

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL PERSISTENTE.

PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Alfosea Marhuenda E, Moreno Sánchez C, Servet Pérez de Lema CM, Herrera Giménez J, Llanos Llanos MC
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende una serie de trastornos relacionados con la fertilización y se deriva de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta (hiperplasia) dependiente del genoma paterno, con una contribución maternal ocasional, con tendencia variable a la invasión local y la metástasis y cuyo denominador común es la hipersecreción de BetaShCG.

El pronóstico para la ETG es bueno, aunque la enfermedad presente diseminación a distancia, especialmente cuando sólo los pulmones están comprometidos.

La selección del tratamiento depende de factores propios de la enfermedad (p.ej., tamaño del tumor) y del deseo de embarazos futuros de la paciente. Dados los resultados terapéuticos extremadamente buenos de la mayoría de estos tumores, una meta importante es diferenciar entre pacientes con necesidad de tratamientos más o menos agresivos.

La quimioterapia multifarmacológica es estándar para el tratamiento inicial de la neoplasia trofoblástica gestacional de alto riesgo. No hay ensayos aleatorizados que comparen los regímenes de uso común para establecer la superioridad de uno sobre otro. Sin embargo, el régimen EMA/CO (etopósido, metotrexato y dactinomicina/ciclofosfamida y vincristina) es el que se usa con más frecuencia.

A continuación, se presenta un caso reciente en nuestro hospital, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años. Sin antecedentes relevantes. Natural de Ecuador.

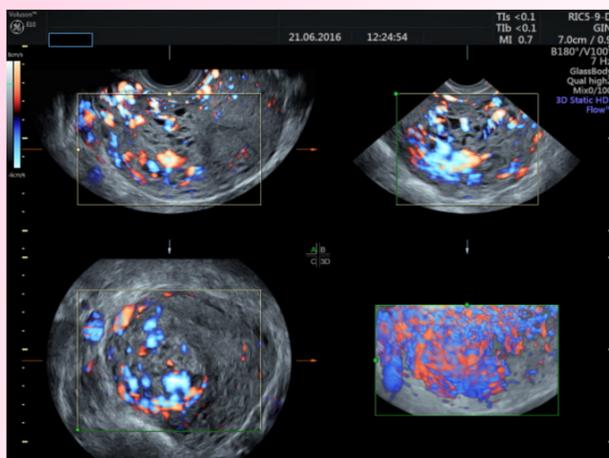
Gestante desde marzo de 2016. En el primer mes de embarazo presentó náuseas continuas, vómitos con intolerancia oral, cefalea parietal derecha y dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda. Fue diagnosticada en Ecuador de mola hidatiforme incompleta (BetaShCG >500 mUI/ml), realizándose legrado evacuador el día 13/05/2016. La paciente no mejoraba clínicamente, por lo que consultó de nuevo (esta vez BetaShCG >20.000 mUI/ml), indicándose un segundo legrado el día 10/06/2016. Tras el mismo, regresó a España y acudió a Urgencias de Ginecología HCUVA el día 18/06/2016.

Estudio clínico en Urgencias:

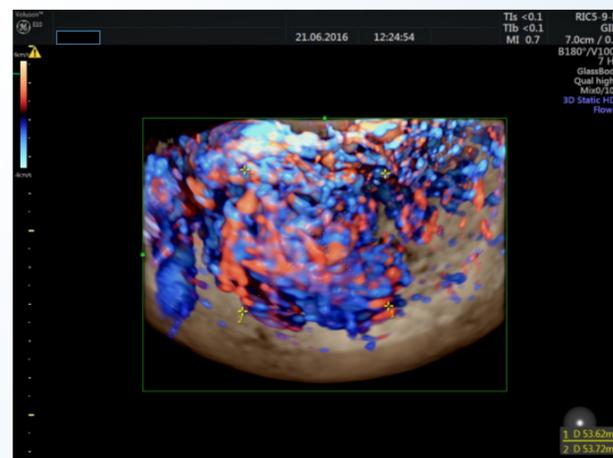
- BetaShCG (21/06/2016) 223257 mUI/ml.
- Exploración ginecológica normal.
- Radiografía simple de tórax: no se visualizan imágenes en suelta de globos.

Se completó el estudio de extensión en los días siguientes:

- Tomografía sin alteraciones.
- **Ecografía ginecológica:** nódulo miometrial uterino compatible con enfermedad trofoblástica persistente-coricarcinoma.



Ecografía transvaginal.
Cortes y presentación en 3D del tumor y su mapa vascular.



Ecografía transvaginal.
Detalle del mapa vascular tumoral en 3D.

Valorada en consultas externas de Oncología Ginecológica y por el servicio de Oncología médica, se diagnosticó de neoplasia trofoblástica gestacional persistente. FIGO risk score 6. Aun así, dada las cifras de BetaShCG >190.000 mUI/ml y la presencia de masa Bulky pélvica de 10-11cm (alto riesgo de perforación uterina), decidimos iniciar tratamiento con poliquimioterapia según esquema EMA-CO.

Evolución:

Cuando había recibido 8 ciclos de quimioterapia, el descenso de BetaShCG, que hasta hacía 5 semanas había sido adecuado, fue inferior al 10%. (BetaShCG 21/10/2016: 6,1 mUI/ml).

Se realizó control ecográfico el 11/10/2016, evidenciándose nódulo hiperrefringente fúndico-derecho-posterior de 42 x 32 x 36 mm y 27.3 cc de volumen, con áreas de degeneración quística en su interior (más grandes que en exámenes anteriores) vascularización de predominio periférico, aumentada (score III-IV). Por tanto, nódulo miometrial uterino compatible con enfermedad trofoblástica persistente, en regresión incompleta.

Se presentó el caso en Comité de Tumores Ginecológicos y se decidió realizar histerectomía y salpinguectomía bilateral. En la Anatomía Patología, se describió el nódulo miometrial como "necrótico, con reacción gigantocelular en periferia y calcificaciones groseras en su interior, sin celularidad viable residual ni otros datos que confirmen enfermedad trofoblástica previa".

El postoperatorio cursó sin incidencias. Actualmente, en seguimiento tras finalizar la quimioterapia (tres ciclos de consolidación tras la cirugía). Se encuentra asintomática y se recupera progresivamente de la hepatotoxicidad que sufrió derivada del tratamiento. BetaShCG 07/02/2017: <1 mUI/ml. Nueva revisión prevista en un mes.

BIBLIOGRAFÍA

- PDQ® sobre el tratamiento para adultos. PDQ Enfermedad trofoblástica de la gestación. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Actualización: <29/06/2016>. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/trofoblastico-gestacion/pro/tratamiento-etg-pdq>. Fecha de acceso: <13/09/2016>.
- Santoro G., Lagana AS., Micali A., Barresi V., Giacobbe V., Palmara V. Historical, morphological and clinical overview of placental site trophoblastic tumors: from bench to bedside. Arch Gynecol Obstet. 2016 Aug 22. [Epub ahead of print]. DOI 10.1007/s00404-016-4182-y.
- N Behtash et al. Long Term Remission of Metastatic Placental Site Trophoblastic Tumor (PSTT): Case Report and Review of Literature. World J Surg Oncol 3 (1), 34. 2005 Jun 15. DOI: 10.1186/1477-7819-3-34