

98 **F. García-Benasach**
M. Ríos-Vallejo
R. Savirón-Cornudella
E. Díaz-Terán
E. Iglesias-Goy

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.
Madrid. España.

Correspondencia:

Dra. F. García Benasach.
Avda. Islas Pitiusas, 2-17, 2.º A. Residencial Los Álamos.
28230 Las Rozas. Madrid. España.
Correo electrónico: fatimabenasach@hotmail.com

Fecha de recepción: 26/11/04

Aceptado para su publicación: 28/11/05

Metástasis cerebrales de coriocarcinoma tras una gestación a término

Brain metastases from a choriocarcinoma following full term pregnancy

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente que acudió a urgencias por dolor holocraneal y pérdida de conocimiento. Había tenido a su cuarto hijo hacía 3 meses. Tras varios días de estudio, descubrimos fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (B HCG) en sangre elevada y metástasis sangrantes cerebrales, por lo que se diagnosticó metástasis de coriocarcinoma.

PALABRAS CLAVE

Coriocarcinoma. Embarazo. Metástasis.

ABSTRACT

We report the case of a patient who presented to the emergency department with holocranial pain and loss of consciousness. She had given birth to her fourth child 3 months previously. After several days of investigations, we observed a high serum beta-human chorionic gonadotrophin level and hemorrhagic brain metastases. These data led to a diagnosis of metastases from choriocarcinoma.

KEY WORDS

Choriocarcinoma. Gestation. Metastases.

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma gestacional que sigue a un embarazo a término es una enfermedad rara y muy agresiva. En la mayoría de los casos se presenta semanas o meses después del parto con hemorragia o síntomas relacionados con metástasis, sobre todo en la vagina, el pulmón, el hígado y el cerebro. El diagnóstico precoz de la enfermedad permite el comienzo del tratamiento con quimioterápicos y la remisión de la enfermedad en muchos casos.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 19 años, de nacionalidad rumana, con 4 hijos; el último había nacido 3 meses antes en otro centro hospitalario. Solicitamos en ese centro la revisión de la historia del parto, y se observó que había transcurrido con total normalidad. El comienzo del parto fue espontáneo, la dilatación evolucionó sin complicaciones y en el alumbramiento no figura ninguna incidencia. Fue un alumbramiento espontáneo sin que presentara ningún indicio de acretismo placentario ni alteraciones morfológicas de la placenta.

Ingresó en urgencias de nuestro hospital por un cuadro de cefalea holocraneal pulsátil acompañada de náuseas y vómitos de contenido alimentario. Había tenido pérdida de conocimiento de 1-2 h de duración, sin convulsiones ni relajación de esfínteres.

En la exploración al ingreso tenía presión arterial de 127/84 mmHg, frecuencia cardíaca de 69 lat/min, saturación de oxígeno del 94% sin oxigenoterapia y temperatura de 36,5 °C. Estaba consciente y orientada y tenía exploración neurológica con pupilas isocóricas y normorreactivas. Presentaba hemianopsia izquierda, movilizaba las 4 extremidades, tenía reflejos normales, el Romberg era negativo y la marcha no presentaba alteraciones.

En el resto de las exploraciones no hubo hallazgos patológicos, excepto una hemorragia vaginal escasa que había comenzado unas 3 semanas antes.

La analítica presentaba hemograma, bioquímica y orina elemental sin alteraciones. La prueba de embarazo en orina fue positiva.

En el electrocardiograma se objetivó un ritmo sinusal a 75 lat/min sin signos de isquemia. Se realizó una tomografía computarizada (TC) craneal que reveló un hematoma parietooccipital derecho de 7,7 ml y hemorragia subaracnoidea que se informó como probablemente secundarios a malformación arteriovenosa.

Ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y comenzó un tratamiento con morfina i.v. con diagnóstico de hematoma parietooccipital derecho y hemorragia subaracnoidea por una posible malformación arteriovenosa contra fístula dural, además de una hemorragia vaginal a filiar.

Al día siguiente se pidió interconsulta a ginecología. Se le realizó una ecografía abdominal en la UCI, sin repleción vesical en ese instante, que reveló un útero vacío y sin afeción anexial. Se recomendó control con ecografía vaginal en cuanto la paciente pudiera ser trasladada. Durante los 10 días siguientes la paciente continuó en el mismo estado, salvo que cedió la hemorragia vaginal. El test de embarazo en orina continuaba siendo positivo. A los 13 días del ingreso comenzó a sangrar en cantidad similar a la regla de cavidad uterina, por lo que nuevamente fue vista por nuestro servicio. El cérvix estaba cerrado y no tenía dolor a la exploración. No se observaron lesiones a la exploración cervicovaginal. En la ecografía vaginal aparecía un útero en retroflexión de tamaño normal, vacío, con imagen de 6 mm compatible con restos hemáticos. No se observó afeción anexial. Debido al sangrado, se pautó Methergin gotas suponiendo un posible aborto completo.

A los 16 días del ingreso se realizó otro TC cerebral que reveló un nuevo hematoma en el lóbulo

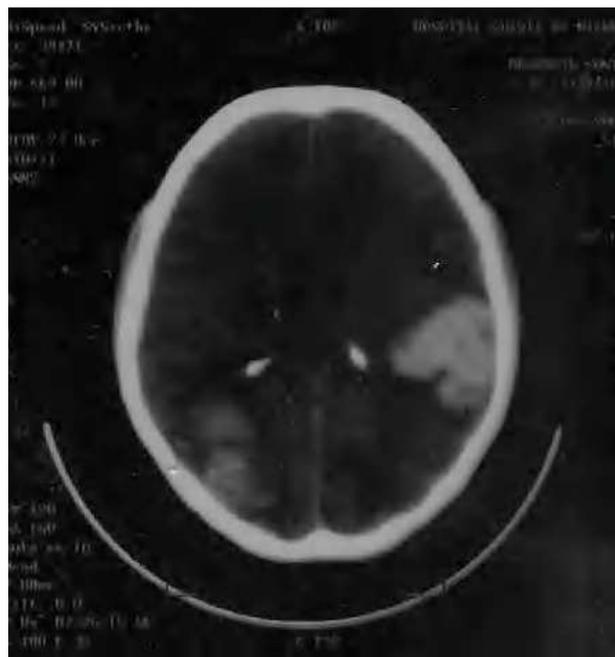


Figura 1. Tomografía computarizada cerebral con hematomas en los lóbulos parietal y occipital.

occipital izquierdo. En este caso el radiólogo informó que se trataba de metástasis hemorrágicas múltiples muy vascularizadas (fig. 1). Ante este diagnóstico, pedimos B HCG en sangre cuyo resultado fue 29.000 U/l. Este valor aumentó a los 2 días a 30.940 U/l. En la ecografía vaginal continuábamos viendo un útero vacío con endometrio lineal y anejos normales (fig. 2). Se realizó además una histeroscopia, donde se comprobó la existencia de un endometrio proliferativo que se biopsió. La anatomía patológica no presentó signos de malignidad.

Una TC toracoabdominal mostró metástasis en el pulmón, el hígado y el riñón. Ante todos estos datos se realizó el diagnóstico de metástasis de coriocarcinoma, por lo que se comenzó el tratamiento quimioterápico con etopósido, actinomicina D y metotrexato. A pesar del tratamiento, la paciente empeoró y comenzó con síntomas que hacen sospechar un edema cerebral. En la TC craneal aparecieron nuevas zonas hemorrágicas. Al tercer día de tratamiento ingresó en la UCI por empeoramiento del cuadro y falleció debido a la hemorragia cerebral masiva.



Figura 2. Ecografía vaginal con útero en anteflexión vacío y endometrio lineal.

DISCUSIÓN

El coriocarcinoma se desarrolla con mayor frecuencia después de una mola completa o un aborto y en caso de ir precedido por un embarazo a término aparece durante el puerperio (la aparición tras una gestación normal supone un 22,5% de los casos). Aunque el síntoma más habitual es la hemorragia, pueden aparecer otros signos como la subinvolución uterina después de la evacuación de la mola, el aborto o el parto. En ocasiones, como en el caso que presentamos, la primera manifestación puede aparecer en forma de metástasis.

En alguna publicación hemos encontrado, como presentación del coriocarcinoma, una muerte fetal intraútero en la semana 35 sin afección metastásica materna o un fallo cardíaco del recién nacido con anemia severa que precisó transfusión y cuidados en la UCI neonatal (se comprobó una transfusión masiva materno-fetal y metástasis pulmonares maternas).

La extensión del coriocarcinoma se produce preferentemente por vía vascular aunque los ganglios linfáticos pueden también estar afectados. En su propagación invade los ligamentos anchos, así como las trompas y los ovarios. Muy características son las metástasis retrógradas en la vagina, que aparecen como nódulos azulados. Son también frecuentes las metástasis pulmonares, cerebrales y, en menor medida, las hepáticas, renales o en cualquier otro órgano.

La incidencia del coriocarcinoma es variable según la zona geográfica. En la literatura médica se

publica una incidencia de coriocarcinoma tras una gestación a término de aproximadamente 1/200.000 partos. Parece ser más frecuente en mujeres menores de 20 años y mayores de 40.

El diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional se realiza por el análisis conjunto de los síntomas y pruebas diagnósticas como la ecografía y la determinación de la B HCG en plasma. Según la angiogénesis tumoral, en el caso del coriocarcinoma puede utilizarse el Doppler color, que permite observar índices de baja resistencia.

La histeroscopia, en muchas ocasiones, tiene un valor limitado, debido a que la enfermedad es invasiva y no es visible en la cavidad endometrial. Nosotros realizamos una histeroscopia en nuestra paciente con tomas de biopsia endometrial, sin encontrar ningún dato que nos hiciera sospechar el diagnóstico.

Existen varios estadios de enfermedad trofoblástica gestacional persistente, coriocarcinoma y tumor trofoblástico situado en la placenta. En el estadio I, el tumor está confinado al cuerpo uterino; en el estadio II, hay metástasis en la vagina o la pelvis; en el III, englobamos la enfermedad pulmonar metastásica, y en el IV, hay afección metastásica en otras localizaciones, como en el cerebro; aquí incluiríamos el caso que nos ocupa.

Así, las exploraciones que debemos realizar para el estudio de extensión del coriocarcinoma son, además de la historia clínica y la exploración, un estudio hematológico y bioquímico, título de B HCG pretratamiento, TC torácica, cerebral y abdominopelviana y ecografía y Doppler color pelviano.

Existen varias pautas de tratamiento quimioterápico, en que se consideran altas tasas de remisión (83%). En nuestro caso los fármacos utilizados fueron etopósido, metotrexato y actinomicina D. En el estadio IV, además de la quimioterapia, hay que considerar la radioterapia, sobre todo con metástasis cerebrales, y a veces la cirugía. Con nuestra paciente sólo tuvimos tiempo de comenzar la quimioterapia, ya que enseguida se produjo su empeoramiento clínico y su fallecimiento.

Con todo lo expuesto, concluimos que el coriocarcinoma que sigue a una gestación a término es una enfermedad rara pero muy agresiva. Su diagnóstico temprano a veces es difícil, pero permitiría el comienzo del tratamiento con quimioterápicos y una posible remisión completa de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Altieri A, Franceschi S, Ferlay J. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol.* 2003;4:670-8.
- Augusto R, Duarte A, Sergio C. Metastasis of choriocarcinoma to lumbar and sacral column. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;113:110-3.
- Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Choriocarcinoma following term gestation. *Gynecol Oncol.* 1984;17:52-7.
- Calero F. Enfermedad trofoblástica gestacional. Tumores trofoblásticos gestacionales. *Actualidad Obstétrica Ginecológica.* 1990;2(1):5-29.
- Lam CM, Wong SF, Lee KW. Massive feto-maternal hemorrhage: an early presentation of women with gestational choriocarcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:573-6.
- Lichtenberg ES. Gestational trophoblastic tumor after medical abortion. *Obstet Gynecol.* 101:1137-9.
- Picone O, Castaigne V, Ede C. Cerebral metastases of a choriocarcinoma during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003;102:1380-3.
- Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la reproducción. Vol I. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003. p. 580-6.
- Yingna S, Yang X, Xiuyu Y. Clinical characteristics and treatment of gestational trophoblastic tumor with vaginal metastasis. *Gynecol Oncol.* 2002;84:416-9.