



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CASO CLÍNICO

Coriocarcinoma metastásico a yeyuno. Reporte de tres casos

J.L. Martínez-Ordaz^{a,*}, L.M. Gómez-Jiménez^b y G. Ballinas-Oseguera^a

^a Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F., México

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F., México

Recibido el 21 de abril de 2011; aceptado el 30 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 24 de agosto de 2012

PALABRAS CLAVE

Coriocarcinoma;
Metástasis;
Intestino delgado;
Yeyuno;
México

KEYWORDS

Choriocarcinoma;
Metastasis;
Small bowel;
Jejunum;
Mexico

Resumen El 5,0% de los pacientes con coriocarcinoma desarrollan metástasis a intestino delgado. Los tumores de intestino delgado son raros, y generalmente las metástasis son de carcinomas de pulmón, mama o melanoma. La sintomatología es vaga y la mayoría son hallazgos de autopsia. Los síntomas principales están relacionados con la presencia de tumor abdominal o hemorragia, oclusión o perforación intestinal. Presentamos los casos de 3 pacientes con metástasis de coriocarcinoma a intestino delgado. Una mujer de 24 años con oclusión intestinal secundaria a intususcepción originada en un pólipo de coriocarcinoma metastásico, y dos hombres de 18 y 24 años con historia de tumor testicular, que presentaron 2 y 10 meses posterior a orquiectomía, hemorragia de tubo digestivo por metástasis de coriocarcinoma a intestino delgado. El manejo fue endoscópico en un caso y quirúrgico en los restantes. Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio mediato y el restante durante el primer año de seguimiento. Las metástasis de coriocarcinoma son muy raras. Las manifestaciones clínicas principales son hemorragia u oclusión intestinal. El manejo puede ser médico o quirúrgico para su resolución. La mayoría de los pacientes con coriocarcinoma responden a quimioterapia, pero el pronóstico es peor para aquellos con metástasis a intestino delgado.

© 2011 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Jejunal metastasis from choriocarcinoma. A three-case report

Abstract Five per cent of patients presenting with choriocarcinoma develop small bowel metastasis. Tumors of the small bowel are rare and the metastases are generally from lung and breast carcinoma or from melanoma. Clinical presentation is vague and the majority of cases are autopsy findings. The main symptoms are related to the presence of abdominal tumor or hemorrhage, or bowel obstruction or perforation. We present the cases of three patients

* Autor para correspondencia: Av. Cuauhtémoc 330, 3er. Piso, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06725, México D.F., México. Teléfono: 5627 6900, extensiones 21529, 21531. Celular: (044) 55 5451 6656.

Correo electrónico: jlmo1968@hotmail.com (J.L. Martínez-Ordaz).

with small bowel metastasis from choriocarcinoma. A 24-year-old woman with bowel obstruction secondary to intussusception caused by a metastatic choriocarcinoma polypoid mass and two men, one 18 years old and the other 24 years old, with a history of testicular tumor, who presented with gastrointestinal bleeding due to small bowel metastasis from choriocarcinoma, 2 and 10 months after orchiectomy, respectively. Management was endoscopic in one case and surgical in the other two. Two patients died in the early postoperative period and one patient died during the first year of follow-up. Choriocarcinoma metastases are very rare and their main clinical manifestations are hemorrhage and bowel obstruction. Management can be either medical or surgical. The majority of patients with choriocarcinoma respond to chemotherapy but prognosis is worse for those patients presenting with small bowel metastasis.

© 2011 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

El intestino delgado constituye el 90,0% de la superficie total del tracto gastrointestinal, sin embargo, los tumores primarios y metastásicos que lo afectan sólo representan menos del 10,0% de todos los tumores gastrointestinales. La mayoría de los tumores malignos son metástasis de neoplasias intra o extraabdominales^{1,2}.

Habitualmente son asintomáticos, y cuando presentan síntomas, éstos son muy variados, principalmente relacionados a hemorragia, oclusión o perforación intestinal. Los tumores primarios que más frecuentemente dan metástasis a intestino delgado son el melanoma, el cáncer pulmonar y el cáncer de mama. Una revisión encontró que del 5,0% al 8,0% de los pacientes con melanoma y el 0,5% de los pacientes con cáncer pulmonar, tenían metástasis sintomáticas a intestino delgado. Sin embargo, al momento de la autopsia el 50,0% de los pacientes con melanoma y el 11,0% de los pacientes con cáncer pulmonar las presentan².

El coriocarcinoma es una enfermedad que tiende a afectar a personas menores de 30 años. Es el tumor más agresivo de los tumores germinales. Está caracterizado por proliferación rápida, con alta vascularidad y tendencia a crecer más que la capacidad de ésta, por lo que usualmente presenta necrosis³. Además no produce prácticamente reacción estromal, por lo que la necrosis y la vascularidad ocasionan hemorragia⁴. En las mujeres está asociado principalmente a embarazo molar, no obstante, puede seguir a un embarazo normal, embarazo ectópico, abortos espontáneos o terapéuticos. También existe la posibilidad de que desarrollen coriocarcinoma no gestacional. Además del útero y demás órganos reproductores, puede tener un origen extragonadal como por ejemplo, el mediastino, el retroperitoneo y la glándula pineal^{5,6}. Es más raro en los hombres, siendo el sitio principal de desarrollo los testículos. Durante la evaluación es importante realizar una exploración intencionada, ya que el tumor primario puede involucionar hasta dejar sólo una cicatriz en el testículo, a pesar de tener ya metástasis a distancia⁵. Menos del 8,0% de los tumores testiculares tienen un componente de coriocarcinoma y alrededor del 1,0% son puros⁷.

El objetivo de esta serie es presentar 3 pacientes con 2 de las principales complicaciones intestinales, secundarias a coriocarcinoma metastásico.

Presentación de casos

Caso 1

Masculino de 24 años de edad, con antecedente de resección de tumor testicular un año antes, y que no aceptó tratamiento posterior. Ingresó al Servicio de Urgencias por evento de hemorragia de tubo digestivo bajo, manifestado por hematoquezia de 2 días de evolución. A la exploración física se encontró hipotenso, taquicárdico y con hematoquezia de 500 mL. Fue realizada una colonoscopia y panendoscopia que no demostraron lesiones. Por tomografía se demostró tumor retroperitoneal compatible con actividad tumoral, así como imágenes sugestivas de metástasis pulmonares y renales (fig. 1). Fue realizada arteriografía que demostró hemorragia activa a nivel de yeyuno (fig. 2A). Fue sometido a resección intestinal con anastomosis primaria. Desde el postoperatorio inmediato presentó deterioro neurológico, por lo cual se realizó tomografía de cráneo que evidenció metástasis cerebrales. El paciente falleció al cuarto día postoperatorio. El reporte definitivo fue metástasis hemorrágicas de coriocarcinoma en yeyuno (fig. 2B).

Caso 2

Femenina de 24 años de edad, sin inicio de vida sexual activa. Ingresó al hospital por paraplejia súbita desde nivel abdominal. Durante su evaluación fueron documentadas imágenes compatibles con metástasis pulmonares y una lesión intrarraquídea a nivel de T12-L1, por ésta última fue programada para laminectomía. Durante la cirugía se realizó biopsia. El reporte de la misma con tinción de hematoxilina & eosina fue carcinoma poco diferenciado. Dos semanas después comenzó con datos de oclusión intestinal completa (dolor abdominal cólico, náusea y vómito fecaloide, distensión abdominal, obstipación y constipación), en la exploración física con datos de irritación peritoneal. Por esto fue realizada laparotomía exploradora de

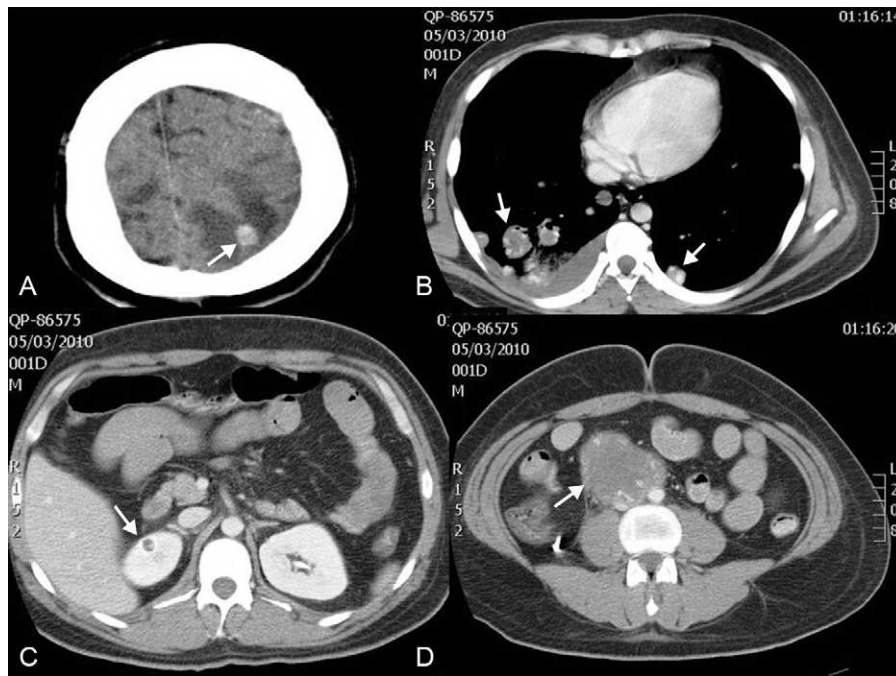


Figura 1 Imágenes de tomografía computada. A) Evidencia de metástasis cerebral (flecha). B) Tórax con evidencia de múltiples metástasis pulmonares (flechas). C) Abdomen con evidencia de metástasis renal (flecha). D) Abdomen con metástasis a retroperitoneo (flecha).

urgencia, con diagnóstico de oclusión intestinal. El hallazgo fue intususcepción yeyuno-ileal de 40 cm, este segmento fue resecado con anastomosis primaria. El resto de la exploración de abdomen y pelvis fue sin alteraciones. La evolución postoperatoria fue mala, la paciente falleció en el quinto día postoperatorio secundario a complicaciones tromboembólicas. El origen de la intususcepción fue una masa café violácea, de aspecto polipoide de 4 cm. El reporte definitivo fue coriocarcinoma metastásico. Por esto, se realizó una nueva revisión de la biopsia inicial de columna, que demostró que las células neoplásicas también eran de coriocarcinoma. No le fue realizada gonadotropina coriónica sérica a la paciente porque no se sospechó el diagnóstico de coriocarcinoma previo al fallecimiento, y no había posibilidad de embarazo.

Caso 3

Masculino de 18 años de edad, con historia de tumor testicular que ameritó orquiectomía radical y reporte de tumor germinal mixto (80,0% coriocarcinoma y 20,0% teratoma). También le fueron documentadas metástasis pulmonares y retroperitoneales, así como β -gonadotropina coriónica mayor de 80 U/L (VN < 0.1 U/L). Inició quimioterapia con bleomicina, etopósido y cisplatino. Dos meses después comenzó con datos de hemorragia de tubo digestivo alto (melena) y síndrome anémico, por lo cual fue realizada una enteroscopia posterior a una panendoscopia normal. Los hallazgos fueron lesión vegetante a 40 cm del ángulo de Treitz, con huellas de hemorragia reciente. Las biopsias realizadas mostraron neoplasia ulcerada con células

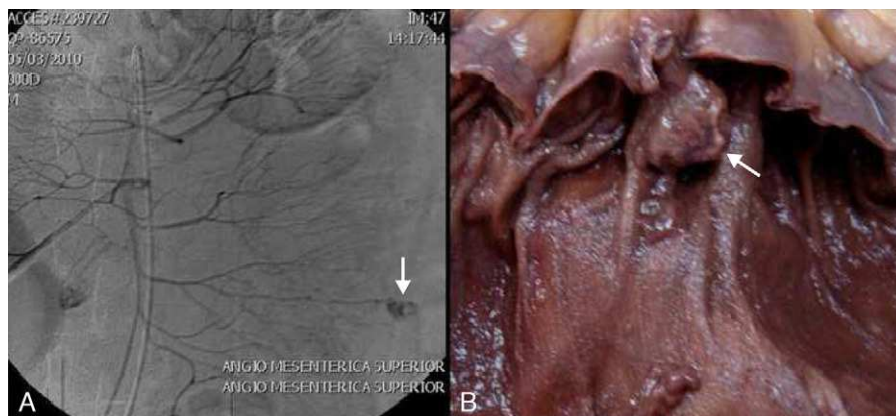


Figura 2 A) Angiografía de arteria mesentérica superior donde se evidencia fuga del material de contrastes a nivel de ramas yeyunales (flecha). B) Corte de pólipo yeyunal correspondiente a coriocarcinoma metastásico (flecha).

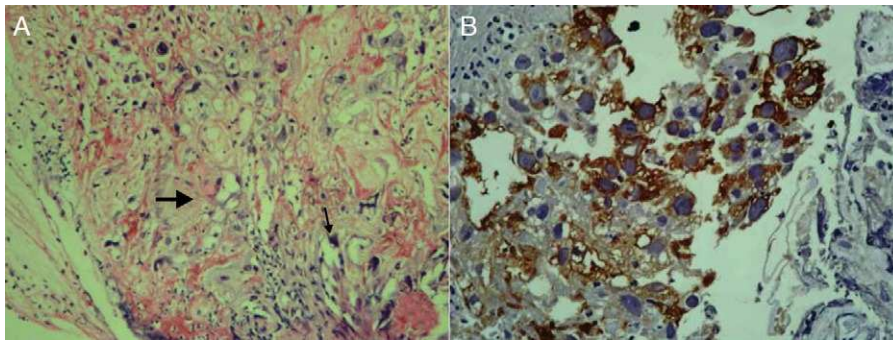


Figura 3 A) Fotomicrografía (10X, H&E). Neoplasia con células de sincicio (flecha delgada) y citotrofoblasto (flecha gruesa), rodeadas por necrosis. B) Fotomicrografía (40X, Inmunohistoquímica). Células de citotrofoblasto con tinción de gonadotropina coriónica intensamente positiva en el citoplasma.

grandes, pleomórficas, con citoplasma claro y nucléolo evidente. Se realizó tinción para gonadotropina coriónica, la cual fue intensamente positiva en el citoplasma de las células neoplásicas (fig. 3). Fue reportado como metástasis de coriocarcinoma. La hemorragia se autolimitó. El paciente terminó 4 ciclos de quimioterapia, pero por persistencia de la enfermedad metastásica, y a pesar de 2 nuevos esquemas de quimioterapia, falleció un año después.

Discusión

El coriocarcinoma puede presentarse con datos de metástasis. Los órganos más comúnmente afectados son: pulmón, riñón, cerebro e hígado^{4,8}. La frecuencia de metástasis reportada al tracto gastrointestinal es del 5,0%^{4,6}, principalmente secundario a invasión directa por afectación retroperitoneal o diseminación hematógena. Cuando es hematógena, el 80,0% de los pacientes tienen metástasis a otros niveles al momento del diagnóstico, como las presentaron nuestros 3 pacientes⁶. El sitio más frecuente de metástasis gastrointestinales es el estómago, siendo la afectación intestinal muy rara. Sears⁷ describió el primer caso de metástasis de coriocarcinoma a intestino delgado en 1.933⁷. En una revisión de la literatura médica (*Pubmed, Artemisa, Google académico, Imbiomed y Medigraphic*), hay menos de 20 pacientes con coriocarcinoma intestinal (2 nacionales), ya sean primarios o metastásicos⁵.

La principal manifestación clínica en 2 de nuestros pacientes, correspondió a la más común de este tipo de tumor. Debido a que es muy vascularizado tiene una mayor probabilidad de presentar hemorragia, siendo el síntoma principal la melena^{3,4}. La tercera paciente presentó oclusión intestinal e intususcepción⁹, ya que desarrolló una lesión polipoide. Otro tipo de complicación es perforación intestinal secundaria a necrosis^{5,8}.

Para realizar el diagnóstico es muy importante sospecharlo. Deben ser descartados en mujeres con historia de enfermedad trofoblástica o tumor gonadal, o en hombres con historia de tumor testicular, y presencia de hemorragia de tubo digestivo o síntomas gastrointestinales. De acuerdo al tipo de presentación (hemorragia, oclusión o perforación) será el estudio a realizar. En caso de realizar biopsias, frecuentemente son diagnosticados como adenocarcinoma, como sucedió en uno de nuestros pacientes⁶.

Dentro de los exámenes de laboratorio, la determinación de β -gonadotropina coriónica apoya el diagnóstico, ya que está elevada en más del 95,0% de los casos⁴⁻⁶, mientras que la α -fetoproteína lo está en el 60,0%¹⁰.

El tratamiento varía de acuerdo a la manifestación principal y la gravedad de la misma. En 2 de nuestros pacientes fue necesario el tratamiento quirúrgico (reservado para pacientes con hemorragia incoercible, oclusión intestinal completa o perforación), pero puede ser con manejo médico o procedimientos endoscópicos. A pesar de que el pronóstico para el coriocarcinoma metastásico es bueno, con un alto rango de remisión, es malo para los pacientes con metástasis a intestino delgado, nuestros 3 pacientes fallecieron, y la presencia de síntomas gastrointestinales lo empeora. Sin embargo, hay casos en que la quimioterapia ha tenido muy buenos resultados^{5,10}.

Conclusiones

El coriocarcinoma es un tumor que raramente presenta metástasis a intestino delgado. Estas metástasis deben ser sospechadas en pacientes con este diagnóstico y manifestaciones gastrointestinales, principalmente hemorragia u oclusión. El manejo es dependiente de la sintomatología y condiciones del paciente. Cuando el paciente presenta involucro intestinal el pronóstico es peor comparado contra otras localizaciones.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kariv R, Arber N. Malignant tumors of the small intestine-new insights into a rare disease. *Isr Med Assoc J.* 2003;5:188-92.
2. Rosato Jr FE, Rosato EL. Current surgical management of intestinal metastases. *Semin Oncol.* 2008;35:177-82.

3. Shariat SF, Duchene D, Kabbani W, et al. Gastrointestinal hemorrhage as first manifestation of metastatic testicular tumor. *Urology*. 2005;66:1319.
4. Prabhu MM, Baxi J, Malhothra A, et al. A perplexing case of gastrointestinal haemorrhage. *Singapore Med J*. 2006;47:159–62.
5. Iyomasa S, Senda Y, Mizuno K, et al. Primary choriocarcinoma of the jejunum: report of a case. *Surg Today*. 2003;33:948–51.
6. Yokoi K, Tanaka N, Furukawa K, et al. Male choriocarcinoma with metastasis to the jejunum: a case report and review of the literature. *J Nihon Med Sch*. 2008;75:116–21.
7. Sears JB. Ectopic chorionepithelioma: Report of case in which the lesion was situated in the jejunum. *Ann Surg*. 1933;97:910–9.
8. Balagopal P, Pandey M, Chandramohan K, et al. Unusual presentation of choriocarcinoma. *World J Surg Oncol*. 2003;1:4.
9. Palomeque A, Muffak K, Ramia JM, et al. Gastrointestinal bleeding and intestinal invagination due to intestinal choriocarcinoma. *Cir Esp*. 2005;78:59.
10. Molina-Infante J, Beceiro-Pedreño I, Ripoll-Noiseux C, et al. Gastrointestinal hemorrhage due to metastatic choriocarcinoma with gastric and colonic involvement. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:77–80.