



CORIOCARCINOMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

CHORIOCARCINOMA: A CASE PRESENTATION

Fecha de presentación: septiembre, 2025
Fecha de aceptación: noviembre, 2025
Fecha de publicación: diciembre, 2025

Yordanka Gámez Londres ⁽¹⁾

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8430-8370>

Contacto: yorgamez@infomed.sld.cu

¹Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa.

Rodolfo Valentín Martínez Camilo ⁽²⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4371-4033>

⁽²⁾ Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa.

Silvia Ramos Mura ⁽³⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1124-9405>

⁽³⁾ Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa.

Gertrudis Milagro Oduardo Arencibia ⁽⁴⁾

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2221-0225>

⁽⁴⁾ Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Gámez Londres, Y., Martínez Camilo, R.V., Ramos Mura, S. & Oduardo Arencibia, G.M. (2025). Coriocarcinoma: presentación de un caso. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 4(8), 45-53.

RESUMEN

Introducción: El Coriocarcinoma es un tumor maligno, que se caracteriza por hiperplasia trofoblástica con anaplasia, ausencia de vellosidades, hemorragia y necrosis. Se considera como una neoplasia curable, pero si no recibe tratamiento oportuno es mortal, representa el 5 % de la enfermedad trofoblástica del embarazo y un 1 % en el Hospital Materno de La Habana, Cuba. **Objetivo:** Presentar un caso de Coriocarcinoma diagnosticado y tratado con éxito en el Hospital Materno de La Habana, Cuba. **Presentación de caso:** Paciente de 27 años, con antecedentes de embarazo molar (Mola Hidatiforme), a los 11 meses acude a cuerpo de guardia con sangramiento vaginal intenso, se logra cavidad, después comienza con un cuadro febril, emético, decaimiento marcado, taquicardia, sangrado vaginal oscuro y algo fétido. Se decide su ingreso para estudio, se diagnostica sepsis, antibioticoterapia de amplio espectro junto a medidas generales. **Conclusiones:** La alta frecuencia de esta enfermedad, con



lesiones pulmonares, hacen sospechar la presencia de una enfermedad Neoplásica

Gestacional, el cuadro clínico y el diagnóstico histológico por legrado uterino, permitió hacer el diagnóstico y tomar la conducta consecuente con el tratamiento apropiado. La quimioterapia permite aplicar tratamiento con buenos resultados.

Palabras clave: coriocarcinoma; enfermedad trofoblástica gestacional; neoplasia trofoblástica gestacional.

SUMMARY

Introduction: Choriocarcinoma is a malignant tumor characterized by trophoblastic hyperplasia with anaplasia, absence of villi, hemorrhage, and necrosis. It is considered a curable neoplasm, but if left untreated, it is fatal. It accounts for 5% of cases of trophoblastic disease in pregnancy and 1% at the Havana, Cuba Maternal Hospital. **Objective:** To present a case of choriocarcinoma diagnosed and successfully treated at the Maternal Hospital of Havana, Cuba. **Case presentation:** A 27-year-old patient with a history of molar pregnancy (hydatidiform mole) presented to the emergency room at 11 months with severe vaginal bleeding. The cavity was curetted. She then developed fever, vomiting, marked weakness, tachycardia, and dark, slightly foul-smelling vaginal bleeding. The decision was made to admit her for evaluation, and sepsis was diagnosed. Broad-spectrum antibiotic therapy was administered along with general measures. **Conclusions:** The high frequency of this disease, with pulmonary lesions, raises the suspicion of a gestational neoplastic disease. The clinical picture and histological diagnosis by uterine curettage allowed for diagnosis and appropriate treatment. Chemotherapy has been used to treat the condition with good results.

Keywords: gestational trophoblastic disease; gestational trophoblastic neoplasia; choriocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma es un tumor maligno, que se caracteriza por hiperplasia trofoblástica con anaplasia, ausencia de vellosidades, hemorragia y necrosis. Se considera como una neoplasia curable, pero si no recibe tratamiento oportuno es mortal. Esta neoplasia forma parte del espectro de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), con la mola hidatiforme, la mola invasora y el tumor trofoblástico del sitio placentario. La enfermedad se presenta con mayor prevalencia en Asia, algunas áreas de América Latina y medio Oriente; se reportan entre 2 y 7 casos por 100 000 embarazos. La Mola Hidatiforme parcial (MHP) es más frecuente que la Mola Hidatiforme Completa (MHC). La mayoría de la Enfermedades Torfoblásticas Gestacionales (ETG) son MH (80%), 15% son mola invasiva y 5% son



coriocarcinoma¹. De acuerdo con el Sistema de Información de estadística de mortalidad del MINSAP en los últimos 5 años, Cuba reporta solo un caso fallecido por Coriocarcinoma. En el Hospital Docente Ginecobstétrico de La Habana, Cuba, se reportó que, de un total de 1084 legrados uterinos realizados en los últimos 3 años, 6 fueron molas hidatiformes completas, lo que representó el 1% y, de ellos, 1 caso evolucionó a Coriocarcinoma.

DESARROLLO

La patogenia del Coriocarcinoma está relacionada con alteraciones en el mecanismo, que regula la invasión de células del trofoblasto a la decidua. Siempre esta precedida de un embarazo a término, ectópico, aborto o molar². Tiene un mecanismo subyacente, donde la causa principal es el desequilibrio en la contribución genética parental, especialmente el exceso de material genético paterno; un óvulo sin material genético es fecundado por uno o dos espermatozoides, estos se duplican dando lugar a un conjunto diploide. Todos los cromosomas son de origen paterno 46xx ó 46xy, impidiendo el desarrollo embrionario y provocando un crecimiento descontrolado de la placenta dando lugar a la mola hidatiforme completa³. Se ha estudiado varios factores de crecimientos y oncogenes de los tejidos molares y del Coriocarcinoma, existe un incremento de la expresión del p53 y cfm (factor estimulante de colonias y se ha medido un incremento del ARN ras y c-myc (factor de transcripción) en el Coriocarcinoma. El c-myc se sobreexpresa en la mayoría de los canceres humanos, 40% de los tumores. Tiene una amplia gama de funciones que afectan las actividades celulares como, el ciclo celular, apoptosis, la respuesta al daño de ADN y la hematopoyesis. El c-erb B-2 receptor 2 del factor de crecimiento epidémico, contribuye a la causa de más del 30% de los canceres humanos. El bcl-2 forma parte de una familia de proteínas implicadas en la regulación de la muerte celular por lo que pueden inhibir la muerte celular⁴.

Entre los factores de riesgos están los antecedentes de aborto, embarazo múltiple, nuliparidad, la edad de mayor riesgo son la menores de 20 años y las mayores de 35 años. La historia de embarazo molar anterior incrementa el riesgo de recurrencia. El déficit nutricional dado por el bajo consumo de carotenoides, vitamina A, Ácido Fólico así como el bajo consumo de grasa animal. Los abortos espontáneos recurrentes debido a que, generalmente, estos se deben a alteraciones cromosómicas. Los factores geográficos tienen mayor incidencia en Asia, África y América Latina, posiblemente vinculados a factores dietéticos o socioeconómicos⁵.

Clínicamente, las manifestaciones más importantes son el sangrado transvaginal asociado a un crecimiento uterino mayor a la amenorrea, vómitos, fiebre decaimiento marcado, síntomas respiratorios; en la historia natural del coriocarcinoma debido a su invasión vascular aparecen tempranamente metástasis a pulmón, vagina, vulva, hígado, cerebro y riñón^{6,7}.



El tratamiento médico de primera línea es el metotrexato más ácido folínico y la Actinomicina D, Etopósido o Vincristina. Desde el punto de vista quirúrgico, la histerectomía se realiza cuando hay resistencia a la quimioterapia y alguna cirugía complementaria, como la resección intestinal, en caso de metástasis a este nivel^{8,9}.

Se presenta este caso por ser una patología poco frecuente, pero extremadamente agresiva, con amplio cortejo sintomático, capaz de ser mortal, si no se hace un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años de edad, sin antecedentes de enfermedad crónica no transmisible. Historia Obstétrica de 2 gestaciones, 1 parto eutócico, 1 aborto, embarazo molar (Mola Hidatiforme) 30/10/23 presentando irregularidades en su seguimiento lo que no permitió su adecuada vigilancia. A los 11 meses acude a cuerpo de guardia porque hacía 2 días comenzó con sangramiento vaginal intenso por lo que se legró la cavidad. Después de esto comienza con un cuadro febril, emético, decaimiento marcado, taquicardia, sangrado vaginal oscuro y algo fétido. Se decide su ingreso para estudio, se diagnostica sepsis pos legrado se administra antibioticoterapia de amplio espectro junto a medidas generales.

Al examen físico de especuloscopia, tenía un cuello de parida, sangrado oscuro ligero a moderado algo fétido, al tacto vaginal útero aumentado de tamaño, consistencia media, anejos no palpables, al tacto rectal; útero de iguales características, parametrios no tumorales.

Estudios humorales informan una anemia moderada para lo cual fue transfundida, eritrosedimentación acelerada (102mm/h), lámina periférica informó hipocromía, formación de pilas de monedas y leucocitosis a predominio neutrófilo, perfil hepático y renal dentro de parámetros normales.

Se recibe informe Anatomopatológico de Coriocarcinoma.

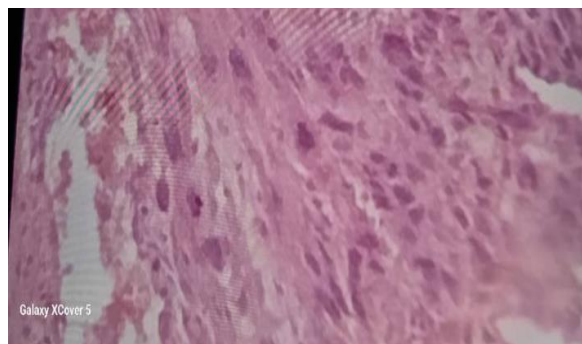


Fig.1. Coriocarcinoma. Células tumorales atípicas, infiltrando el miometrio.



B-HCG en más 400 000 mUI/ml elevada. Se realizaron estudios de imágenes. Rx de tórax se visualiza índice cardio torácico normal, signos de hiperventilación pulmonar, dos imágenes: una de 29 x 23 mm en parte media de hemitórax derecho y otra de 23 x 18 mm hacia cuerno superior del hilio pulmonar derecho. En RX lateral, se observa otra imagen en mediastino que mide 33 x 31mm que puede corresponder con la lesión del hilio descrita. La tomografía informa múltiples micromódulos intraparenquimatosos y subpleurales de aspecto secundario diseminados en ambos capos pulmonares, se comprueba presencia de lóbulos de contornos polilobulados en región para hilar derecha, que mide 30 x 32 mm en corte axial, con densidad de 24 uh, con banda de fibrosis que la une a la pleura lateral, en región retro hilar derecha existe otra lesión nodular de 25 x 20 mm con densidad de 50 uh.

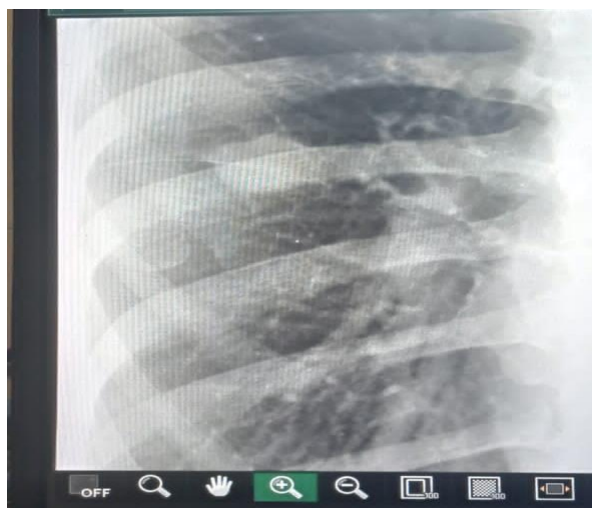


Fig.1. Lesión metastásica en hemitórax derecho.

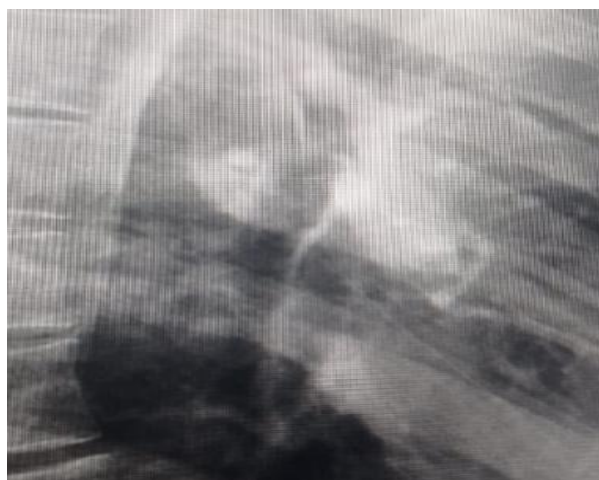


Fig.2. Rx lateral. Se observa imagen metastásica en mediastino.



La ultrasonografía informa útero de 84 x 65 x 12. Se observa imagen ecogénica de 57 x 66 a nivel del endometrio y se extiende al endometrio posterior con imágenes ecolúcidas irregulares de aspecto vesicular. Se pierde interface con endometrio posterior. No tumoración anexial. No líquido libre abdominal. Se clasifica como una Enfermedad trofoblástica gestacional etapa III.



Fig.3. Ultrasonido ginecológico. Se observa imágenes ecolúcidas de aspecto vesicular.

Se remite a medicina Oncológica para tratamiento sistémico. Recibió terapia con cisplatino, ciclofosfamida y paclitaxel alcanzando mejoría clínica e imagenológica a partir del 2do ciclo con terapia combinada, con eliminación de las imágenes detectadas a partir del 3er. ciclo. La paciente aún se mantiene en tratamiento con mejoría clínica e imagenológica.

DISCUSIÓN

El Coriocarcinoma es una enfermedad poco frecuente, pero que puede poner en peligro la vida de la paciente a corto plazo, sobre todo en el caso de existir metástasis, las cuales son muy frecuentes en esta tumoración dada su diseminación vía hemática.

En el Hospital docente Ginecobstétrico de La Habana, Cuba informa que en sus resultados histológicos de los legrados uterinos se diagnosticaron 6 embarazo molares, de ellos todos fueron molas completa, lo que difiere con la literatura estudiada siendo más frecuente la mola parcial, estos datos son de relevancia ya que 1 de cada 100 legrados uterinos pertenecen a un embarazo molar y que 1 caso evolucionó a coriocarcinoma, diagnóstico que pudiera



incrementarse pues el coriocarcinoma se desarrolla a partir de una Mola Hidatiforme Completa.

El Coriocarcinoma se caracteriza por láminas de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto neoplásicos que invaden el tejido, se asocian a necrosis y hemorragias. La diseminación hematógena aparece en etapas tempranas. Inicialmente, se presentan en pulmón, debido a que una cantidad variable de trofoblasto con o sin estroma veloso escapa del útero al flujo sanguíneo venoso. Estos focos metastásicos son altamente vascularizados, de modo que pueden producir grados variables de hemorragia de los nódulos pulmonares y del parénquima adyacente. Su gravedad difiere de acuerdo con el tamaño de los émbolos; en su presentación clínica varían desde asintomáticos hasta presentación con cuadros de disnea¹⁰. En esta paciente se evidenció la presencia de metástasis a nivel pulmonar lo que coincide con la literatura estudiada donde se describen las metástasis a distancia pueden ocurrir a cualquier órgano; sin embargo, los órganos afectados con mayor frecuencia son el pulmón, con el 81%; la vagina, con el 5%; el sistema nervioso central, con el 7%; el sistema gastrointestinal, con el 4%; el hígado, con el 1,5%; el riñón, con el 0,7%; no conocido, con el 3%.^{11,12}.

Entre los hallazgos en la radiografía de tórax se observan nódulos pulmonares parenquimatosos que pueden o no estar acompañados de derrame pleural (hemotórax). En tomografía de tórax se observan múltiples micromódulos intraparenquimatosos y subpleurales de aspecto secundario diseminados en ambos capos pulmonares. Su diagnóstico y seguimiento terapéutico se realiza por medio de la β -hCG¹³.

CONCLUSIONES

Se debe tener en cuenta la alta frecuencia de esta enfermedad luego de un embarazo molar (mola hidatiforme completa), las lesiones pulmonares que aparece al realizar Rx de tórax, hacen sospechar la presencia de una enfermedad Neoplásica Gestacional, aunado a los títulos elevados de B-HCG.

El cuadro clínico y el diagnóstico histológico por legrado uterino, permitió hacer el diagnóstico y tomar la conducta consecuente con el tratamiento apropiado. Es una enfermedad quimiosensible lo que permite aplicar tratamiento sistémico con intención curativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham F G, Leveno K J, Bloom S L. **Williams Obstetricia** 24a EDICIÓN Industria Editorial Mexicana Reg. No. 736. 2015



2. Velásquez Velásquez Juan C., Ojeda Rodríguez Kelman H., Niño Gómez Óscar M., Gualdrón Naranjo Ana M. Unusual presentation of metastatic choriocarcinoma to liver and lung: a case report. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2024 Jun [citado 2025 Abr 26]; 89(3): 208-213. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.23000124>
3. Soria CD, Lazos OM, Ventura MV. Coriocarcinoma gestacional: Estudio clínico patológico de 22 casos registrados en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex. 2006. [citado 2025 Abr 26];69(3):138-143. <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg063c.pdf>
4. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J et al. :Epidemiology and a etilogy of gastacional trophoblastic diseases. Lancet Oncol 4 (11): 670-8,2003. PUBMED abstract.
5. Niederhuber JE, Armitage JO, Kastan MB. Abelof Oncología clínica sexta edición. España; 2020.
6. Ngan HY, Kohorn EL, Cole LA, et al.Trophoblastic disease. Int J Gynaecol Obstet 119 (Suppl 2): S130-6, 2012. PUBMED Abstract
7. Ramírez Aguirre K, Muñoz Guzmán M, Flores Noriega M, Cok García J. Coriocarcinoma: reporte de 3 casos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2016. [citado 2025 Abr 26];62(3):303-306. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323448377014>
8. Carrillo Gómez, DC, García CA. Coriocarcinoma metastásico posparto: presentación de un caso. RevColombRadiol. [Internet]. 2013; [citado 2025 Abr 27] ; 24(2): 3705-8 Disponible en: https://contenido.acronline.org/Publicaciones/RCR/RCR24-2/06_Coriocarcinoma.pdf
9. Shih IM, Kurman RJ: Epithelioid trophoblastic tumor: a neoplasm distinct from choriocarcinoma and placental site trophoblastic tumor simulating carcinoma. Am J Surg Pathol 22 (11): 1393-403, 1998. PUBMED abstract.
10. [citado 2025 Abr 27]Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms223g.pdf>
11. Aparicio-Rubio Celia, Hernández-Lorente Eva, Escoin-Pérez Corina. Coriocarcinoma: a propósito de un caso. FarmHosp. [Internet]. 2017 Dic [citado 2025 Abr 27] ; 41(6): 692-693. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7399/fh.10831>
12. Mendes dos santos ME. Doenças trofoblásticas: umaênfase em coriocarcinoma metastático e seus aspectos citológicos. INCA. [Internet]. 2025 . [citado 2025 Abr 27]; 23(5); Disponible en: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17364>



13. Espinoza Artavia A, Fernández Vaglio R, Solar del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 2025 Abr 27];4(5):44 - 59. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/193>