

Coriocarcinoma gástrico primario: reporte de caso

Primary gastric choriocarcinoma: case report

Pierre Palacios Soto^{1,a}, Humberto Liu Bejarano^{2,b}, Fernando Barreda Bolaños^{1,2,b}, Alejandro Piscoya^{3,4,b}

¹ Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú.

³ Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente. Lima, Perú.

⁴ Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

^a Estudiante de medicina, ^b Gastroenterólogo

Recibido: 08/02/2017

Aprobado: 26/06/2017

RESUMEN

El coriocarcinoma gástrico primario (CGP) es un tumor extremadamente raro, altamente invasivo y de rápida diseminación hematológica. Presentamos el caso de una paciente de 57 años que inicia con cuadro de hematemesis y, progresivamente, se le suman episodios de melena, baja de peso y epigastralgia. Es derivada al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en donde se le realizan gastroscopía y biopsia. Así, el análisis histológico reportó patrón sugestivo para CGP; el cual se confirmó al realizarle a la paciente los estudios por imágenes necesarios y llevar a cabo el análisis inmunohistoquímico para gonadotropina coriónica humana y alfa feto proteína. Posteriormente, a la paciente se le realiza una gastrectomía radical D2 con preservación esplénica y de cola de páncreas. Lamentablemente, su evolución no fue favorable y fallece por la progresión de la enfermedad.

Palabras clave: Coriocarcinoma; Neoplasias gástricas; Hematemesis (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Primary gastric choriocarcinoma (PGC) is an extremely rare and highly invasive tumor with rapid hematogenous spread. We present the case of a 57-year-old female patient who started with hematemesis and progressive episodes of melena, weight loss and epigastralgia. It is derived from the National Institute of Neoplastic Diseases where gastroscopy and biopsy are performed. Histological analysis reported pattern suggestive of PGC; that was confirmed by immunohistochemical analysis for human chorionic gonadotrophin and fetal alpha protein. Subsequently, the patient underwent a radical D2 gastrectomy with splenic preservation and tail of the pancreas preservation. Unfortunately, her evolution was not favorable and died due to the progression of the disease.

Key words: Choriocarcinoma; Stomach neoplasms; Hematemesis (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Los coriocarcinomas habitualmente debutan en las gónadas o tracto reproductor femenino y, en los varones, son los testículos los que se ven comprometidos ⁽¹⁾. Se han descrito casos en los que se han visto comprometidos órganos extra gonadales; como pulmones, hígado, vejiga, próstata y tracto gastrointestinal ⁽¹⁾. Dentro de estos, la descripción de coriocarcinoma gástrico primario alcanza una incidencia del 0,08% ⁽¹⁾. Además, la sintomatología descrita por los pacientes suele sugerir una hemorragia digestiva alta (melena, epigastralgia) -a lo que se asocia pérdida de peso- y son también parte de un típico cuadro de adenocarcinoma gástrico. Paradójicamente, en un gran número de pacientes, se han reportado la coexistencia tanto de adeno como de coriocarcinomas; pero, al ser los primeros los de mayor incidencia y fácil diagnóstico, no se suele buscar la segunda patología ⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 57 años, natural de Vilcabamba, Cusco, procedente de Apurímac, Perú. Es evaluada por presentar, desde 7 semanas previas al ingreso, episodios de hematemesis. Además; a las 2 semanas de iniciadas las molestias, se asociaron cuadros de melena, malestar general, astenia, pérdida de peso (6 kilos aproximadamente) y epigastralgia. Por ello, acude al centro hospitalario de su localidad donde deciden transfundirle una unidad de sangre tras demostrar el cuadro de anemia. Posteriormente, debido a la persistencia de la hematemesis, se decide su traslado a un hospital de mayor nivel donde se le realizan endoscopia y biopsia de tejido gástrico. La primera reportó la presencia de una lesión gástrica ulcerada sangrante y la biopsia informó atipia marcada compatible con adenocarcinoma, por lo que se decide derivarla a Lima-Perú.

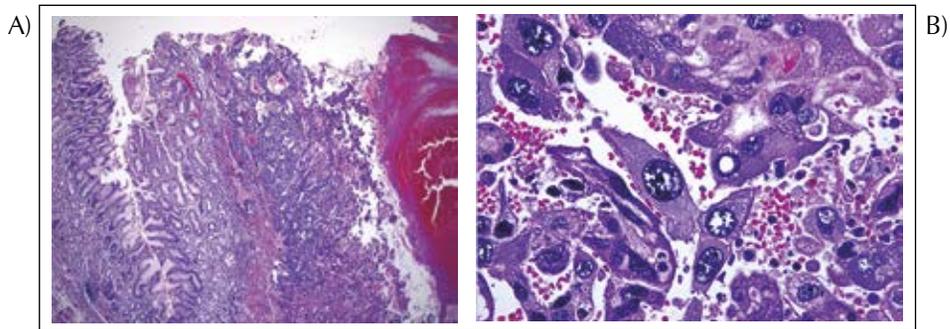


Figura 1. A) Hematoxilina&Eosina 200x-Células pleomórficas con inclusiones citoplasmáticas. **B)** Hematoxilina&Eosina 40x-Presencia de neoplasia maligna pobremente diferenciada de aspecto epitelial que destruye la mucosa gástrica.

Tras su llegada al servicio de gastroenterología, los exámenes de la paciente demostraron la persistencia de la anemia (Hb: 9,1 g/dl y Hto: 29,9%) descrita previamente. A los 3 días de seguimiento, por la persistencia de la anemia (Hb: 7 g/dl, Hto: 22,6%, plaquetas: 160 mil/mcL, VCM: 82,2 fL, HCM: 25,8 g/dL, CHCM: 31,4%); se le realiza una gastroscopia. Durante el procedimiento; a nivel del cardias se observó una lesión polipoidea ulcerada de 3x4 cm de superficie necrótica, con sangrado espontáneo focal por lo que se le toma una biopsia única en el área no necrótica. Adicionalmente, a nivel del antro, se apreció una lesión elevada trilobulada de 3x2 cm de aspecto adenomatoso; debido a ello también se procedió a tomar una muestra histológica.

El diagnóstico post clínico establecido fue pólipo paracardial ulcerado con sangrado espontáneo.

Luego de analizar las muestras histológicas, estas demostraron abundantes células pleomórficas inmersas en el componente hemorrágico-necrótico. Adicionalmente, a mayor aumento del microscopio, se observan la presencia de vacuolas citoplasmáticas e inclusiones intranucleares (Figura 1).

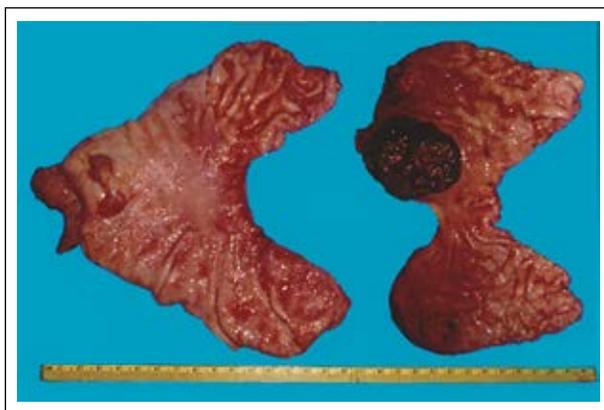


Figura 2. Coriocarcinoma de 5,0 cm, localizado en cuerpo del estómago (cara posterior), asociado a extensa hemorragia y necrosis central.

Posteriormente, la paciente es hospitalizada en el Departamento de Abdomen, en donde se le somete a una gastrectomía total radical D2 con preservación esplénica y de cola de páncreas; obteniéndose 2 piezas post operatorias (Figura 2). El nivel de gonadotropina coriónica humana (GCH) fue de 778,8 mU/ml. Los estudios por imágenes realizados (placas de tórax, tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis, tomografía cerebral con y sin contraste) pre y post quirúrgicos, no mostraron foco metastásico alguno.

El diagnóstico microscópico de la biopsia quirúrgica del cardias demostró: neoplasia maligna pleomórfica. Cabe resaltar que no hubo hallazgos sugestivos de adenocarcinoma asociado, por lo que se realizó inmunohistoquímica. Los resultados demostraron: panqueratina (positivo), GCH (positivo) y alfa feto proteína-AFP (negativo); lo que estableció como diagnóstico definitivo un coriocarcinoma gástrico primario (Figura 3).

Lamentablemente, el cuadro de la paciente se fue deteriorando progresivamente y falleció a los pocos meses del diagnóstico establecido.

DISCUSIÓN

Davidsohn fue el primero en describir, en 1905, el primer reporte de coriocarcinoma gástrico primario y hasta la fecha los casos descritos en la literatura médica internacional son un poco más de 140⁽³⁾. Desafortunadamente, en la gran mayoría de los pacientes, el diagnóstico de esta clase de neoplasia tiene un mal pronóstico por su elevada tasa de crecimiento, alta capacidad para invadir y con ello; lograr una rápida metástasis^(4,5).

El sangrado digestivo con signos de anemia forma parte de la sintomatología descrita clásicamente^(6,7). Así, una vez establecido el cuadro de hemorragia digestiva alta, es de suma importancia determinar el origen de ésta.

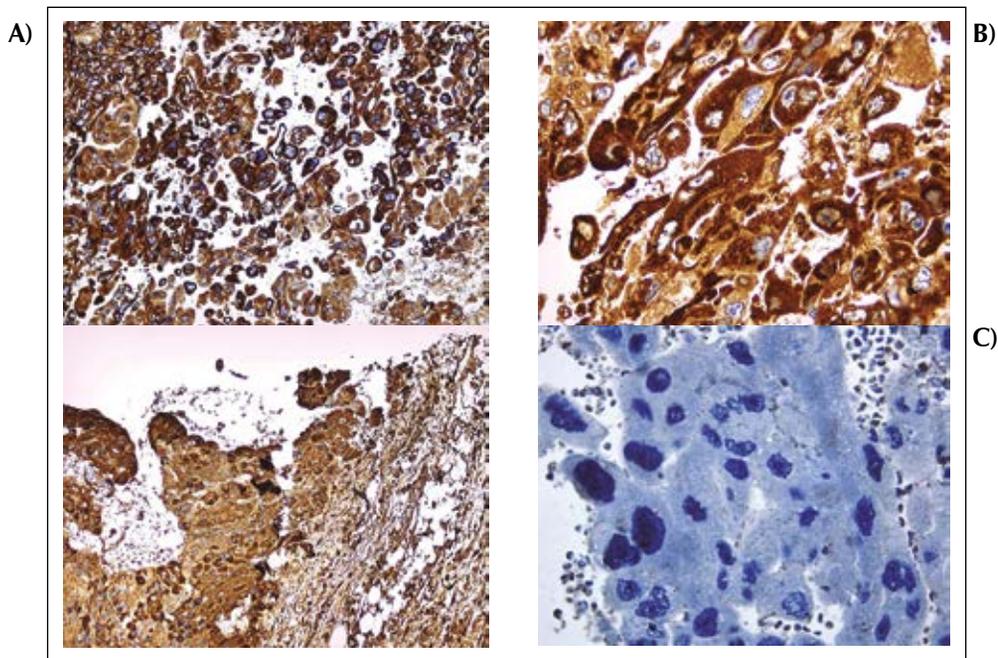


Figura 3. A) Inmunohistoquímica 100x y 40x para citoqueratina (AE1/AE3), donde se observa inmunotinción fuerte en los componentes epiteliales de la mucosa gástrica y células neoplásicas. **B)** Inmunohistoquímica 200x para gonadotropina coriónica humana (GCH), donde se aprecia tinción intensa a nivel del citoplasma de las células neoplásicas. **C)** Inmunohistoquímica 200x para alfa feto proteína (AFP), la cual muestra ausencia de tinción (negativa).

La explicación más aceptada de la patogénesis del coriocarcinoma gástrico, fue propuesta por Pick en 1926. Dicha teoría, se basó a partir del hallazgo de que en muchos casos de coriocarcinoma gástrico coexistía; además, componente de adenocarcinoma (8,9). En algunos de ellos, se había logrado demostrar la transición del adenocarcinoma al coriocarcinoma. Con ello, afirmó que los elementos trofoblásticos encontrados en el coriocarcinoma gástrico primario se originaron a partir de un adenocarcinoma pobremente diferenciado⁽¹⁰⁾. Sin embargo, el mecanismo exacto por el cual se llegan a desarrollar este tipo de neoplasia sigue siendo desconocido.

Clínicamente, niveles elevados de β -GCH o presencia de células tumorales productoras de β -GCH; no guardan correlación alguna con el estadio tumoral, grado o su pronóstico⁽¹¹⁻¹³⁾. Así, aunque se han reportado pacientes diagnosticados con adenocarcinoma gástrico y elevados niveles en suero de GCH, lo que conllevó a un mal pronóstico y menor tiempo de supervivencia⁽¹²⁾. Contradictoriamente, otros estudios propusieron que la existencia de células tumorales positivas para β -GCH no influye en el pronóstico del paciente⁽¹⁴⁾.

A nivel histológico, existe una combinación entre citotrofblastos malignos y sincitiotrofblastos; ambos mezclados con células del adenocarcinoma. Además, se pueden llegar a observar las clásicas áreas necróticas

resultantes de la acelerada velocidad de replicación de dicha neoplasia^(5,6).

Pese a que el tratamiento de elección no está claramente definido, en la actualidad, se puede recurrir a realizar gastrectomía con linfadenectomía y quimioterapia adicional⁽¹⁵⁾. Existen diversos abordajes experimentales, como el descrito por Baraka⁽²⁾, quien describe el uso de 4 ciclos de EMA/CO (etopósido, metotrexato, actinomicina-D, ciclofosfamida y vincristina). En sí, los abordajes terapéuticos dependen de la experiencia del médico tratante mas no de un protocolo establecido.

Debido a los pocos casos reportados y la limitada información existente sobre esta enfermedad, el entendimiento sobre su fisiopatología y diagnóstico temprano son aún insuficientes. Así, la rareza de la enfermedad dificulta que se puedan llevar a cabo más estudios para lograr establecer los beneficios del abordaje quirúrgico seguido de quimioterapia adyuvante.

AGRADECIMIENTOS

Se le agradece a la doctora Jeanette Briceño Guillén por haber participado en la recolección inicial de la historia de la paciente.

Conflicto de intereses: Los autores reportan no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jiang L, Wu J, Peng X. Primary choriocarcinoma of the colon: a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol*. 2013;11(23).
- Baraka B, Kharusi S, Al Bahrani B, Bhathagar G. Primary Gastric Chorioadenocarcinoma. *Oman Med J*. 2016;31(5):381-3.
- Kobayashi A, Hasebe T, Endo Y, Sasaki S, Konishi M, Sugito M, et al. Primary gastric choriocarcinoma: two case reports and a pooled analysis of 53 cases. *Gastric Cancer*. 2005;8(3):178-85.
- Saigo PE, Brigati DJ, Sternberg SS, Rosen PP, Turnbull AD. Primary gastric choriocarcinoma. An immunohistological study. *Am J Surg Pathol*. 1981;5(4):333-42.
- Schmoll H, Souchon R, Krege S, Albers P, Beyer J, Kollmannsberger C, et al. European consensus on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the European Germ Cell Cancer Consensus Group (EGCCCG). *Ann Oncol*. 2004;15(9):1377-99.
- Pai MR, Mathai AM, Kumar S, Prabhu S. Coexistent gastric primary choriocarcinoma and adenocarcinoma. *Indian J Pathol Microbiol*. 2009;52(4):537-9.
- Nord C, Fosså SD, Giercksky KE. Gastrointestinal presentation of germ cell malignancy. *Eur Urol*. 2000;38(6):721-4.
- Shariat SF, Duchene D, Kabbani W, Mucher Z, Lotan Y. Gastrointestinal hemorrhage as first manifestation of metastatic testicular tumor. *Urol*. 2005;66(6):1319.
- Jindrak K, Bochetto JF, Alpert LI. Primary gastric choriocarcinoma: case report with review of world literature. *Hum Pathol*. 1976;7(5):595-604.
- Krulewski T, Cohen LB. Choriocarcinoma of the stomach: pathogenesis and clinical characteristics. *Am J Gastroenterol*. 1988;83(10):1172-5.
- Wurzel J, Brooks JJ. Primary gastric choriocarcinoma: immunohistochemistry, postmortem documentation, and hormonal effects in a postmenopausal female. *Primary gastric choriocarcinoma*. *Cancer*. 1981;48(12):2756-61.
- Tomita, K. Kuwajima M. Chorionic gonadotropin in gastric cancer tissue, especially its relation to the patient's prognosis. *Jpn J Cancer Clin*. 1981;27:1281-2.
- Hirano Y, Hara T, Nozawa H, Oyama K, Ohta N, Omura K, et al. Combined choriocarcinoma, neuroendocrine cell carcinoma and tubular adenocarcinoma in the stomach. *World J Gastroenterol*. 2008;14(20):3269-72.
- Yakeishi, Y, Mori M, Enjoji M. Distribution of β -human chorionic gonadotropin-positive cells in noncancerous gastric mucosa and in malignant gastric tumors. *Cancer*. 1990;66(4):695-701.
- Yoon JH, Kim MS, Kook EH, Ahn SH, Jeong SY, Han MS, et al. Primary gastric choriocarcinoma: two case reports and review of the literatures. *Cancer Res Treat*. 2008;40(3):145-50.

Correspondencia:

Pierre Palacios Soto

Dirección: Jirón el Cortijo 595 Urb. Polo Hunt Condominio El

Cortijo, Torre B, dpto. 407 Santiago de Surco-Lima-Perú

Teléfono: 920 230 361,

E-mail: pierre300_75@hotmail.com