

## CASO CLÍNICO

# Coriocarcinoma cervical metastásico en mujer de 45 años con antecedente de HSIL

I. Krasteva<sup>a,\*</sup>, F. Pla<sup>a</sup>, Ll. Pons<sup>b</sup>, E. Muñoz<sup>a</sup>, E. Trullen<sup>a</sup>, M. Rubio<sup>a</sup>, N. González<sup>a</sup> y N. Subirats<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Virgen de la Cinta, Tarragona, España

<sup>b</sup> Servicio de Patología, Hospital Virgen de la Cinta, Tarragona, España

Recibido el 20 de noviembre de 2009; aceptado el 8 de diciembre de 2009

Disponibile en Internet el 7 de abril de 2010

### PALABRAS CLAVE

Coriocarcinoma no gestacional;  
Metástasis;  
Cérvix uterino

### KEYWORDS

Non gestational choriocarcinoma;  
Metastasis;  
Uterine cervix

**Resumen** El coriocarcinoma es una neoplasia epitelial rara, perteneciente al grupo de las enfermedades trofoblásticas gestacionales. Se caracteriza por la presencia de células del sincitiotrofoblasto, citotrofoblasto y trofoblasto intermedio, que pueden presentar invasión tisular y vascular.

Mujer de 45 años, última gestación 10 años atrás. Recibe tratamiento de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL). Tras conización, presenta sangrados irregulares. Descartada la posibilidad de enfermedad cervical residual o patología de origen endometrial, nos orientamos hacia el diagnóstico de coriocarcinoma cuando la paciente presenta hemoptisis por metástasis pulmonares. Se realiza revisión de los criterios diagnósticos, manifestaciones clínicas y pronóstico.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Metastatic choriocarcinoma in a 45-year-old woman with a previous high-grade squamous intraepithelial lesion

**Abstract** Choriocarcinoma is a rare epithelioid neoplasm belonging to the group of gestational trophoblastic disease. The histologic feature is syncytiotrophoblastic, cytotrophoblastic and intermediate trophoblastic cells which can permeate among the myometrial fibers and vessels.

We report a case of choriocarcinoma diagnosed in a 45-year-old woman 10 years after her last pregnancy. She was treated for a high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL). After surgical treatment, she showed irregular vaginal bleeding. Once residual cervical disease and endometrial disease had been excluded, we suspected metastatic gestational trophoblastic disease when the patient showed hemoptysis due to pulmonary metastasis. We review the diagnostic criteria, clinical expression and prognosis of this entity.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Irinaek@yahoo.es (I. Krasteva).

## Caso clínico

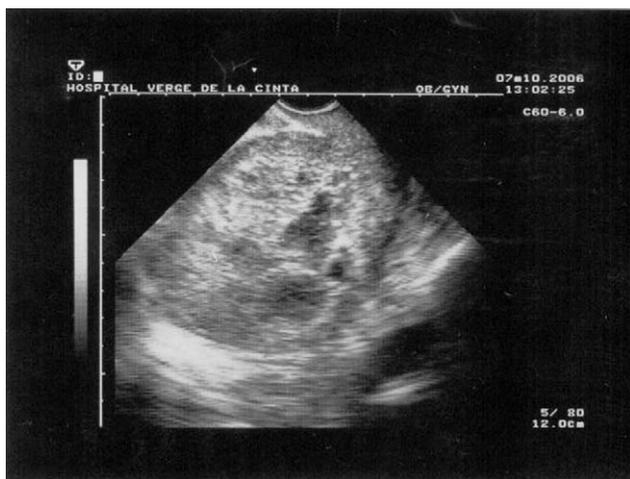
Paciente de 45 años, sin antecedentes patológicos de interés. Antecedentes gineco-obstétricos de menarquia a los 13 años, ciclos menstruales regulares, 4 partos eutócicos (último 10 años atrás), amenorrea de más de un año de evolución. No controles ginecológicos posteriores a la gestación.

Es remitida a nuestra unidad de patología cervical asintomático y por presentar en citología cérvico-vaginal lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL). A la exploración, destaca formación polipoidea en cérvix, que se extirpa. La biopsia cervical dirigida con colposcopio confirma HSIL y cambios compatibles con infección por virus del papiloma humano (VPH), la formación polipoidea se informa como pólipos fibroglandular simple.

Realizamos conización cervical con asa diatérmica (anatomía patológica (AP): HSIL con márgenes libres). La paciente pasa a control periódico en consultas externas según protocolo. En la visita a los 6 meses de la intervención, refiere sangrado transvaginal de carácter intermitente. No se evidencia patología a la exploración ginecológica, la biopsia endometrial, citología y ecografía transvaginal son normales.

La persistencia de menometrorragias en los meses siguientes son causa de consulta por urgencias donde a la exploración se confirma sangrado procedente de cavidad uterina. En ecografía TV llama la atención útero aumentado de tamaño con línea endometrial hipertrófica y heterogénea (fig. 1). Se realiza biopsia endometrial y se inicia tratamiento hormonal con medroxiprogesterona. La AP del material endometrial remitido informa de disociación glándulo estromal, sin criterios de malignidad aunque con marcados fenómenos de necrosis tisular que aconsejan proseguir el estudio.

En histerosonografía se observa dos formaciones polipoideas en cara anterior de endometrio. La histeroscopia quirúrgica nos permite realizar biopsias dirigidas que se informan de carcinoma pobremente diferenciado. Se decide intervención quirúrgica con analítica preoperatoria normal y marcadores tumorales (CA 125 y CA19,9) negativos. RMN pélvica previa a la intervención, describe de proceso



**Figura 1** Útero aumentado de tamaño. Cavidad uterina ocupada por zonas hiper e hiporrefringentes multiloculadas.



**Figura 2** Imagen en suelta de globo en RX tórax en corte PA.

neofornativo endometrial estadio IC con adenopatías ilíacas bilaterales con mayor compromiso de cadena ganglionar iliaca derecha.

Realizamos histerectomía abdominal más doble anexectomía y linfadenectomía pélvica. Postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta hospitalaria a los 6 días de la intervención quirúrgica.



**Figura 3** Sección sagital de cérvix y cuerpo uterino donde se observan las dos formaciones tumorales cervical y fúndica respectivamente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812919>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812919>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)