

## CORIOCARCINOMA GESTACIONAL CON PRESENTACIÓN INICIAL COMO EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL: REPORTE DE CASO

### GESTATIONAL CHORIOCARCINOMA INITIALLY PRESENTING AS CORNUAL ECTOPIC PREGNANCY: A CASE REPORT

### CORIOCARCINOMA GESTACIONAL COM APRESENTAÇÃO INICIAL COMO GRAVIDEZ ECTÓPICA CORNUAL: RELATO DE CASO

Cecilia Noemí Correa Martínez<sup>1</sup>  
Yessica Maryela Sosa González<sup>2</sup>  
Lígia Maria Oliveira de Souza<sup>3</sup>

**RESUMEN:** La neoplasia trofoblástica gestacional comprende un grupo de enfermedades derivadas del trofoblasto placentario, entre las cuales el coriocarcinoma representa la forma más agresiva, caracterizada por rápida diseminación hematogena y elevada producción de  $\beta$ -hCG. Se presenta el caso de una paciente de 25 años con dolor en fosa ilíaca izquierda y  $\beta$ -hCG positiva, inicialmente diagnosticada como embarazo ectópico cornual complicado y sometida a tratamiento quirúrgico. Posteriormente persistió dolor pélvico asociado a elevación progresiva de  $\beta$ -hCG, alcanzando valores superiores a 200.000 mUI/ml. Los estudios de imagen evidenciaron lesión uterina hipervascularizada y posterior compromiso pulmonar metastásico. El estudio anatomopatológico mostró tejido hemático con escasas células trofoblásticas y ausencia de vellosidades coriales. La correlación clínica, laboratorial e imagenológica permitió establecer el diagnóstico de coriocarcinoma gestacional metastásico, iniciándose tratamiento quimioterápico con metotrexato y leucovorina. El caso resalta la importancia de considerar enfermedad trofoblástica gestacional ante persistencia o ascenso de  $\beta$ -hCG después del tratamiento de un supuesto embarazo ectópico, enfatizando la relevancia del seguimiento seriado y del diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico.

**Palabras clave:** Embarazo molar. Neoplasia trofoblástica gestacional. Mola hidatidiforme. Coriocarcinoma. Ultrasonografía.

**ABSTRACT:** Gestational trophoblastic neoplasia comprises a group of diseases derived from placental trophoblastic tissue, among which choriocarcinoma represents the most aggressive form, characterized by rapid hematogenous dissemination and elevated  $\beta$ -hCG production. We report the case of a 25-year-old woman presenting with left iliac fossa pain and positive  $\beta$ -hCG, initially diagnosed as a complicated cornual ectopic pregnancy and submitted to surgical treatment. Subsequently, the patient developed persistent pelvic pain associated with progressive elevation of serum  $\beta$ -hCG levels, reaching values above 200,000 mIU/ml. Imaging studies demonstrated a hypervascular uterine lesion and subsequent metastatic pulmonary involvement. Histopathological analysis revealed hemorrhagic tissue with scarce trophoblastic cells and absence of chorionic villi. Clinical, laboratory, and radiological correlation established the diagnosis of metastatic gestational choriocarcinoma, and chemotherapy with methotrexate and leucovorin was initiated. This case highlights the importance of considering gestational trophoblastic disease in patients with persistent or rising  $\beta$ -hCG levels after treatment for presumed ectopic pregnancy, emphasizing the relevance of serial follow-up and early diagnosis to improve prognosis.

<sup>1</sup>Residente de Ginecología y Obstetricia - Instituto de Previsión Social.

<sup>2</sup>Residente de Ginecología y Obstetricia - Instituto de Previsión Social.

<sup>3</sup>Médica graduada por la Universidad Politécnica y Artística.

**Keywords:** Molar pregnancy. Gestational trophoblastic neoplasia. Hydatidiform mole. Choriocarcinoma. Ultrasonography.

**RESUMO:** A neoplasia trofoblástica gestacional compreende um grupo de doenças derivadas do trofoblasto placentário, sendo o coriocarcinoma sua forma mais agressiva, caracterizada por rápida disseminação hematogênica e elevada produção de  $\beta$ -hCG. Relata-se o caso de uma paciente de 25 anos com dor em fossa ilíaca esquerda e  $\beta$ -hCG positiva, inicialmente diagnosticada como gravidez ectópica cornual complicada e submetida a tratamento cirúrgico. Posteriormente, evoluiu com persistência da dor pélvica associada à elevação progressiva dos níveis séricos de  $\beta$ -hCG, alcançando valores superiores a 200.000 mUI/ml. Os exames de imagem evidenciaram lesão uterina hipervascularizada e posterior acometimento pulmonar metastático. O estudo anatomopatológico demonstrou tecido hemático com escassas células trofoblásticas e ausência de vilosidades coriônicas. A correlação clínica, laboratorial e radiológica permitiu estabelecer o diagnóstico de coriocarcinoma gestacional metastático, sendo iniciado tratamento quimioterápico com metotrexato e leucovorina. O caso destaca a importância de considerar doença trofoblástica gestacional diante da persistência ou ascensão de  $\beta$ -hCG após tratamento de suposta gravidez ectópica, enfatizando a relevância do seguimento seriado e do diagnóstico precoce para melhora do prognóstico.

**Palavras-chave:** Gravidez molar. Neoplasia trofoblástica gestacional. Mola hidatiforme. Coriocarcinoma. Ultrasonografia.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades trofoblásticas gestacionales corresponden a un grupo de alteraciones originadas por la proliferación anormal del trofoblasto placentario, incluyendo entidades como mola hidatiforme completa y parcial, mola invasora y coriocarcinoma, todas asociadas a la producción de gonadotropina coriónica humana (hCG) (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2007).

El coriocarcinoma representa la forma más agresiva de neoplasia trofoblástica gestacional, caracterizada por elevada capacidad invasiva y rápida disseminación hematogénica, especialmente hacia los pulmones. Su presentación clínica puede simular patologías gineco-obstétricas frecuentes, dificultando el diagnóstico precoz.

Las alteraciones trofoblásticas también pueden presentarse en embarazos ectópicos, incluyendo localizaciones cornuales o intersticiales, y poseen potencial maligno semejante al observado en las formas intrauterinas. El seguimiento mediante dosajes seriados de  $\beta$ -hCG constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico y control evolutivo. Aunque la ultrasonografía tiene importante utilidad diagnóstica en la enfermedad trofoblástica uterina, su identificación en embarazos ectópicos puede resultar limitada debido a la inespecificidad de los hallazgos imagenológicos (TULON et al., 2010).

En este contexto, se presenta un caso de coriocarcinoma gestacional inicialmente interpretado como embarazo ectópico cornual complicado, destacando los desafíos diagnósticos y la importancia de la correlación clínica, laboratorial e imagenológica para el reconocimiento oportuno de la enfermedad.

## MÉTODOS

Se presenta un reporte de caso clínico elaborado a partir de la revisión de historia clínica, exámenes laboratoriales, estudios de imagen, hallazgos intraoperatorios y análisis anatomopatológicos de una paciente atendida en un centro hospitalario de referencia. La elaboración del presente estudio respetó los principios éticos para investigación en seres humanos establecidos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Se garantizó la confidencialidad de la información clínica y la preservación de la identidad de la paciente mediante anonimización de los datos personales e imágenes utilizadas. La paciente autorizó la utilización de la información clínica, quirúrgica e imagenológica con fines académicos y científicos mediante consentimiento informado. El trabajo fue desarrollado conforme a las normas éticas institucionales vigentes para publicaciones de relatos de caso.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años que consultó por dolor en fosa ilíaca izquierda. Se realizó ecografía transvaginal sin hallazgos relevantes y dosaje de  $\beta$ -hCG cualitativo positivo. Ante sospecha de abdomen agudo quirúrgico secundario a embarazo ectópico complicado, fue sometida a intervención quirúrgica en otro centro asistencial, con posterior alta hospitalaria. A los 45 días postoperatorios persistió sintomatología dolorosa, realizándose ecografía transvaginal que informó formación nodular intersticial izquierda de  $55 \times 41 \times 57$  mm, bien delimitada, con abundante vascularización interna y aparente continuidad con el endometrio. Se constató además endometrio heterogéneo de 17 mm. El dosaje sérico de  $\beta$ -hCG fue de 142.718 mUI/ml, con ascenso a 158.402 mUI/ml a las 48 horas. Al examen físico presentaba abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda. La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis evidenció lesión uterina hipervascularizada sin compromiso pulmonar inicial. Los marcadores tumorales séricos resultaron normales. Ante persistencia de la lesión y elevación progresiva de  $\beta$ -hCG, se decidió reintervención quirúrgica, realizándose laparotomía exploradora, adhesiolisis, exéresis de tumoración cornual izquierda y

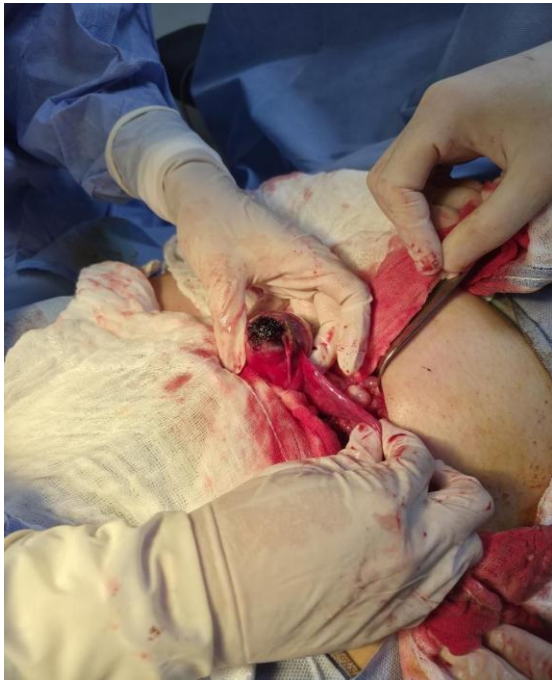
lavado de cavidad. Como hallazgo intraoperatorio se observó lesión tumoral en cuerno uterino izquierdo de aproximadamente 4 cm, de aspecto congestivo, coloración violácea y marcada vascularización, sugestiva de embarazo ectópico cornual complicado.

### Hallazgos intraoperatorios

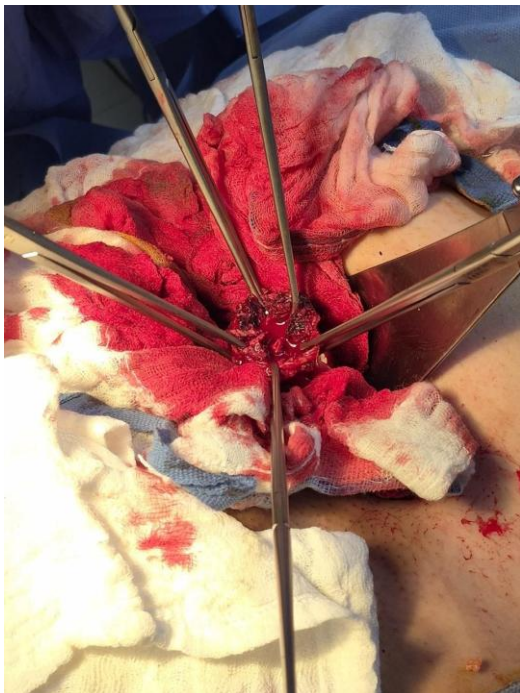
**Figura 1.** Lesión tumoral cornual izquierda de aspecto congestivo y hemorrágico.



**Figura 2.** Tumoração hipervascularizada dependente de região cornual esquerda durante laparotomia exploradora.



**Figura 3.** Exéresis de lesión tumoral con áreas hemorrágico-necróticas.



El estudio anatomopatológico informó tejido hemático con escasos grupos de células trofoblásticas, sin identificación de vellosidades coriales tras inclusión total de la muestra. No se evidenció neoplasia concluyente. Posteriormente la paciente reingresó por persistencia de la lesión y ascenso de  $\beta$ -hCG hasta 200.000 mUI/ml. Nueva tomografía contrastada de tórax,

abdomen y pelvis evidenció múltiples nódulos sólidos y subsólidos bilaterales de 6–9 mm, algunos con halo en vidrio esmerilado, compatibles con diseminación metastásica pulmonar. A nivel pélvico se observó útero aumentado de tamaño con marcada vascularización arterial y formación sólida heterogénea cornual izquierda de 54 × 43 mm, con intenso realce postcontraste y áreas sugestivas de necrosis. Los hallazgos clínicos, laboratoriales e imagenológicos fueron compatibles con enfermedad trofoblástica gestacional, considerándose diagnóstico de coriocarcinoma metastásico. Se inició tratamiento quimioterápico con metotrexato asociado a rescate con leucovorina.

## DISCUSIÓN

El coriocarcinoma gestacional constituye una neoplasia trofoblástica maligna altamente agresiva, caracterizada por proliferación anormal del trofoblasto y marcada capacidad de invasión vascular y diseminación hematológica precoz (SECKL et al., 2019; LURAIN, 2020). Aunque representa una entidad poco frecuente dentro de las neoplasias trofoblásticas gestacionales, su comportamiento clínico puede ser rápidamente progresivo y potencialmente fatal si no es identificado y tratado oportunamente. Los pulmones constituyen el sitio metastásico más frecuente, seguidos por vagina, hígado y sistema nervioso central (NGAN et al., 2018).

La presentación clínica del coriocarcinoma puede ser extremadamente variable e inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico temprano (BRAGA et al., 2019). Entre las principales manifestaciones clínicas se encuentran sangrado uterino anormal, dolor pélvico persistente, aumento irregular de los niveles séricos de  $\beta$ -hCG y síntomas relacionados con enfermedad metastásica. En determinados escenarios, especialmente cuando existe implantación cornual o intersticial, el cuadro puede simular un embarazo ectópico complicado, retrasando el reconocimiento de la enfermedad trofoblástica gestacional (ZHANG et al., 2023).

En el presente caso, la paciente presentó inicialmente manifestaciones clínicas compatibles con embarazo ectópico, motivo por el cual fue sometida a tratamiento quirúrgico. Sin embargo, la persistencia del dolor pélvico y el incremento progresivo de los niveles séricos de  $\beta$ -hCG posterior al procedimiento representaron hallazgos sugestivos de evolución atípica. La ausencia de vellosidades coriales en el estudio anatomopatológico, asociada a la identificación de tejido trofoblástico residual, reforzó la sospecha diagnóstica de neoplasia trofoblástica gestacional (CENACCHI et al., 2021).

Los métodos de imagen desempeñan un papel relevante en la evaluación diagnóstica y en la estadificación de la enfermedad (FROELING et al., 2020). La ecografía transvaginal con Doppler generalmente evidencia lesiones uterinas hipervascularizadas con flujo sanguíneo aumentado, mientras que la tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten identificar compromiso metastásico y extensión tumoral. En este caso, la presencia de una lesión uterina hipervascularizada asociada a múltiples nódulos pulmonares en la tomografía computarizada fue altamente sugestiva de coriocarcinoma metastásico.

La determinación seriada de  $\beta$ -hCG constituye uno de los principales pilares diagnósticos y de seguimiento terapéutico (HOROWITZ et al., 2021). Valores persistentemente elevados o en ascenso después de evacuación uterina o tratamiento quirúrgico deben alertar sobre la posibilidad de enfermedad trofoblástica persistente. Asimismo, la correlación entre los hallazgos clínicos, laboratoriales e imagenológicos es esencial para evitar retrasos diagnósticos y reducir complicaciones asociadas.

El coriocarcinoma gestacional presenta elevada sensibilidad a la quimioterapia, incluso en presencia de enfermedad metastásica avanzada (SITA-LUMSDEN; MEDANI; FISHER, 2021). Los esquemas terapéuticos son definidos de acuerdo con la clasificación de riesgo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Pacientes de bajo riesgo generalmente responden adecuadamente a monoquimioterapia, mientras que los casos de alto riesgo requieren poliquimioterapia, siendo el esquema EMA-CO uno de los más utilizados. Las tasas de curación pueden superar el 90% cuando el diagnóstico y el tratamiento son realizados precozmente (NAGAI et al., 2022).

La evolución observada en este caso evidencia la importancia de mantener alto índice de sospecha clínica frente a cuadros inicialmente interpretados como embarazo ectópico, principalmente cuando existe evolución clínica desfavorable o comportamiento anormal de  $\beta$ -hCG. El reconocimiento temprano de esta entidad permite instaurar tratamiento oportuno, mejorar el pronóstico y disminuir significativamente la morbimortalidad asociada.

## CONCLUSIÓN

El coriocarcinoma gestacional debe ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con persistencia o elevación progresiva de  $\beta$ -hCG tras el tratamiento de un supuesto embarazo ectópico.

La correlación entre hallazgos clínicos, laboratoriales e imagenológicos, asociada al seguimiento seriado de  $\beta$ -hCG, constituye una herramienta esencial para el diagnóstico precoz y la instauración temprana del tratamiento, contribuyendo a mejorar el pronóstico y reducir la morbimortalidad asociada a la enfermedad.

## REFERENCIAS

BRAGA, A. et al. Challenges in the diagnosis and treatment of gestational trophoblastic neoplasia worldwide. *World Journal of Clinical Oncology*, v. 10, n. 2, p. 28-37, 2019.

CENACCHI, G. et al. Gestational choriocarcinoma: clinical and pathological aspects. *Pathologica*, v. 113, n. 2, p. 119-125, 2021.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. Robbins: patologia estrutural e funcional. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FROELING, V. et al. Gestational trophoblastic disease: imaging findings and management. *Insights into Imaging*, v. 11, n. 1, p. 1-14, 2020.

HOROWITZ, N. S. et al. Management of gestational trophoblastic disease. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 19, n. 5, p. 605-613, 2021.

LURAIN, J. R. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 222, n. 1, p. 11-17, 2020.

NAGAI, Y. et al. Clinical characteristics and treatment outcomes of gestational choriocarcinoma: a retrospective study. *BMC Women's Health*, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2022.

NGAN, H. Y. S. et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 143, Suppl. 2, p. 79-85, 2018.

SECKL, M. J. et al. Gestational trophoblastic disease. *The Lancet*, v. 393, n. 10185, p. 717-729, 2019.

SITA-LUMSDEN, A.; MEDANI, H.; FISHER, R. A. Advances in the management of gestational trophoblastic disease. *Current Oncology Reports*, v. 23, n. 8, p. 1-10, 2021.

TULON, B.; VANDANA, R.; SUBRAT, P.; PALLAB, S. Ectopic molar pregnancy: a rare entity. *Journal of Reproduction & Infertility*, v. 11, n. 3, p. 201-203, 2010. PMID: 23926491; PMCID: PMC3719296.

ZHANG, X. et al. Diagnostic challenges of gestational choriocarcinoma presenting as ectopic pregnancy: case report and literature review. *Medicine*, v. 102, n. 15, p. e33421, 2023.

