

CASOS EN IMAGEN: 2

M.^a P. Diezhandino, C. González y M.^a I. Rivera

Hospital Clínica Puerta de Hierro Madrid. España.

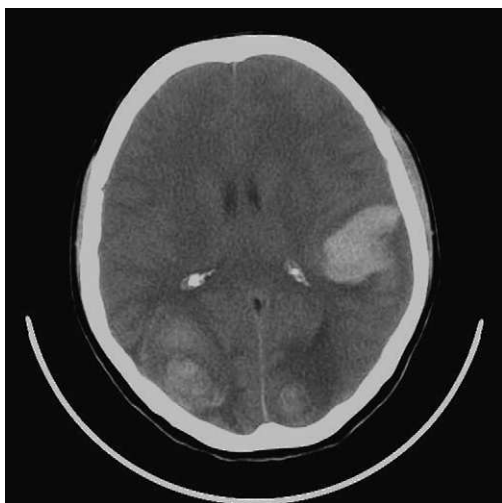


Fig. 1. TC craneal.



Fig. 2. TC torácica.

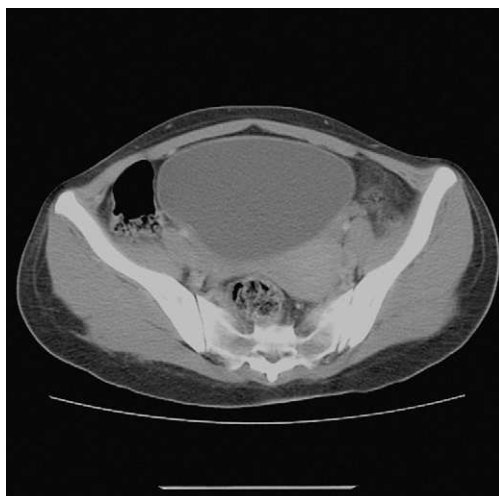


Fig. 3. TC pélvica.

Mujer de 19 años con cefalea brusca holocraneal y pulsátil, pérdida de visión, pérdida de conciencia y sangrado vaginal moderado discontinuo desde su último parto hace cuatro meses.

Comentario en la página 112

Casos en imagen 2.—METÁSTASIS CEREBRALES Y PULMONARES DE CORIOCARCINOMA GESTACIONAL

Diagnóstico final

Metástasis hemorrágicas cerebrales y pulmonares de coriocarcinoma gestacional.

Hallazgos radiológicos

Tomografía computarizada (TC) craneal: hematomas en lóbulo parietal y occipital izquierdo y en lóbulo occipital derecho con edema vasogénico periférico y efecto de masa (fig. 1).

TC torácica: nódulo pulmonar en lóbulo inferior derecho (fig. 2).

TC pélvica: útero y anejos sin alteraciones (fig. 3).

Comentario

El coriocarcinoma (CC) es un tumor que se incluye en el grupo de las enfermedades trofoblásticas gestacionales (ETG), cuyo principal denominador común es su origen en el corion fetal a partir de elementos trofoblásticos del blastocito y, por lo tanto, el antecedente de la gestación y la producción de altos niveles de hormona β gonadotropina coriónica humana (β -HCG). Presenta una alta sensibilidad al tratamiento con quimioterapia y puede regresar de forma espontánea.

El CC se caracteriza histológicamente por la presencia de sincitiotrofoblasto y citotrofoblasto sin vellosidades coriónicas ni restos fetales. Su localización más frecuente es la placenta, pero también puede aparecer en el ovario, testículo, mediastino o abdomen. En estas dos últimas localizaciones por atrapamiento de restos de células pluripotenciales.

El principal factor de riesgo para el CC es haber padecido un embarazo molar, aunque también puede derivar de un aborto espontáneo, un embarazo a término o un embarazo ectópico. Algunos estudios afirman que el CC se presenta en aproximadamente 1:30 molas hidatiformes, mientras que su presentación en los embarazos a término es de 1:50000¹.

El CC tiene una alta capacidad para invadir canales vasculares y metastatizar vía sanguínea a distancia (pulmón, vagina, cerebro, médula ósea, hígado y riñones). Las metástasis pulmona-

res no empeoran el pronóstico, al contrario que las cerebrales y las hepáticas. Cuando existen metástasis cerebrales (8,8% según algunos estudios²), el pulmón suele estar ya diseminado. Otros factores que influyen en el pronóstico son: el tiempo de evolución, los niveles de HCG, el tamaño del tumor, los grupos sanguíneos de los progenitores, la edad y la paridad de la paciente². El CC tiene una mortalidad del 10-15% aunque se diagnostique y trate oportunamente. Las causas más frecuentes son la hemorragia tumoral y la insuficiencia respiratoria³.

Dado el rápido crecimiento que sufre el tumor, a veces, como en nuestro caso, se necrosa en su totalidad antes de sospechar su existencia y debuta por las metástasis en otros órganos sin llegar a identificar el sitio del tumor primario. El debut del tumor con síntomas neurológicos debido a metástasis hemorrágicas cerebrales no es frecuente, pero en una paciente en edad fértil, con antecedentes gineco-obstétricos y niveles anormalmente altos de β -HCG no hay que dejar de sospechar la posibilidad de esta patología⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Athanassiou A, Begent RH, Newlands ES, Parker D, Rustin GJ, Bagshawe KD. Central nervous system metastases of choriocarcinoma. 23 years' experience at Charing Cross Hospital. *Cancer*. 1983;52:1728-35.
2. Bagshawe KD. Risk and prognostic factors in trophoblastic neoplasia. *Cancer*. 1976;38:1373-85.
3. Mazur MT, Lurain JR, Brewer JI. Fatal gestacional choriocarcinoma. *Cancer*. 1982;50:1833-46.
4. Picone O, Castaigne V, Ede C, Fernández H. Cerebral metastases of a choriocarcinoma during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2003;102:1380-3.

Correspondencia:

M.^a Pilar Diezhandino Gallo-Ruiz.
C/ Martín de Porres 4. 28035 Madrid. España.
mpdiezhandino@yahoo.com