

Tratamiento quirúrgico de un tumor trofoblástico mixto, Reporte de Caso Clínico

Surgical treatment of a mixed trophoblastic tumor, Clinical Case Report

Diego Francisco Cornejo Almeida¹, Catherine Alexandra Andino Urquiza²,
Francisco Javier Barahona Browne³, Andrea Lizeth Ayala Paguay⁴





Resumen

El coriocarcinoma es una neoplasia trofoblástica gestacional que es altamente maligna y poco frecuente; se deriva de las células del trofoblasto, aunque su presencia es agresiva y con alta tendencia hacia la metástasis temprana que principalmente se puede presentar en pulmones, cerebro, hígado y tracto gastrointestinal. Se reporta el caso de una mujer de 40 años de edad con antecedentes personales de vitiligo y anemia, además gineco obstétricos de 4 gestas con 2 partos vaginales y 2 abortos tratados con legrado uterino, el último hace 40 días previo a su ingreso hospitalario, acudió con un cuadro clínico de 48 horas de sangrado genital abundante, acompañado de mareo y dolor en hipogastrio; se realizó una ecografía transvaginal donde se evidencio un endometrio engrosado (12mm) con restos corioplacentarios y valores de β -HCG en 103139, por lo que se le realizó una Dilatación cervical + AMEU+ Legrado Endouterino + Ecografía Transquirúrgica. Se obtuvo un tumor trofoblástico mixto: coriocarcinoma + tumor trofoblástico epiteloide; en los estudios auxiliares de inmunohistoquímica se encontró HCG: positivo difuso en células tumorales del sincitiotrofoblasto, P63 positivo en células tumorales del citotrofoblasto, KI 67 positivo en 70% de las células tumorales, por lo cual 6 semanas posteriores a la primera cirugía se realizó histerectomía radical + vaciamiento iliaco bilateral a cargo del servicio de cirugía oncológica. La evolución clínica fue favorable y se mantuvo en seguimiento por 2 años con valores de β -HCG inferiores a 5 mUI/ml, y sin evidencia de metástasis ni invasión linfovascular.

Palabra clave: coriocarcinoma, neoplasia trofoblástica, histerectomía.

Abstract

Choriocarcinoma is a rare, highly malignant gestational trophoblastic neoplasm. It originates from trophoblast cells and is aggressive, with a high tendency toward early metastasis, primarily affecting the lungs, brain, liver, and gastrointestinal tract. We report the case of a 40-year-old woman with a personal history of vitiligo and anemia, as well as a gynecological and obstetric history of four pregnancies, two vaginal deliveries, and two abortions treated with uterine curettage, the last occurring 40 days prior to hospital admission. She presented with a 48-hour history of heavy vaginal bleeding, accompanied by dizziness and lower abdominal pain. A transvaginal ultrasound was performed, revealing a thickened endometrium (12 mm) with chorioplacental remnants and β -HCG levels of 103,139. Therefore, cervical dilation, manual vacuum aspiration (MVA), uterine curettage, and intraoperative ultrasound were performed. A mixed trophoblastic tumor was identified, consisting of choriocarcinoma and epithelioid trophoblastic tumor. Immunohistochemical studies showed diffuse HCG

1. Médico Tratante de Ginecología y Obstetricia del Hospital Metropolitano; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-8784-3689>
2. Médico Posgradista de Ginecología y Obstetricia del Hospital Metropolitano; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0003-4525-535X>
3. Médico General; Universidad San Francisco de Quito; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0009-0007-6263-3320>
4. Médico Posgradista de Ginecología y Obstetricia; Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0009-0001-0643-7006>



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Recibido: 18-08-2025

Aceptado: 10-06-2024

Publicado: 28-06-2026

DOI: 10.47464/MetroCiencia/vol34/2/2026/76-81

***Correspondencia autor:** andino_cathy25@hotmail.com

positivity in syncytiotrophoblast tumor cells, p63 positivity in cytotrophoblast tumor cells, and KI-67 positivity in 70% of the tumor cells. Consequently, six weeks after the initial surgery, a radical hysterectomy with bilateral iliac neck dissection was performed by the surgical oncology service. The clinical evolution was favorable and the patient was followed up for 2 years with β -HCG values below 5 mUI/ml, and without evidence of metastasis or lymphovascular invasion.

Keywords: choriocarcinoma, trophoblastic neoplasia, hysterectomy.

Introducción

El coriocarcinoma es considerado un tumor trofoblástico que es poco común y muy agresivo que se compone por sicitrofoblasto vellosos neoplásico, trofoblasto, trofoblasto intermedio y citotrofoblasto¹.

El riesgo de que la enfermedad trofoblástica gestacional progrese a neoplasia trofoblástica gestacional es mayor para las MHI (15-20 %) que para las molas hidatiformes parciales (MPH) (<5 %), sin embargo, estas últimas tienen mayor probabilidad de volverse persistentes que de progresar a malignidad. La MHI biparental (MHI) presenta un riesgo significativo similar de enfermedad trofoblástica gestacional persistente que la MHI androgenética. Un mayor riesgo de desarrollo de coriocarcinoma se ha atribuido a factores como la edad avanzada, el uso prolongado de anticonceptivos orales y la etnia³.

El coriocarcinoma puede presentarse después de cualquier evento gestacional: embarazo molar hidatidiforme (50%), aborto espontáneo o inducido (25%), embarazo ectópico (2-3%), embarazo a término (22-25%) y que su incidencia va a variar geográficamente, pero se ha visto que la mayoría de casos se presentan en algunas regiones de Asia, Medio Oriente y África⁴.

Histológicamente, el tumor trofoblástico epiteloide se origina en el trofoblasto intermedio de tipo coriónico, los islotes de células trofoblásticas intermedias relativamente uniformes, con una cantidad moderada de citoplasma eosinófilo a claro y núcleos redondos, están rodeados de una necrosis extensa y asociados a una matriz de aspecto hialino, con frecuencia se presenta necrosis extensa¹.

El tumor trofoblástico epiteloide puede coexistir con otras neoplasias trofoblásticas. El índice de proliferación Ki67 es supe-

rior al 10%. El tumor trofoblástico epiteloide puede simular un coriocarcinoma (especialmente después de la quimioterapia), un tumor trofoblástico del sitio placentario y un carcinoma escamocelular de cuello uterino¹.

Caso Clínico

Se reporta el caso de una mujer de 40 años de edad con antecedentes gineco obstétricos de 4 gestas con 2 partos céfalovaginal y 2 abortos tratados con legrado uterino, el último hace 40 días previo a su ingreso hospitalario, acudió con un cuadro clínico de 48 horas de sangrado genital abundante, acompañado de mareo y dolor en el hipogastrio; se realizó una ecografía transvaginal donde se evidencia endometrio engrosado (12mm) con aparentes restos corioplacentarios y valores de beta HCG en 103139. Útero en AVF incrementado de tamaño mide 119x58x57 mm, en TAC simple y contrastada toraco abdomino pélvica se destaca útero en anteversión, lateralizado hacia la derecha, en el istmo y hacia la derecha hay una lesión exofítica heterogénea que mide 3.9 x 2.8 x 3.9cm en sus ejes longitudinal, anteroposterior y transversal respectivamente que capta el medio de contraste de manera irregular y con centro hipodenso probablemente necrótico, no hay signos de invasión adyacente.

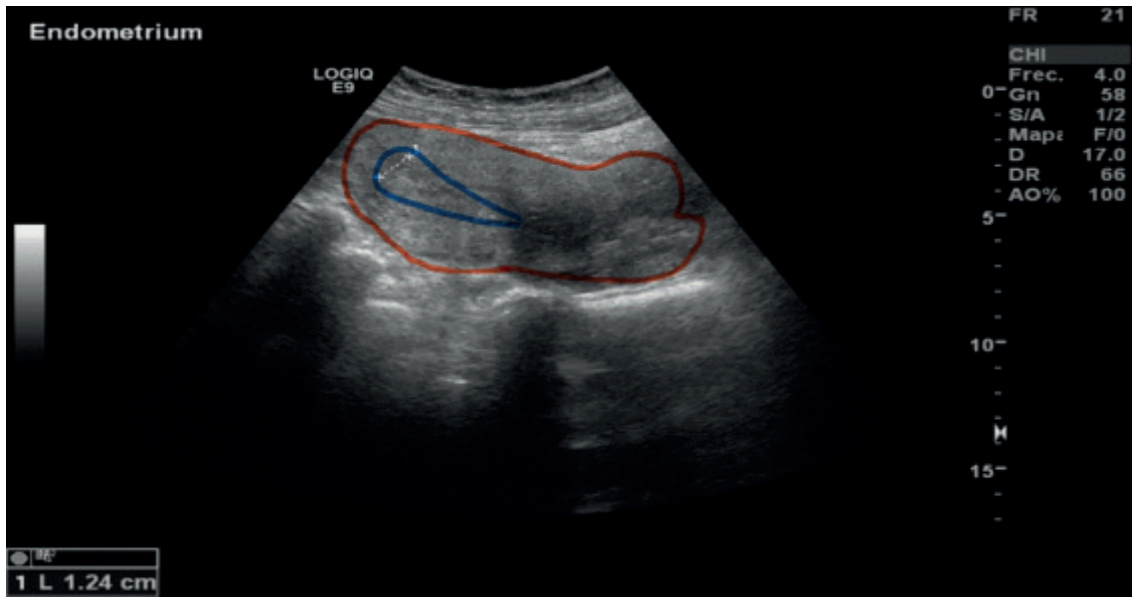


Figura 1. Ecografía pélvica con útero en AVF incrementado de tamaño mide 119x58x57 mm endometrio central ecogénico, prominente con un espesor de 12 mm (Borde rojo silueta del útero, línea azul grosor del endometrio).

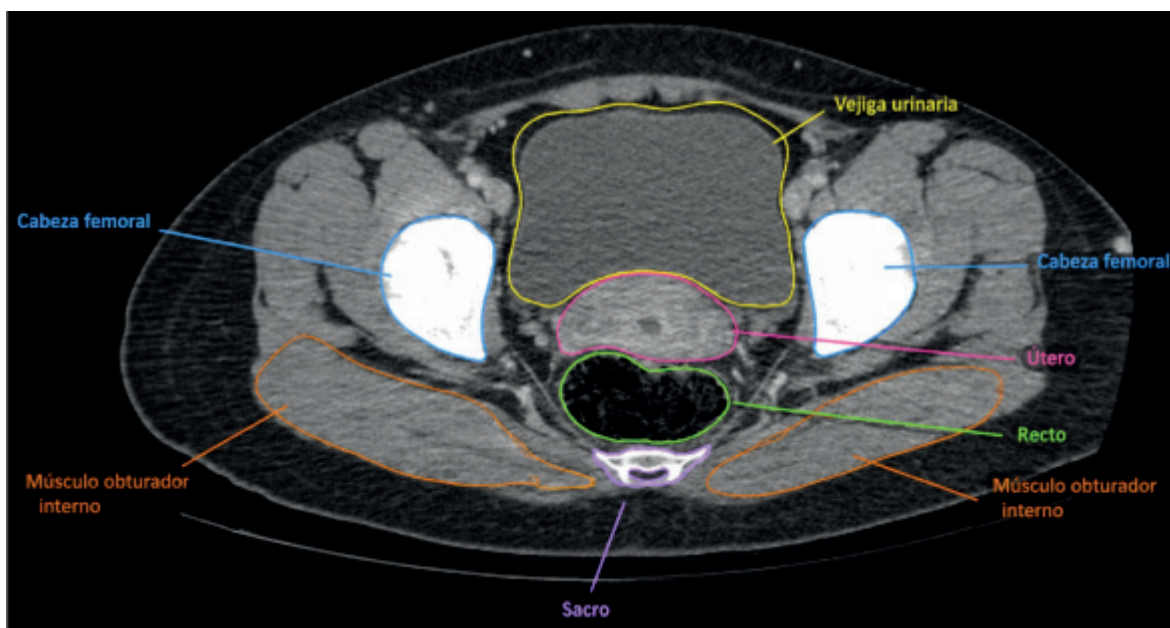


Figura 2. TAC simple y contrastada con útero en anteversión, lateralizado hacia la derecha, en el istmo y hacia la derecha hay una lesión exofítica heterogénea que mide 3.9 x 2.8 x 3.9cm

Tratamiento

La paciente recibió tratamiento quirúrgico para la resolución de su patología.

Primera cirugía realizada: dilatación cervical+ aspiración manual endouterina+ legrado endouterino+ ecografía transquirúrgica con los siguientes hallazgos:

Útero en anteversoflexión, con cérvix sangrante central entreabierto con ectropion y quiste de Naboth, una histerometría de 10 cm, con coágulos en canal vaginal y restos corioplacentarios en poco volumen, sangrado aproximado +/- 200 mililitros, con una ecografía transquirúrgica que reportó una cavidad endometrial vacía, cérvix indemne y diuresis clara por sonda foley 200 mililitros

Segunda cirugía realizada 6 semanas posteriores a la cirugía inicial: histerectomía radical+ vaciamiento ilíaco bilateral con los siguientes hallazgos.

Útero en anteversoflexión mide 14x7x10 cm presentando engrosamiento marcado de cuello uterino que llega a ser de 10 cm eje transversal x 6 cm eje anteroposterior, consistencia pétreo a dicho nivel, en la cara interna de cuello uterino se observo una tumoración sangrante+ coágulos abundantes en cuello uterino y canal vaginal, con ganglios ilíacos bilaterales sin evidencian de aumento de tamaño importante y anexos normales, con un sangrado de 200 cc, dejándose un drenaje Jackson Pratt en lecho quirúrgico

Resultados y Seguimiento

El resultado histopatológico de la histerectomía radical+ vaciamiento ilíaco bilateral reportó:

Tamaño tumoral: 3.5x 1.7x 1.2cm sitio del tumor endocérvix con márgenes quirúrgicos libres

Tipo histológico: tumor trofoblástico mixto; coriocarcinoma+ tumor trofoblástico epitelioide

Sin evidencia de compromiso de otros órganos ni invasión linfovascular

Ganglios examinados 4 ganglios con metástasis 0

Estadaje patológico pt 1 pN 0

La paciente se mantuvo en seguimiento por oncología clínica por 2 años con valores de β -HCG inferiores a 5 mUI/ml, sin reporte de metástasis con curación definitiva de la enfermedad posterior al tratamiento quirúrgico recibido.

Discusión

La neoplasia trofoblástica gestacional postmolar constituye un grupo de tumores obstétricos con una tasa de curación notablemente alta. No obstante, aproximadamente un 25% de los casos presenta resistencia o recaída tras la quimioterapia inicial, lo que obliga a recurrir a esquemas de rescate, con o sin abordaje quirúrgico³.

La evaluación inicial exhaustiva es un elemento crítico en el manejo de esta patología. Al confirmarse o sospecharse el diagnóstico, debe realizarse una valoración integral que incluya historia clínica completa, examen físico y estudios de laboratorio que permitan identificar alteraciones hematológicas, así como de función hepática o renal. Además la determinación de los niveles séricos de β -hCG son esenciales antes de iniciar el tratamiento. Este enfoque multidimensional permite una mejor estratificación del riesgo y una planificación terapéutica más precisa⁶.

De acuerdo con las directrices del *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), la normalización de los niveles de β -hCG debe lograrse en un plazo de 56 días tras el embarazo, manteniéndose la vigilancia durante los seis meses posteriores a la evacuación uterina o a la normalización de los valores hormonales. Esta recomendación se alinea con las guías internacionales, que enfatizan la importancia del seguimiento prolongado para detectar recaídas tempranas³.

La evaluación radiográfica constituye otro pilar fundamental, la radiografía de tórax continúa siendo el método de elección inicial para detectar metástasis pulmonares,

mientras que la ecografía y la tomografía axial computarizada son herramientas complementarias para la identificación de lesiones hepáticas. La resonancia magnética cerebral permite una adecuada detección de metástasis en el sistema nervioso central, cuya presencia determina un cambio sustancial en la estrategia terapéutica y el pronóstico⁷.

En el ámbito histopatológico, los estudios de inmunohistoquímica aportan información importante sobre la biología tumoral. Los patrones de tinción con anticuerpos como Mel-CAM, HLA-G, MUC-4 y β -catenina confirman la naturaleza heterogénea del coriocarcinoma, compuesto por sinciotrofoblastos, trofoblastos intermedios y citotrofoblastos. La positividad nuclear de β -catenina en citotrofoblastos sugiere que el coriocarcinoma se desarrolla a partir de células citotrofoblásticas (células madre trofoblásticas) que, de otro modo, se diferenciarían en células de trofoblasto intermedio o sinciotrofoblasto. Este hallazgo podría tener implicaciones en la comprensión de la resistencia terapéutica y la recurrencia tumoral⁵.

Las guías de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) proponen la administración de quimioterapia profiláctica en casos seleccionados de mola hidatiforme completa, especialmente cuando se consideran otros factores como la presencia de quistes de la teca lútea mayor a 6 cm, la edad mayor a 40 años, los altos niveles de gonadotropina coriónica humana β -hCG, o el tamaño uterino grande³.

Las pacientes con puntuaciones entre 0 y 6 se consideran de bajo riesgo, aquellas con puntuación menor a 4 suelen responder favorablemente a la monoterapia, mientras que las que alcanzan entre 4 y 6 requieren una evaluación más cuidadosa para determinar el régimen óptimo. Se ha sugerido que el flujo de la arteria uterina podría servir como predictor de respuesta al metotrexato, lo cual representa una posible herramienta no invasiva de utilidad clínica. En contraste las pacientes con puntuaciones mayores a 6 se clasifican como de alto riesgo y deben recibir poliquimioterapia combinada, mientras que aquellas que superan los 13 puntos

o presentan metástasis en cerebro, hígado o enfermedad diseminada corresponden a ultra alto riesgo².

Finalmente, el tratamiento quirúrgico sigue teniendo un papel relevante en casos seleccionados. La histerectomía con salpingectomía bilateral puede considerarse como opción inicial en mujeres peri menopáusicas o sin deseo reproductivo, preservando los ovarios incluso en presencia de quistes tealuteínicos. No existe evidencia concluyente sobre la superioridad de una vía quirúrgica específica, por lo que la elección entre laparotomía o abordaje mínimamente invasivo debe depender de la experiencia del equipo².

En conjunto estos hallazgos refuerzan la importancia de un manejo individualizado de la neoplasia trofoblástica gestacional postmolar, basado en una evaluación clínica exhaustiva, un seguimiento estrecho de la β -hCG y la integración de estrategias terapéuticas ajustadas al riesgo. Futuros estudios deberían centrarse en la identificación de biomarcadores pronósticos y en la optimización de los esquemas de quimioterapia para mejorar las tasas de curación y reducir la toxicidad asociada

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. No existen compromisos ni obligaciones financieras con organismo estatal o privado de ningún tipo que puedan afectar el contenido, los resultados y las conclusiones de la presente publicación.

Agradecimientos

Agradecemos a los profesionales de la salud que se desempeñan en el sector de la ginecología y obstetricia valorando a las mujeres en las diferentes etapas de sus vidas

Financiamiento

La realización del presente artículo fue financiada por los autores.

Bibliografía

1. **Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al.** Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2021;155 Suppl 1(S1):86–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13877>
2. **Pluvio J, Gloria M, Marilo D, Sonsoles A et al.** Enfermedad trofoblástica gestacional, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63(3):165-184, [Internet]. [citado el 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>
3. **Camilleri G, Calleja-Aguis J, Said E.** Trophoblastic disease and choriocarcinoma. *European Journal of Surgical Oncology* [Internet]. 2024;51(4):108727. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2024.108727>
4. **Waterhouse Garbanzo JD, Díaz Gutiérrez IR.** Coriocarcinoma gestacional y no gestacional del ovario. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2022;7(4):e790. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v7i4.790>
5. **Mao T-L, Kurman RJ, Huang C-C, Lin M-C, Shih I-M.** Immunohistochemistry of choriocarcinoma: an aid in differential diagnosis and in elucidating pathogenesis. *Am J Surg Pathol* [Internet]. 2007;31(11):1726–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/PAS.0b013e318058a529>
6. **Soper JT.** Gestational trophoblastic disease: Current evaluation and management. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2021;137(2):355–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000004240>
7. **Lukinovic N, Malovrh EP, Takac I, Sobocan M, Knez J.** Advances in diagnostics and management of gestational trophoblastic disease. *Radiol Oncol* [Internet]. 2022;56(4):430–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2478/raon-2022-0038>

Cómo citar: Cornejo Almeida DF, Andino Urquiza CA, Barahona Browne FJ, Ayala Paguay AL. Tratamiento quirúrgico de un tumor trofoblástico mixto, Reporte de Caso Clínico. *MetroCiencia* [Internet]. 28 de junio de 2026; 34(2):76-81. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol34/2/2026/76-81>