


Reporte de Caso

Coriocarcinoma no gestacional en adolescente: Reporte de un caso

Non-gestational choriocarcinoma in an adolescent: A case report

Vanessa Nathalia Cuquejo García¹ , María Belén Coria Pimienta¹ , Celia María Vázquez Rotela¹ 
Carlos Max Wildberger Ramírez¹ 

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia. San Lorenzo, Paraguay.

Editor responsable: Jorge Alejandro Dejesús Núñez. Federación Paraguaya de Ginecología y Obstetricia, Paraguay

Revisores:

Cesareo Saldivar Patiño. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Paraguay

Mirian Angélica Duarte de Benitez. Instituto de Previsión Social. Servicio de Obstetricia, Paraguay

RESUMEN

La evolución del tratamiento de los tumores malignos de células germinales ha sido una de las historias más exitosas de la oncología moderna, donde los avances importantes han ocurrido en los últimos 20 años, gracias a los estudios llevados a cabo en los tumores de células germinales del testículo, las cuales son 10 veces más frecuentes que en el ovario. El coriocarcinoma es una neoplasia maligna del epitelio trofoblástico, que puede ser de origen gestacional o no. Se presenta el caso de una paciente de 17 años con el diagnóstico presuntivo de mola hidatiforme, por lo se realiza un legrado evacuador, en el cual no se obtuvo muestra. Se realiza una ecografía ginecológica combinada que informa en ovario izquierdo la presencia de imagen que desplaza al útero, de aspecto sólido, bordes irregulares con áreas quísticas y multitabicado, con escasa vascularización al Doppler color, además de una tomografía con contraste, que informa la presencia de gran masa heterogénea de probable origen anexial derrame pleural bilateral, ascitis y lesión secundaria en hígado. Se solicita marcadores tumorales de los cuales retornan elevados (Ca-125:

202 U/ml y la fracción beta de gonadotropina coriónica humana: 225.000 mUI/ml), se realiza una reunión multidisciplinaria con el departamento de Oncología Pediátrica y se decide laparotomía exploradora con abordaje conservador con biopsia extemporánea.

Palabras Claves: Coriocarcinoma no Gestacional, Adolescente, Mola hidatiforme.

SUMMARY

The evolution of the treatment of malignant germ cell tumors has been one of the most successful stories of modern oncology, where important advances have occurred in the last 20 years, thanks to studies carried out on germ cell tumors of the testicle, which are 10 times more frequent than in the ovary. Choriocarcinoma is a malignant neoplasm of the trophoblastic epithelium, which may or may not be of gestational origin. The case of a 17-year-old patient with the presumptive diagnosis of hydatidiform mole is presented, for which an evacuative curettage was performed, in which no sample was obtained. A combined gynecological ultrasound is performed, which reports in the left ovary the presence of an image that displaces the uterus, with a solid appearance,

Autor correspondiente:

Dra. Vanessa Nathalia Cuquejo García

Correo electrónico: vanessacuquejo@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

irregular edges with cystic areas and multiseptation, with little vascularization on color Doppler, in addition to a contrast-enhanced tomography, which reports the presence of a large heterogeneous mass of probable adnexal origin bilateral pleural effusion, ascites and secondary lesion in the liver. Tumor markers are requested, of which they return elevated (Ca-125: 202 U/ml and the beta fraction of human chorionic gonadotropin: 225,000 mIU/ml), a multidisciplinary meeting was held with the Pediatric Oncology department and exploratory laparotomy with a conservative approach with extemporaneous biopsy was decided.

Keywords: Non-gestational choriocarcinoma, Adolescent, Hydatidiform mole.

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos de células germinales de ovario representan el 5% de todas las neoplasias malignas de ovario en los países occidentales. Cerca de 70% de los tumores que aparecen en las dos primeras décadas de la vida son de origen germinal, y un tercio de estos son malignos. Debido a que ocurren principalmente durante la adolescencia y la edad adulta temprana, las decisiones sobre el tratamiento solían presentar un desafío para el ginecólogo oncólogo, ya que la quimioterapia combinada eficaz produjo mejoras drásticas en el pronóstico. Los tumores ováricos son raros en edad pediátrica: representan de 1 a 5% de los tumores que aparecen en las niñas. Son más frecuentes entre los 9 y 12 años.^{1,2}

Tres rasgos típicos distinguen a los tumores malignos de células germinales de los cánceres ováricos epiteliales. Primero, la patología de las pacientes casi siempre inicia a una edad menor, por lo común en la adolescencia o al tercer decenio de la vida. Segundo, al momento del diagnóstico la mayoría de las mujeres presenta enfermedad en etapa I. Tercero, el pronóstico es excelente por la gran sensibilidad de los tumores a la quimioterapia, incluso para aquellas personas con enfermedad avanzada. Las cirugías permiten conservar la fertilidad representan el tratamiento primario para las mujeres que desean embarazarse en el futuro, aunque las mayoría no requerirá quimioterapia posoperatorio. En Estados Unidos, la incidencia de los tumores ováricos malignos de células germinales, ajustada por edad, es mucho menor 0,4

por cada 100.000 mujeres. Dichas tumoraciones son neoplasias malignas ováricas que se diagnostican con mayor frecuencia en la infancia y en la adolescencia, aunque solo 1 % de todos los cánceres ováricos se desarrolla en estos grupos de pacientes. Sin embargo, a los 20 años de edad la incidencia de carcinoma ováricos epitelial empieza a elevarse y rebasa a la de los tumores de células germinales. Los signos y síntomas relacionados con estos tumores son diversos, pero en general la mayor parte se debe al crecimiento tumoral y a las hormonas que la neoplasia produce. El síntoma inicial en 85 % de las pacientes es el dolor y refleja el crecimiento rápido de un tumor unilateral grande cuya cápsula se distiende o experimenta hemorragia o necrosis. En 10 % de los casos, la rotura de un quiste, su torsión o la presencia de hemorragia intraperitoneal causan un cuadro abdominal agudo. En casos de enfermedad más avanzada puede ocurrir ascitis, la cual es capaz de provocar distensión abdominal. Por los cambios hormonales que a menudo acompañan a estos tumores, la menstruación puede tornarse abundante o irregular. Aunque la mayoría de las mujeres nota uno o más de estos síntomas, 25 % permanece asintomática y se descubre una masa pélvica inesperada durante la exploración físico un estudio ecográfico.^{3,4}

El coriocarcinoma ovárico primario originado de una célula germinal es similar a un coriocarcinoma gestacional con metástasis ovárica. Es importante hacer la diferenciación porque los tumores no gestacionales tienen peor pronóstico. La detección de otros componentes germinales indica la presencia de un coriocarcinoma no gestacional, mientras que un embarazo concomitante o próximo sugiere una forma gestacional. Las manifestaciones clínicas son frecuentes y se deben a concentraciones altas de gonadotropina coriónica humana (HCG) producida por dichas neoplasias, tales concentraciones pueden producir precocidad sexual en niñas prepúberes o menstruaciones abundantes e irregulares en edad reproductiva. El tratamiento en las pacientes con un tumor maligno de células germinales se debe realizar una cirugía con estudio de extensión completo similar al cáncer epitelial de ovario para conocer la extensión de la enfermedad. Debido a la edad de estas pacientes, la preservación de la fertilidad será casi una constante. La salpingoovarectomía unilateral con preservación del ovario contralateral y del útero será apropiada en la mayoría de los casos.⁴

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de paciente de 17 años que es derivada al servicio y cátedra de Ginecología y Obstetricia del hospital de Clínicas por debilidad generalizada de una semana de evolución y con el diagnóstico presuntivo de mola hidatiforme, por una ecografía abdominal que informa útero aumentado de tamaño. Antes del traslado, en otra institución, se le practicó legrado evacuador en el que no se obtuvo material. Al interrogatorio paciente refiere amenorrea y niega inicio de relaciones sexuales, porta además dos mediciones de la fracción beta de la HCG, una cualitativa positiva y otra cuantitativa de 93.000 mUI/ml.

Se realiza ecografía ginecológica combinada que informa útero y endometrio de características conservadas para la edad, ovario izquierdo visualizado de características normales y presencia de imagen que desplaza al útero, de aspecto sólido, bordes irregulares con áreas quísticas y multibancada de 201 x 101 x 117 mm y escasa vascularización al Doppler color (Figura 1A y 1B); una tomografía con contraste informa presencia de gran masa heterogénea de probable origen anexial, con derrame pleural bilateral, ascitis y lesión secundaria en hígado. Se solicita marcadores tumorales como Ca-125: 202 U/ml y la fracción beta de la HCG: 225.000 mUI/ml. Se realiza una reunión multidisciplinaria con el departamento de Oncología Pediátrica y se decide laparotomía exploradora con abordaje conservador con biopsia extemporánea.

Durante el procedimiento quirúrgico se constata tumoración de aproximadamente 20 cm de diámetro, de consistencia friable y coloración violácea, con extenso tejido necrótico, sangrante ubicado en el anexo izquierdo, se observa además infiltración de pared abdominal anterior, vejiga, y mesocolon. Durante la cirugía, además de la anexectomía, se procede a la resección de 5 cm del colon trasverso. La biopsia extemporánea retorna como resultado un coriocarcinoma maligno de ovario. Se decide finalizar la cirugía y la paciente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos para monitoreo postquirúrgico. Al cuarto día, es trasladada al servicio de hemato-oncología pediátrica. Permanece internada por 30 días, donde inicia quimioterapia a los 10 días postquirúrgico y 5 sesiones con el régimen PEI (Platino, Etopósido, Ifosfamida). Se realiza una tomografía de control, donde el proceso neoproliferativo ovárico no evidencia imagen de tumor residual ni lesión hepática secundaria (respuesta total).

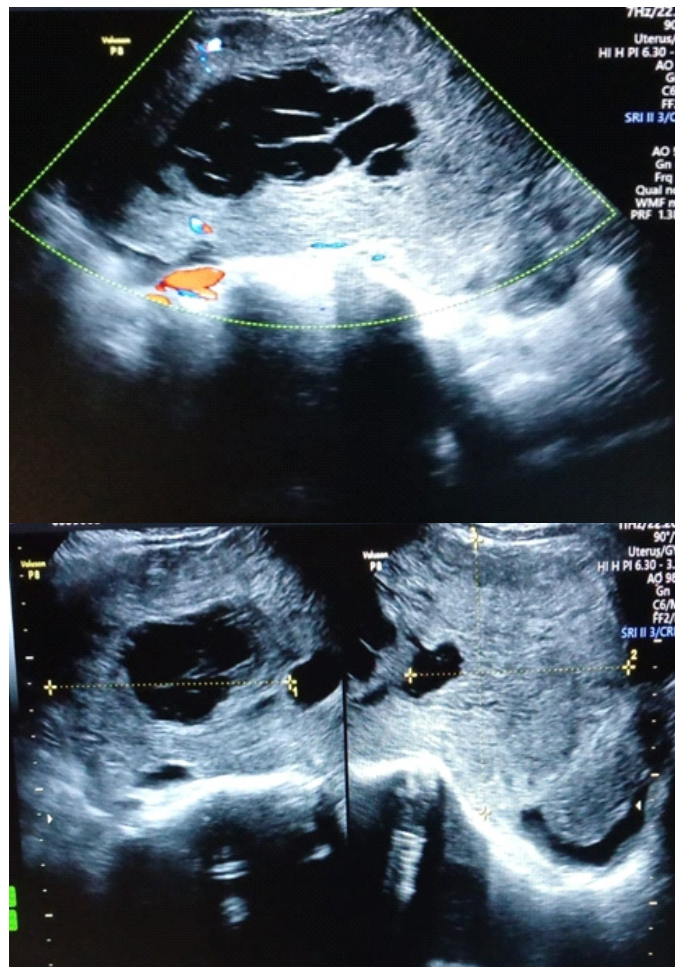


Figura 1A y 1B : Anexo izquierdo con masa heterogénea de aspecto sólido, bordes irregulares. Con áreas quísticas y multibancada de 201x101x117 mm con escasa vascularización al Doppler.



Figura 2: Líquido libre abdominal: Ascitis

DISCUSIÓN

En un estudio retrospectivo entre los años 1984 y 1994 en la unidad de Oncología Infantil del hospital de Cruces Universidad del País Vasco confirma la escasa incidencia de tumores ováricos en la edad pediátrica, señalan que para un enfoque terapéutico adecuado es imprescindible el estudio anatomopatológico minucioso y la cuantificación sérica de la fracción beta de la HCG, porque no solo es la base del diagnóstico sino también del pronóstico.⁵

El coriocarcinoma no gestacional de ovario, es una rara neoplasia maligna de las células germinales, muy agresiva pero susceptible de curación, incluso cuando existen metástasis; se lo conoce también como coriocarcinoma primario del ovario. Su incidencia a nivel mundial se desconoce, por lo que se reporta como un tumor muy raro. Los síntomas más comunes son: sangrado vaginal, crecimiento y dolor abdominal, presencia de masa anexial por estudio de imágenes y la fracción beta de la HCG elevado. Por la asociación de estos síntomas y por la rapidez con la que crecen estas lesiones, fácilmente se asocian a presencia de embarazo o en algunos casos se identifican como gestación ectópica, mola hidatiforme, por lo que el diagnóstico preciso es difícil. Aproximadamente 10% de las pacientes afectadas reportan dolor abdominal agudo por distensión capsular, necrosis, hemorragia, ruptura o torsión.⁶

El coriocarcinoma no gestacional debe ser considerado, por más rara que se presenten en las niñas. Existen pocos reportes en el mundo y no conocemos ningún caso comunicado en nuestro país, por lo que consideramos importante su reporte, por el diagnóstico y manejo oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Low HJJ, et al. Malignant ovarian germ cell tumours. *Best Practand Res Clin Obstet Gynaecol.* 2012; 26: 347-55. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693412000272>
2. Brown MF, et al. Ovarian masses in children: A review of 91 cases of malignant and benign masses. *J Pediatr Surgery* 1993; 28: 930-33. [https://doi.org/10.1016/0022-3468\(93\)90700-u](https://doi.org/10.1016/0022-3468(93)90700-u)
3. Hoffman, Bárbara MD; Schorge Jhon O. MD; Bradshaw Karen D MD; Halvorson Lisa MD; Schaffer Josep I. MD. *Williams Ginecología.* México: 2017. Tercera edición. Capitulo 36: 760-764.

4. González Bosquet, E. González Merlo Ginecología. España: 2020. Décima edición. Capítulo 25 : pag 504-507

5. Alonso GE, et al. Tumores ováricos en la infancia: a propósito de una revisión casuística. *Anales Españoles de Pediatría* 1998; 49 (5).

<https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/49-5-11.pdf>

6. Benítez-Martínez Jennifer Sandra, Arias-Chávez Karina Jaqueline, Sánchez-Zamora Ricardo, Sánchez-Basurto Lorena. Coriocarcinoma no gestacional: reporte de un caso. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2019 [citado 2023 Oct 10]; 87(12): 852-856. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001200011&lng=es. Epub 30-Ago-2021.

<https://doi.org/10.24245/gom.v87i12.3354>.