

PRESENTACIÓN DE CASO

Enfermedad trofoblástica gestacional

Gestational trophoblastic disease

Dr. Ariel Labrada Salas*, Dr. Manuel Fernando Gómez Leyva**, Dra. Yuliet Pavón Rodríguez***

*Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Policlínico Docente "Guillermo Tejas".
Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. *Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dr. Ariel Labrada Salas, correo electrónico: alabradas@ltu.sld.cu, yulypavon@ltu.sld.cu.

RESUMEN

Se presenta un caso con enfermedad trofoblástica gestacional de diagnóstico tardío, que debutó con manifestaciones respiratorias, producidas por metástasis pulmonares. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de la paciente y, además, se revisó la literatura. Se trata de una paciente de 23 años de edad, con antecedentes de dos abortos espontáneos recientes, que ingresó por manifestaciones clínicas y radiológicas sugestivas de neumonía de la comunidad, con derrame pleural paraneumónico, siendo tratada con antibióticos de amplio espectro sin respuesta adecuada. Después del ingreso apareció dolor en hipogastrio y se le realizó un ultrasonograma ginecológico, que mostró quistes de ovario bilaterales, y una laparoscopia que informó quiste de ovario con compromiso vascular, por lo que se le practicó histerectomía total. Se determinaron niveles elevados de gonadotropina coriónica humana en sangre. En la tomografía axial computarizada de pulmón se observaron imágenes nodulares en ambos campos pulmonares, de aspecto metastásico. El estudio citológico del líquido pleural fue positivo de células neoplásicas. Se planteó el diagnóstico de enfermedad trofoblástica con metástasis pulmonares y se inició quimioterapia con metotrexato, con respuesta favorable.

Palabras clave: ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL.

Descriptores: ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.

SUMMARY

A case of a gestational trophoblastic disease is presented; its delayed diagnosis had its onset with respiratory manifestations given by pulmonary metastases. The information was obtained from the patient's clinical recording and also from the bibliographical revision. The case is about a 23-year-old female patient, with a history of 2 recent spontaneous abortions, who was admitted to hospital showing clinical and radiological manifestations of community acquired pneumonia, with para-pneumonic pleural effusion; she was treated with broad spectrum antibiotics, without adequate response. On admission, she reported hypogastrium pain; a gynecologic ultrasound showed some bilateral cysts in her ovaries, and the laparoscopy revealed cysts with vascular compromise in her ovaries, consequently the patient was performed a total hysterectomy. High levels of human chorionic gonadotropin were found in blood. Her lung Computerized Axial Tomography showed nodular images with metastatic aspect in both lung fields. The cytologic study of the pleural fluid was positive to neoplastic cells. The final diagnosis was trophoblastic disease with lung metastases. Chemotherapy with methotrexate showed favorable response.

Key words: GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE.

Descriptors: GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias trofoblásticas gestacionales constituyen un grupo de tumores, benignos y malignos, que tienen como común denominador su formación a partir de la placenta humana. Son

relativamente raras y tienen la propiedad de ser enfermedades sumamente invasivas y graves, que afectan a mujeres jóvenes en sus años reproductivos. (1, 2)



La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) abarca un espectro de tumores relacionados: mola hidatidiforme completa y parcial, tumor trofoblástico en el sitio placentario y el coriocarcinoma, que tiene proclividades variadas a la invasión local y las metástasis. Aunque el tumor trofoblástico gestacional persistente ocurre más a menudo después del embarazo molar, puede originarse después de cualquier suceso gestacional, incluso aborto terapéutico, espontáneo o embarazo ectópico o a término. (1, 2)

Las neoplasias trofoblásticas gestacionales malignas usualmente se diagnostican en pacientes con persistencia de Gonadotropina Coriónica Humana (GCH) después de un embarazo molar, aunque con alguna frecuencia se presentan en pacientes con síntomas pulmonares o neurológicos, debidos a metástasis después de un embarazo normal. Por tal razón, es muy importante que el médico mantenga un alto índice de sospecha ante la presentación inusual de tumores de pulmón y de cerebro, acompañados de alteraciones menstruales. (3)

Es un tumor poco frecuente, en Estados Unidos se observa en uno de cada 20 000 a 30 000 embarazos. (4) Su diagnóstico precoz es de gran importancia, ya que la curación es posible, incluso en presencia de diseminación y la función reproductiva de la paciente puede ser preservada. (2, 3)

El objetivo del presente trabajo es comunicar un caso de ETG, cuyo diagnóstico tardío estuvo determinado por la poca frecuencia de esta enfermedad y por la presentación con síntomas respiratorios por metástasis pulmonares, lo que llevó a pensar inicialmente en enfermedad pulmonar primaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 23 años de edad, con antecedentes de buena salud e historia obstétrica de cuatro embarazos, dos partos y dos abortos espontáneos (ocurridos nueve y tres meses antes de la admisión), que ingresó en el servicio de medicina interna por dolor en el hemitórax derecho de nueve días de evolución, acompañado, los tres días anteriores al ingreso, de tos seca y fiebre de 38⁰ C.

En el examen físico del sistema respiratorio, en el momento de la admisión, se encontraron estertores crepitantes en la base pulmonar derecha y matidez a ese nivel. En la radiografía de tórax posteroanterior se observó opacidad heterogénea en el tercio medio y en la base del campo pulmonar derecho, borramiento del seno costofrénico de ese lado y pequeña opacidad en la base izquierda. Se planteó el diagnóstico de neumopatía inflamatoria de la comunidad con derrame pleural paraneumónico. Se inició el tratamiento antibiótico de amplio espectro (cefalosporina de III generación más

aminoglucósido), sin lograr una mejoría clínica ni radiológica, a pesar de varios ciclos de antimicrobianos, incluidos antianaerobios y antimicóticos.

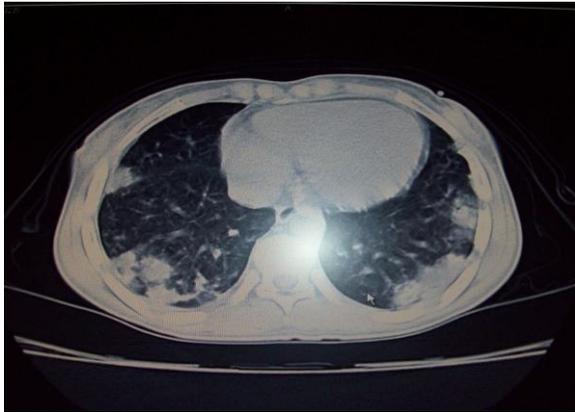
FIGURA 1. Imagen ultrasonográfica del ovario derecho que muestra múltiples quistes. El ovario izquierdo presentaba similares características



Durante la evolución la paciente comenzó a sentir dolor en el bajo vientre, por lo cual se le realizó un ultrasonograma ginecológico, que evidenció quistes de ovario bilaterales y una laparoscopia, en la que se observó un quiste de ovario con compromiso vascular. Se le realizó una laparotomía exploradora, comprobando la presencia de quistes de ovario bilaterales, por lo que se le practicó histerectomía con doble anexectomía. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló quistes foliculares hemorrágicos y cuerpo amarillo hemorrágico. Se determinaron elevadas concentraciones de GCH en sangre, mayores de 160 UI/ml.

Por la evolución desfavorable de la paciente, dada por persistencia de disnea y alteraciones radiológicas del tórax, se indicó una tomografía axial computarizada de pulmón, observándose varias imágenes nodulares en ambos campos pulmonares, de aspecto metastásico. En el estudio citológico de líquido pleural, obtenido por punción, se observaron células neoplásicas.

Con los elementos clínicos anteriores y los exámenes complementarios, se planteó el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional con metástasis pulmonares, por lo cual se comenzó quimioterapia con metotrexato, con buena tolerancia y evolución clínica favorable.

FIGURA 2. Tomografía de pulmón que muestra imágenes nodulares, de aspecto metastásico**DISCUSIÓN**

La ETG va precedida de otros procesos: el 50% aparece sobre una mola hidatidiforme, el 25% sobre un aborto previo; el 22%, aproximadamente, en una gestación normal y el resto en embarazos ectópicos y en teratomas. (2, 3) En este caso existía el antecedente de dos abortos espontáneos recientes que no fueron estudiados, alguno de los cuales pudo ser el evento gestacional precursor de la enfermedad metastásica.

Ocurre Tumor Trofoblástico Gestacional (TTG) metastásico en cerca del 4% de las pacientes después de evacuación molar, pero se observa más a menudo cuando se desarrolla TTG después de otros embarazos. (1, 5) Las metástasis suelen relacionarse con el coriocarcinoma, que tiene tendencia a la invasión vascular temprana con diseminación generalizada. (1, 2, 5)

Entre los sitios más frecuentes de metástasis se encuentra el pulmón, así en el momento de la presentación hay afectación en la radiografía de tórax en el 80% de los casos con TTG metastásico. Cursa con dolor torácico, tos, hemoptisis, disnea o una lesión asintomática en la radiografía de tórax. (1, 3, 6)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. Gestational Trophoblastic Disease. 14th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 1582-1602.
2. Cunningham FG. Williams Obstetricia. Enfermedad trofoblástica gestacional. En su: Cunningham FG. Williams Obstetricia. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. P. 715-27.
3. López L, Oliva JA, Pérez J, Hernández EP, Hernández T. Mola hidatiforme parcial. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la internet]. 2012 Sep [citado 2014 Sep 16]; 38(3): 431-437. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300016&lng=es.
4. Sánchez CE, Millán MM, Fajardo Y, Proenza J. Mola hidatiforme parcial con feto vivo en el tercer trimestre del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la internet]. 2010 Dic [citado 2014 Sep 11]; 36(4): 638-645. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400017&lng=es.

Desde el punto de vista radiológico la afectación pulmonar se puede presentar con un patrón alveolar o de tormenta de nieve, como densidades redondeadas discretas, derrame pleural o con patrón embólico, producido por oclusión arterial pulmonar. (1)

Como los síntomas respiratorios y los datos radiográficos pueden ser impresionantes, puede pensarse que la paciente tiene enfermedad pulmonar primaria, (1, 5) como ocurrió en esta paciente.

Aunque en este caso no pudo demostrarse la ETG en el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, hay autores que consideran que algunas pacientes con afectación pulmonar extensa tienen síntomas ginecológicos mínimos, porque los órganos de la reproducción pueden estar libres de tumor trofoblástico, (1) mientras que otros plantean que la lesión primaria puede autodestruirse y el tumor sólo se hace evidente por sus metástasis. (3, 4, 8)

El tumor producido a expensas del epitelio corial tiene las mismas propiedades funcionales que éste y segrega la GCH en cantidades elevadísimas, elemento que se utiliza para el diagnóstico biológico preciso de estos tumores. Estos niveles elevados de GCH provocan a nivel del ovario la aparición de grandes quistes de luteína, que existen en un 70% de los casos y que sirven para el diagnóstico clínico. (2, 3, 7) En el caso que se presenta el hallazgo de quistes de ovario bilaterales fue el elemento que llevó a considerar la posibilidad diagnóstica de ETG.

CONCLUSIONES

Aunque la ETG es poco frecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la neumonía que se presenta en mujeres con antecedentes de embarazo reciente. La presencia de quistes de ovario bilaterales, detectados por ultrasonido y los niveles elevados de GCH en sangre son elementos orientadores en el diagnóstico.

5. Ayala R, Briones C, Anaya H, Leroy L. Diagnóstico de embarazo molar por histeroscopia. Caso clínico Ginecol Obstet Mex [revista en la internet]. 2012 [citado 2014 Sep 11]; 80(8): 540-544. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1212h.pdf>.
6. Barrón JL, Piña F, Clorio J, Fraire FJ, Soto OA. Mola parcial y preeclampsia atípica: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex [revista en la internet]. 2012 [citado 2014 Sep 11]; 80(12): 783-787. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1212h.pdf>.
7. Quintero S, Marrero H, López J, Costa DM, Quintero JA. Metástasis pulmonar por coriocarcinoma. MEDISAN [revista en la internet]. 2013 Mayo [citado 2014 Sep 11]; 17(5): 867-870. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_5_13/san17175.htm.
8. Juárez A, Islas L, Durán Padilla MA. Mola hidatidiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la internet]. 2010 [citado 2014 Sep 16]; 75(2): 137-139. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000200011>.