

CORIOCARCINOMA GÁSTRICO

Jorge Guevara*, Oscar Frisancho*, Américo Palomino**.

RESUMEN

En este reporte presentamos la historia clínica de un paciente de 62 años de edad, que presentaba dolor abdominal localizado en epigastrio y baja de peso, el examen físico reveló la presencia de una tumoración redondeada localizada en el cuadrante superior derecho del abdomen.

La evaluación endoscópica mostró una lesión gástrica de tipo submucoso que se extendía desde cuerpo medio cara posterior hasta el bulbo duodenal; en la intervención quirúrgica se encontró una tumoración dependiente de antro y cara posterior de estómago que infiltraba el páncreas. El estudio histológico demostró coriocarcinoma gástrico con componente de adenocarcinoma.

Palabras Claves: Coriocarcinoma, células germinales, retrodiferenciación.

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma es un tumor de estirpe germinal, muy raro del estómago, puede aparecer en forma pura o acompañado de adenocarcinoma; generalmente tiene un comportamiento clínico muy agresivo con alto grado de malignidad, de crecimiento rápido y que produce metástasis tempranamente.

En su histogénesis se ha postulado varias teorías, desde el atrapamiento de células pluripotenciales en la línea media del cuerpo, hasta la teoría de la retrodiferenciación de las células tumorales del epitelio gástrico.

Nosotros presentamos el caso de un paciente con una tumoración localizada en el epigastrio y baja de peso, el tratamiento quirúrgico demostró una neoplasia gástrica: coriocarcinoma con componente de adenocarcinoma.

Caso Clínico.

Paciente varón de 62 años de edad, natural y procedente de Moyobamba.

Antecedentes: Parasitosis intestinal, gastritis hace 4 años. Niega intervenciones quirúrgicas, transfusiones sanguíneas o hepatitis.

Enfermedad Actual.

El paciente refirió que su enfermedad se inició hace un año (forma insidiosa y curso progresivo), caracterizado por sensación de malestar a nivel epigástrico que se incrementaba después de la ingesta de alimentos; posteriormente notó la aparición de una tumoración pequeña a nivel de cuadrante superior derecho del abdomen que fue creciendo paulatinamente.

4 meses antes del ingreso, el dolor epigástrico se incrementó acompañado de una sensación de llenura precoz. Evaluado en el hospital de su localidad, decidieron transferirlo a este nosocomio. La pérdida de peso fue de aproximadamente 4 Kg.

Examen Físico: REG, REN y BEH, , palidez leve. Cuello: no adenopatías. Pulmones: MV pasa bien en ACP. Abdomen: RHA presentes, se palpa tumoración de 10 x 8 cm en zona de epigastrio e hipocondrio derecho, de consistencia dura, superficie regular, levemente dolorosa a la palpación profunda. No hepatomegalia. Resto sin particularidades.

La Impresión diagnóstica al ingreso fue de NM gástrico o NM hepático..

Exámenes Auxiliares: Hb:11.3, Hto: 35.7, L: 5970, Plaquetas: 298,000, TP: 12.4, TPTK:36.1, Proteínas totales: 7.09, Albúmina:3.20, Globulinas:3.89, BT: 0.45, BD: 0.14, BI:0.31, TGO:33, TGP:26, FA: 184, GGTP: 84, CEA: 0.24, CA:19.9: 32.4, DHL: 296, B2 microglobulina :2.73, Anticore total (+), Ac. HVC (+), y Parasitológico en heces negativo.

Ecografía Abdominal: tumoración sólida de 100 x 70 mm en el lóbulo derecho del hígado. Adenopatías en hilio hepático, el mayor de 30 mm. No líquido libre.

Tomografía Axial Computarizada: Hígado, páncreas, bazo de caracteres normales. Llama la atención el engrosamiento irregular de la pared de colon transversal (descartar un proceso neoplásico). No adenomegalias, ni ascitis.

Endoscopia Digestiva Alta: Esófago: mucosa normal. UEG a 36 cm. Estómago: Lago mucoso claro, fondo de aspecto normal, desde cuerpo medio, cara posterior y curvatura menor se observa lesión submucosa que se extiende hasta el bulbo duodenal con dos ulceraciones, una superficial y otra profunda de 6 y 10 mm de diámetro respectivamente. Segunda porción normal. La impresión diagnóstica fue de una lesión gástrica submucosa ulcerada, se pensó en un leiomioma.

Colonoscopia: Se observa en los diferentes segmentos, mucosa de aspecto normal.

Biopsia de estómago: Adenocarcinoma medianamente diferenciado infiltrante.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente. Se observó una lesión tumoral dependiente del antro y de cara posterior de estómago que infiltraba la cabeza de páncreas con compresión del meso de colon transversal. Existía una gran cantidad de adenopatías a nivel del grupo 8,12,7,3,5; si embargo no había líquido libre en cavidad.

Se realizó gastrectomía subtotal (gastroenteroanastomosis L-L Billroth II), colectomía derecha (anastomosis íleo colónica L-L), colecistectomía y esplenectomía.

* Departamento del Aparato Digestivo y Departamento de Anatomía Patológica, del Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins» – EsSALUD, Lima (Perú).

** Departamento de Anatomía Patológica, del Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins» – EsSALUD, Lima (Perú).

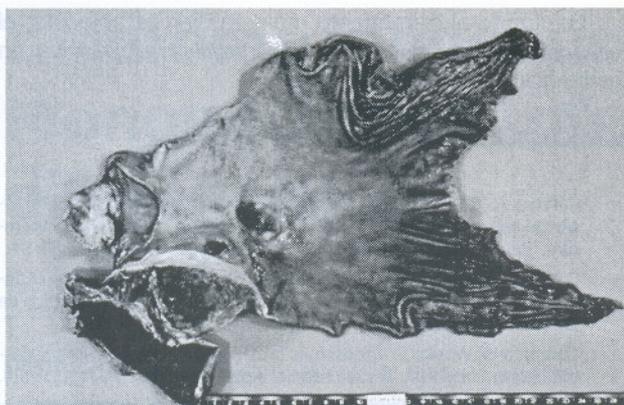


Foto 1. Segmento Distal Gástrico, Mostrando Dos Lesiones Ulceradas. Antrales, Sobre Curvatura Menor Y Cara Posterior, Ambas En Relación Con Tumoración Irregular, La Cual Está Adherida A Vesícula Biliar.



Foto 2. Corte A Traves De Una De Las Lesiones Ulceradas, El Que Permite Observar Continuidad Con La Tumoración, De Bordes Irregulares, Color Blanquecino, Con Centro Necrótico-Hemorrágico. Obsérvese La Relación Con La Pared Gástrica.

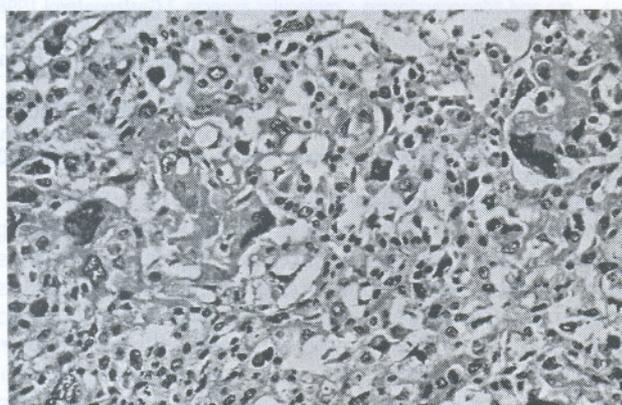


Foto 3. Microfotografía Que Muestra El Patrón Histológico Predominante: Masas Sincitiales Multinucleadas, Con Cariomegalia Y Pleomorfismo Nuclear, Mezcladas Con Células Individuales Anaplásicas. En Otras Areas, Se Identificó Focos De Adenocarcinoma. (H-E, 400x)

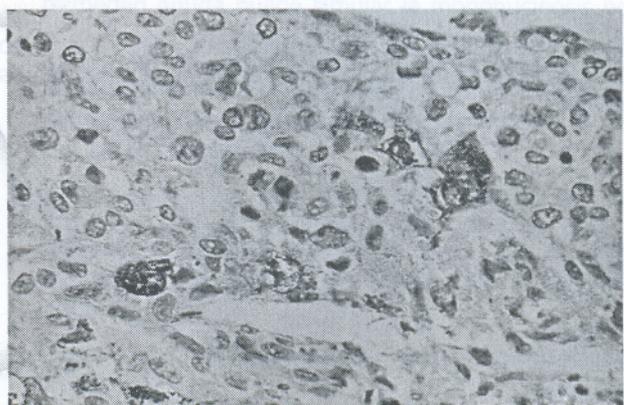


Foto 4. Microfotografía Demostrando La Inmunorreacción Para Gonadotropina Coriónica Humana, La Cual Es Citoplasmática Y Fuertemente Positiva En Las Células Mas Pleomórficas. (Gch, 400x)

Anatomía patológica: Coriocarcinoma gástrico con componente de adenocarcinoma, ulcerado e infiltrante de 7 x 6 cm. que compromete todas las capas gástricas a nivel antral extendiéndose a tejido adyacente, con embolia tumoral linfática. Bordes quirúrgicos libres de neoplasia. Ganglios linfáticos regionales libres de neoplasia

COMENTARIO

Etiología

El coriocarcinoma es un tumor de células germinales, que se origina en las células de la lámina del corion de la placenta.

Es agresivo, maligno y a menudo metastásico que comienza después de un embarazo (particularmente uno con mola hidatidiforme), un aborto espontáneo o un aborto provocado. Caracterizado por la proliferación del tejido trofoblástico, es tumor poco frecuente.

Casi una cuarta parte de los coriocarcinomas se presenta después de un embarazo a término, mientras que el resto aparece después de un aborto, un embarazo ectópico o un tumor genital. Sólo el 5 al 10% d los embarazos molares se asocia con coriocarcinoma.

La sintomatología que suele presentarse ,es el sangrado vaginal continuo, secreción vaginal irregular, aumento irregular del tamaño del útero, niveles de gonadotropina coriónica humana fracción beta elevados persistentemente y síntomas relacionados con la diseminación de la enfermedad a otros órganos como los pulmones, el hígado o el cerebro.

El coriocarcinoma es un tumor de células germinales, éstas células se desarrollan en el embrión y se transforman en las células que conforman el sistema reproductor masculino o femenino. Las células germinales siguen la línea media del cuerpo y descienden a la pelvis como células ováricas o como células testiculares.

El coriocarcinoma no siempre aparece en la placenta, lo podemos ver en el ovario, testículo, en el mediastino o en el abdomen , éstos últimos por atrapamiento de restos de células pluripotenciales. Raras veces se han reportado en el parénquima de otros órganos como próstata, hígado, pulmones, vejiga y tracto gastrointestinal.

El coriocarcinoma gástrico primario es muy raro. Aproximadamente más de la mitad de los casos publicados son tumores compuestos de adenocarcinoma y coriocarcinoma y sólo la cuarta parte son coriocarcinomas puros.

La histogénesis de este tumor es interesante, sobre la cual se han planteado varias teorías. Davidsohn, postuló que este tumor surge desde una displasia gonadal anclada dentro del abdomen, si esto fuera correcto, tejido gonadal no trofoblástico debería estar en asociación con coriocarcinoma. Sin embargo la más convincente explicación de la patogénesis del coriocarcinoma gástrico fue propuesta por Krulewski, basado en varios casos de coriocarcinomas gástricos primarios coexistían con adenocarcinomas y algunos manifiestan una transición entre adenocarcinoma y coriocarcinoma; el propuso que el elemento trofoblástico encontrado en el coriocarcinoma gástrico primario se desarrolla desde la retrodiferenciación de las células tumorales de un adenocarcinoma. (teoría de la retrodiferenciación).

Los estudios de inmunohistoquímica han mostrado células positivas para gonadotropina coriónica humana (HCG), tanto en la mucosa gástrica normal, carcinoma y coriocarcinoma en variable porcentaje e intensidad. El componente de adenocarcinoma puede fácilmente propagarse a través de la vía linfática, mientras que el coriocarcinoma puede diseminarse por vía hematogena; sin tratamiento en promedio tiene una sobrevivencia de unos cuantos meses.

En cuanto al tratamiento, no está bien establecido; el consenso actual consiste en intervención quirúrgica en combinación con quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cervera Z, Yriberry S, Machado-M A, et al. Coriocarcinoma metastásico al aparato digestivo : Reporte de 2 casos y revisión de la literatura. Revista Enfermedades del Aparato Digestivo 1998; 1: 50-54.
- 2.- Ereño C, Elorriaga K, Eltzalde J, et al. Carcinoma compuesto (Adenocarcinoma y coriocarcinoma) de estómago. Estudio autopsico de un caso. Revista de Patología Digestiva 1999; 12 : 341-346.
- 3.- Gorczyca W, Woyke S. Endoscopic brushing cytology of primary gastric choriocarcinoma. A case report. Acta Cytol 1992 ; 17: 431-434.
- 4.- Imai Y, Kawabe T, Takahashi M, et al. A case of primary gastric choriocarcinoma and a review of the Japanese literature. J Gastroenterol 1994; 29: 642-646.
- 5.- Lombard F, Burtin P, Ketani S, et al. Mediastinal posterior choriocarcinoma with hemorrhagic gastric metastasis: Endosonographic features. Gastrointest Endosc 1992; 38: 187-190.
- 6.- Tokisue M, Yasutake K, Oya M, et al. Coexistence of choriocarcinoma and adenocarcinoma : molecular aspects. J Gastroenterol 1996; 31: 431-436.
- 7.- Yasunaga A, Uchida Y, Tomonari K, et al. Choriocarcinoma of the stomach. Gan No Rinsho 1986; 32: 1999-2004.
- 8.- Yee-Jee j, Jung- Ta Ch, William L, et al. Primary coexistent adenocarcinoma and choriocarcinoma of the stomach. A case report and review of the literature. J Clinical Gastroenterol 1997; 25(3): 550-554.