

Coriocarcinoma primario de estómago. Reporte de un caso

Primary choriocarcinoma of the stomach. A case report

Jhon Mondragón Vera^{1,a}, Manuel Avilés Meléndez^{1,a}, Michel Portanova Ramírez^{1,a},
María Kapsoli Sánchez^{1,b}

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

^a Cirujano General y Abdominal, ^b Médico Especialista en Anatomía Patológica

Recibido: 10/11/21 - Aprobado: 24/01/22

RESUMEN

El corioadenocarcinoma gástrico primario (PGC) constituye menos del 1% de todos los cánceres gástricos; es más común en los hombres. Aproximadamente un tercio de los pacientes ya tienen enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente varón de 70 años, diagnosticado de adenocarcinoma gástrico en antropíloro, al que se le realizó gastrectomía radical distal. El diagnóstico anatomopatológico muestra un adenocarcinoma, con un 85% de diferenciación coriocarcinomatosa, un 10% con áreas de adenocarcinoma tubular y el 5% restante por componente sugestivo de tumor de saco vitelino. Nuestro paciente logró una supervivencia de 5 meses después de la cirugía, durante este tiempo estuvo en seguimiento por medicina oncológica con quimioterapia. Esta enfermedad sigue teniendo un pronóstico sombrío; menor a 6 meses.

Palabras clave: Coriocarcinoma; Adenocarcinoma; Estómago (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Primary gastric chorioadenocarcinoma (PGC) constitutes less than 1% of all gastric cancers; it is more common in men. Approximately one third of patients already have metastatic disease at the time of diagnosis. We present the case of a 70-year-old male patient, diagnosed as gastric adenocarcinoma in antropylorus, who underwent radical distal gastrectomy. The pathological diagnosis shows an adenocarcinoma, with 85% choriocarcinomatous differentiation, 10% with areas of tubular adenocarcinoma and the remaining 5% per component suggestive of yolk sac tumor. Our patient achieved a survival of 5 months after surgery, during this time he was followed up by oncology medicine with chemotherapy. This disease continues to have a gloomy prognosis; less than 6 months.

Keyword: Choriocarcinoma; Adenocarcinoma; Stomach (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma es un tumor epitelial productor de gonadotropina coriónica humana (hCG) de crecimiento rápido, altamente invasivo y con gran metástasis. Surge principalmente de células germinales trofoblásticas y generalmente es de origen endometrial, pero puede ser extragonadal⁽¹⁾. El tipo puro de coriocarcinoma es poco frecuente. Alrededor del 70% de los coriocarcinomas gástricos tienen componente de adenocarcinoma⁽²⁾.

El corioadenocarcinoma gástrico primario (CGP) constituye menos del 1% de todos los cánceres gástricos; es más frecuente en varones, con una proporción de hasta 2,5: 1. La beta-hCG sérica sirve postoperatoriamente como marcador sérico de recurrencia tumoral. Aproximadamente un tercio de

los pacientes ya tienen enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico⁽³⁾.

Se presenta el caso clínico de un paciente con diagnóstico de coriocarcinoma gástrico coexistente con adenocarcinoma, operado de una gastrectomía distal radical.

CASO CLÍNICO

Presentamos un paciente varón de 70 años, sin antecedentes de médicos ni quirúrgicos, el cual refiere que hace 1 mes antes del ingreso inicia con dolor abdominal localizado en epigastrio de leve intensidad, a deposiciones líquidas "marrón oscuro", además asociar pérdida ponderal de 5 kg en un mes aproximadamente.

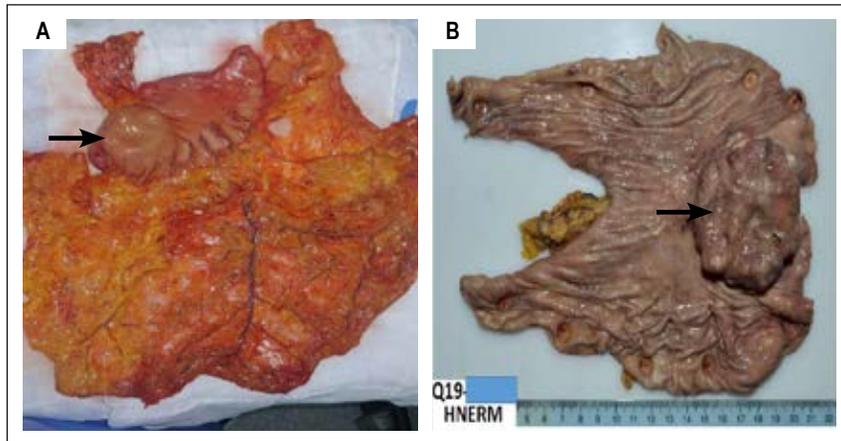


Figura 1. (A) Pieza quirúrgica completa: producto de gastrectomía distal radical D2. Se observa la lesión en antropiloro en cara anterior. **(B)** Tumoración de tipo macroscópico I, elevada, bien delimitada, localizada en tercio distal, curvatura menor, cerca del borde quirúrgico distal.

Los hallazgos endoscópicos fueron de una lesión en antropiloro elevada que estenosa la luz moderadamente, compatible por anatomía patológica con adenocarcinoma pobremente diferenciado con patrón escamoso infiltrante. Paciente ingresa con una hemoglobina de 11 g/Dl, el resto de exámenes dentro de valores normales y marcadores tumores CEA, CA125 negativos.

La tomografía abdomino pélvica con contraste y protocolo HIDROTC informó: cámara gástrica presenta engrosamiento nodular hasta 16 mm en curvatura menor con extensión aproximadamente de 65 mm, además de 2 a 3 adenopatías regionales, dicho engrosamiento es de aspecto neoformativo.

Se realizó una gastrectomía distal con disección ganglionar D2. El paciente evolucionó de forma lenta favorable, fue dado de alta al séptimo día. Figura 1.

Los resultados de la pieza quirúrgica extirpada durante la cirugía fueron a nivel macroscópico abierto el espécimen por curvatura mayor, formación tumoral

de 5,5x5,5x1,2 cm, elevada, de bordes definidos de tipo 1, localizado en curvatura menor, tercio distal, a 4,5 cm del borde proximal y 1,5 cm del borde distal. A los cortes seriados, la tumoración es sólida, con áreas de hemorragia, impresiona comprometer serosa. Se disecan ganglios linfáticos regionales.

A nivel microscópico los resultados fueron de adenocarcinoma, con diferenciación coriocarcinomatosa en un 85%, un 10% con áreas de adenocarcinoma tubular y el 5% restante por componente sugestivo de tumor de saco vitelino.

A los cortes seriados dicha tumoración infiltra hasta subserosa. Al estudio de inmunohistoquímica, el componente coriocarcinomatoso fue positivo fuerte focal para hCG, CK7; el componente saco vitelino es positivo focal para AFP, bordes quirúrgicos libres de neoplasia. Ganglios linfáticos regionales: Grupo 3: 0/9, Grupo 4: 0/3, Grupo 5: 0/1, Grupo 6: 0/5. Se concluyó como Estadio patológico: pT3pN0pMx y un total de ganglios evaluados en el espécimen: 0/39 libre de neoplasia maligna. Figura 2.

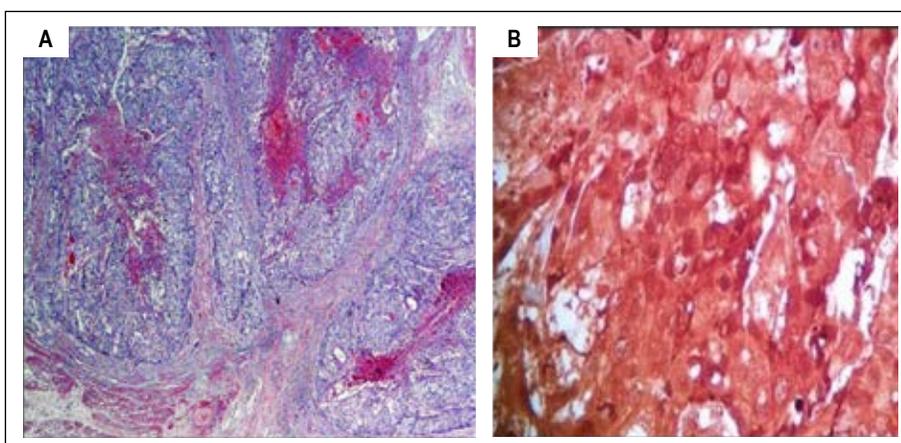


Figura 2. Estudio microscópico H-E. **(A)** Neoplasia maligna bien delimitada, de crecimiento expansivo, con áreas de necrosis. **(B)** El carcinoma expresa positividad fuerte y difusa para la tinción de inmunohistoquímica de hCG – hormona gonadotrofina coriónica.

El diagnóstico final fue adenocarcinoma, con diferenciación coriocarcinomatosa en un 85%, un 10% con áreas de adenocarcinoma tubular y el 5% restante por componente sugestivo de tumor de saco vitelino.

Paciente fue manejado por el servicio de Oncología Médica con tratamiento quimioterápico de etopósido y cisplatino; con controles posteriores, se hizo el seguimiento hasta el cuarto mes posterior a la cirugía. El paciente toleraba vía oral con dieta líquida y blanda. Desde el punto de vista quirúrgico no se presentaron complicaciones posteriores. A la fecha se constata fallecimiento de paciente en domicilio al quinto mes posoperatorio.

DISCUSIÓN

El CGP fue descrito por primera vez por Davidsohn en 1905 y, hasta la fecha, se han reportado más de 140 casos en la literatura médica internacional. A nivel nacional no hay registro aun de esta patología. Varios estudios revelaron que la patogénesis del CGP puede explicarse por la desdiferenciación del tejido de adenocarcinoma maligno al nivel del ectodermo embrionario, conservando la capacidad de formar trofoblastos⁽¹⁾.

Es más frecuente en varones, siendo la media de edad de presentación los 60 años y el tercio inferior del estómago la ubicación más frecuente.

Las características clínicas son similares al adenocarcinoma con sangrado del tracto gastrointestinal superior como síntoma más común. Los sitios más comunes de metástasis son los ganglios linfáticos seguidos del hígado, el peritoneo y los pulmones.

El 71% de los CGP están asociados con adenocarcinoma mal diferenciado y menos del 25% son coriocarcinoma puro y en algunas publicaciones, se evidencia metástasis tempranas, que en nuestro caso no se reportó⁽³⁾.

Los coriocarcinomas tienen una diseminación hematogena rápida a diferencia de la diseminación linfática de los adenocarcinomas. El pronóstico es pobre con una mortalidad muy alta y un período de supervivencia de menos de un año. Los regímenes de quimioterapia no son efectivos en comparación con los coriocarcinomas gestacionales⁽⁴⁾.

El diagnóstico se realiza mediante examen clínico, estimación de los niveles séricos de β -HCG, pruebas radiológicas y hallazgos histológicos. Es difícil diferenciar entre un adenocarcinoma y un coriocarcinoma. La endoscopia digestiva alta y la biopsia también son útiles, pero a menudo es difícil obtener material suficiente para la confirmación y solo del 8 al 15% de los casos se diagnostican con precisión mediante

biopsia endoscópica. El coriocarcinoma suele ser exofítico con una apariencia hemorrágica de color rojo carnoso que muestra una mayor vascularización. Para el diagnóstico patológico, la evaluación del citotrofoblasto y el sincitiotrofoblasto son requisitos previos, y puede confirmarse mediante células positivas para β -HCG en la prueba inmunohistoquímica y una alta elevación de β -HCG en la sangre⁽⁵⁾.

El tratamiento de elección de esta patología es la gastrectomía con disección ganglionar seguida de quimioterapia. Aunque algunos informes de casos y pequeños estudios han informado de beneficios de la quimioterapia, no se ha establecido un tratamiento estándar debido a la rareza de este tumor. Los regímenes de quimioterapia que generalmente se usan con éxito para el coriocarcinoma⁽⁶⁾, incluyen MAC (metotrexato, actinomicina-D, ciclofosfamida), CHAMOCA (ciclofosfamida, hidroxycarbamida, doxorubicina, actinomicina D, metotrexato, melfalán).

El pronóstico es muy pobre y el tiempo medio de supervivencia de los pacientes con CGP es inferior a 6 meses. La causa más común de muerte es la insuficiencia hepática secundaria a metástasis⁽²⁾.

En nuestro caso el paciente fue manejado por Oncología médica con quimioterapia esquema de etopósido y cisplatino, con controles posteriores hasta el cuarto mes posoperatorio, luego el paciente no acudió a sus controles, notificándose su deceso al final del quinto mes de la cirugía.

Hay que tener en cuenta que nos enfrentamos a patologías oncológicas raras, como la presentado en este caso, las cuales son necesarias reportarlas, aunque tiene pobre pronóstico; lo ideal será hacer un buen estudio de tamizaje y prevención del cáncer gástrico.

Sumado a esto aún esta patología no cuenta con una terapia adyuvante clara, la cual deberá ser investigada aún para mejorar el pronóstico.

En conclusión, el coriocarcinoma gástrico representa menos del 1% de las neoplasias gástricas, pero se asocia en un 70% a adenocarcinoma mal diferenciado. El tratamiento preferido es una gastrectomía radical, seguida de quimioterapia, la cual aún no hay evidencia de su efectividad. El pronóstico de esta patología es pobre, siendo inferior a 6 meses.

Conflicto de intereses: no se presentan conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baraka BA, Al Kharusi SS, Al Bahrani BJ, Bhatnagar G. Primary Gastric Chorioadenocarcinoma. *Oman Med J*. 2016;31(5):381-3. doi: 10.5001/omj.2016.75.

2. Raghavapuram R, Veerankutty FH, Anandakumar M. Primary Choriocarcinoma of the Stomach. A Case Report and Review of the Literature. *Indian J Surg Oncol.* 2016;7(1):119-23. doi: 10.1007/s13193-016-0494-4.
3. Florença Martins V, Moreno F, Vizcaíno JR, Santos J. Primary gastric choriocarcinoma: A rare case. *Int J Surg Case Rep.* 2015;14:44-47. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.07.009.
4. Pai MR, Mathai AM, Kumar S, Prabhu S. Coexistent gastric primary choriocarcinoma and adenocarcinoma. *Indian J Pathol Microbiol.* 2009;52(4):537-9. doi: 10.4103/0377-4929.56155.
5. Kırkil C, Karabulut K, Aygen E, İlhan YS, Mesut Y, Özercan İH. A case of primary gastric choriocarcinoma and a review of the Turkish literature: an extremely rare carcinoma of the stomach. *Dicle Med J.* 2012;39(1):105-109. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2012.01.0105.
6. Takahashi K, Tsukamoto S, Saito K, Ohkohchi N, Hirayama K. Complete response to multidisciplinary therapy in a patient with primary gastric choriocarcinoma. *World J Gastroenterol.* 2013;19(31):5187-94. doi: 10.3748/wjg.v19.i31.5187.

Correspondencia:

Jhon Alberto Mondragón Vera

E-mail: j.mondragon.vera@gmail.com