



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1074 - Hemorragia posparto: Punto de partida hacia el diagnóstico de un coriocarcinoma

M. de Cos Gutiérrez<sup>a</sup>, M.J. Otero Ketterer<sup>b</sup>, J.L. López Fernández<sup>b</sup>, A.I. Ortiz Blanco<sup>b</sup>, C. Manzanares Arnáiz<sup>ec</sup>, N. Guelai<sup>d</sup> y N. Royuela Martínez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Liébana. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>e</sup>Cardiología-críticos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 41 años que tras parto eutócico, al mes presenta episodio de metrorragia autolimitada sin más sintomatología asociada. Es derivada al hospital para valoración por Ginecología presentando una masa ecogénica y vascularizada implantada en cavidad uterina, una BHCG anormalmente elevada, ingresando con sospecha de neoplasia trofoblástica gestacional. El TAC toraco-abdominal muestra afectación uterina y el TAC Craneal es normal; Se decide histerectomía con doble anexectomía y quimioterapia complementaria. La AP informa un útero en involución posparto con coriocarcinoma. El TAC de control posterior (2 meses y medio) encuentra 2 masas paravertebral izquierda y en fosa iliaca izquierda informadas como posibles metástasis hemorrágicas de tumor primario. Seguimiento actual en Oncología Ginecológica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Genitales, cérvix y vagina normales, útero globuloso blando. Resto EF normal. Analítica: Hemograma normal; BHCG 222.000 (255.000 en 24h); Resto de bioquímica, anodina; Rx tórax normal. Ecografía: masa ecogénica, 4 cm de diámetro implantada en cara posterior de útero con adelgazamiento miometrial, que llega cerca de serosa, muy vascularizada. TAC tórax/abdomen/pelvis: pulmón e hígado normal, vesícula, páncreas, bazo, riñones y suprarrenales normales. Útero aumentado de tamaño con paredes engrosadas e hipervascularizadas y contenido endometrial. TAC craneal normal. Anatomía patológica: coriocarcinoma 3.8 cm que infiltra mitad externa de miometrio, con evidencia de permeación de venas de mediano y gran calibre. Adenomiosis nodular superficial. trompas normales.

**Juicio clínico:** Neoplasia trofoblástica gestacional estadio clínico I con score OMS-FIGO de 8 (alto riesgo). Metrorragia posparto.

**Diagnóstico diferencial:** Neoformaciones de ovario, útero, trompas. Alumbramiento incompleto.

**Comentario final:** El tratamiento es el vaciamiento quirúrgico (histerectomía con doble anexectomía) y QT. La aparición de una metrorragia posparto, tras permanecer tiempo sin sangrado posparto, con una BHCG elevada obliga a descartar tumor trofoblástico. Un sangrado ginecológico autolimitado en una mujer posparto, podría haberse dado como secundario al parto y gracias a la derivación precoz a ginecología ha permitido adelantar probablemente varios meses el diagnóstico de una neoplasia de alta morbimortalidad y con un diagnóstico muchas veces tardío.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero-Hernández A, Jennings-Aguilar Y, Fernando López-Zúñiga D, Ochoa-Carrillo FJ, Briones-Garduño JC. Coriocarcinoma gestacional. Caso clínico de medicina crítica en ginecología y obstetricia. Gaceta mejicana de Ginecología. 2012;11(1).
2. Alomar A, Moreno R, Usandizaga M. Coriocarcinoma: un reto para el clínico y el patólogo. Prog Obstet Ginecol. 2005;48:91-6.