con hemorra-

gia intraabdominal, sobre todo en casos invasivos, o metastatizar en pulmón, cerebro e hígado, más frecuentemente^{1,3}.

Las metástasis se han descrito hasta en el 19% de ETG, la mayor parte por vía hematogena y asociadas a coriocarcinoma. Las localizadas en pulmón suelen invadir el parénquima pulmonar, o expresarse como embolismo pulmonar, derrame pleural y tumores endobronquiales. A la localización pulmonar de las metástasis se le asigna la menor puntuación de riesgo, en contraposición a las abdominales o cerebrales. Aunque el nuevo sistema de clasificación permite el uso de la TC o la radiografía de tórax para el diagnóstico de las metástasis pulmonares, sólo estas últimas se consideran con fines pronósticos, pues no existe evidencia, por el momento, de que las micrometástasis detectadas por TC sean útiles en el estadiaje o se relacionen con recurrencia o respuesta a la quimioterapia. Sin embargo, hasta el 41% de las metástasis pulmonares no se detectan en la radiografía de tórax⁴⁻⁷.

Se han utilizado varios sistemas de estadiaje y clasificación en ETG. Recientemente se han fusionado los sistemas de clasificación de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo características pronósticas patológicas y clínicas. El caso de nuestra paciente, con los datos que conocemos, podría clasificarse como enfermedad metastásica de bajo riesgo; sin embargo, se decidió conducta expectante ante el descenso progresivo de los niveles sanguíneos de β -HCG y la remisión de las imágenes pulmonares, aunque según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos se beneficiaría de la quimioterapia con agente único⁸. La peculiaridad de este caso fue llegar al diagnóstico por la detección de enfermedad pulmonar a distancia, estando la paciente asintomática y sin evidencia de ETG uterina. En casos de buen pronóstico, la observación y el control analítico hormonal son suficientes en su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cheung AN. Pathology of gestational trophoblastic diseases. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003;17:849-68.
- Steigrid SJ. Epidemiology of gestational trophoblastic diseases. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003;17:837-47.
- Menczer J, Girtler O, Zajdel L, Glezerman M. Metastatic trophoblastic disease following partial hydatidiform mole: Case Report and Literature Review. Gynecol Oncol. 1999;74:304-7.
- Soper JT, Mutch DG, Schink JC; American College of obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and treatment of trophoblastic gestational disease: ACOG practice bulletin No. 53. Gynecol Oncol. 2004;93:575-85.
- Ng TY, Wong LC. Diagnosis and management of gestational trophoblastic neoplasia. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003;17:893-903.
- Allen SD, Lim AK, Seckl MJ, Blunt DM, Mitchell AW. Radiology of gestational trophoblastic neoplasia. Clin Radiol. 2006;61:301-13.
- Ngan HY, Chan FL, Au VW, Cheng DK, Ng TY, Wong LC. Clinical outcome of micrometastasis in the lung in stage IA persistent gestational trophoblastic disease. Gynecol Oncol. 1998;70:192-4.
- Hancock BW. Staging and classification of gestational trophoblastic disease. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003;17:869-83.