

Adenocarcinoma gástrico con componente de coriocarcinoma

Gastric adenocarcinoma with choriocarcinoma component

Rolig Aliaga¹, Fiorella Pando¹, Lidia Aceituno¹, Julio Grados¹, Carlos Orrego¹, Juan Carlos Samamé¹, José Salinas¹, Yinno Custodio¹, Gisell Fernández² y Dirce Urbina²; Diego Cabezas²

Aliaga R, Pando F, Aceituno L, Grados J, Orrego C, Samamé JC, Salinas J, Custodio Y, Fernández G, Urbina D., Cabezas, D. Adenocarcinoma gástrico con componente de coriocarcinoma. Rev Soc Peru Med Interna. 2020;33(1):41-43. <https://doi.org/10.36393/spmi.v33i1.510>

RESUMEN

Paciente de 48 años que cursa con dolor abdominal asociado a pérdida ponderal. En la endoscopia se evidencia una lesión una lesión infiltrativa ulcerada, friable y circunferencial que compromete el canal pilórico y bulbo duodenal Al estudio histopatológico se revela un adenocarcinoma tipo intestinal con área de diferenciación en coriocarcinoma. Se realizó una gastrectomía parcial distal y posteriormente quimioterapia dirigida a la estirpe del coriocarcinoma, con buena respuesta clínica al primer curso.

Palabras claves: Cáncer gástrico, adenocarcinoma, coriocarcinoma.

ABSTRACT

A 48 year-old patient with abdominal pain associated and weight loss is shown. Endoscopy shows an ulcerated, friable, circumferential infiltratory lesion that compromises the pyloric canal and duodenal bulb The histopathological study reveals intestinal type adenocarcinoma with area of differentiation in choriocarcinoma. A partial distal gastrectomy and subsequent chemotherapy were performed aimed at the lineage of the choriocarcinoma, with good clinical response to the first course.

Keywords: Gastric cancer, adenocarcinoma, choriocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma es un tumor epitelial productor de gonadotropina coriónica humana (hCG) con diferenciación hacia el fenotipo del trofoblasto, de rápido crecimiento, altamente invasivo y con gran capacidad de metástasis. (1) Aunque los coriocarcinomas gástricos son bastantes raros, el estómago es uno de los sitios más comunes de tumores trofoblásticos no gestacionales extragonadales.

Los coriocarcinomas gástricos primarios (CGP) son extremadamente raros, representando aproximadamente el 0,08% de todos los cánceres gástricos. La mayoría de los CGP tienen un componente de adenocarcinoma en grado variable y menos del 25% de casos son coriocarcinomas puros. Son de pobre pronóstico y se suele encontrar metástasis en el momento de su diagnóstico. (2)

El diagnóstico se hace principalmente por el análisis inmunohistopatológico, el cual es positivo en pocos casos. La clave principal para llegar al diagnóstico es el nivel de gonadotropina coriónica humana beta en suero marcadamente elevada (beta-HCG). (3)

Dentro de los casos con componente gastrointestinal, los pacientes refieren sintomatología comparable con el adenocarcinoma gástrico; sin embargo, al tener mayor vascularización presentan hemorragias gastrointestinales como pilar clínico. (4)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 48 años de edad, natural y procedente de Lima, sin antecedentes de importancia. Debuta con un tiempo de enfermedad de cuatro meses caracterizado por distensión y dolor abdominal, asociado a hiporexia, vómitos alimentarios postprandiales y pérdida ponderal

1 Médico oncólogo. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.

2 Médico residente de oncología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.



en más de 10kg. Acude a nuestra institución donde se le realiza una endoscopia digestiva alta en la cual se evidencia una lesión infiltrativa ulcerada friable y circunferencial que compromete el canal pilórico y bulbo duodenal de aproximadamente 40 mm x 30 mm, otra lesión pseudoespiculada de 8 mm en el antro posterior compatible con cáncer gástrico Bormann tipo III.

El resultado anatomopatológico es compatible con un carcinoma pobremente diferenciado con componente de células en anillo de sello.

Se realizan tomografías de estadiaje los cuales concluyen que no se evidencia enfermedad a distancia, es evaluado por la unidad de cirugía y se le realiza una gastrectomía parcial

distal más linfadenectomía D2 y gastroenteroanastomosis Billroth II. El paciente es dado de alta y enviado a la unidad de oncología del hospital para completar el tratamiento.

Acude a consultorio externo de oncología aproximadamente tres meses posteriores a la cirugía con deterioro clínico y con el resultado patológico definitivo compatible con un adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal con áreas de diferenciación en coriocarcinoma. Un control de beta-HCG revela 9 183 mUI/ml, y la inmunohistoquímica concluyente de adenocarcinoma tubular infiltrante con componente de coriocarcinoma, con un porcentaje de este último del 40%, además de la sobreexpresión del C-erb-2 (HER2) (Figuras 1A-1E).

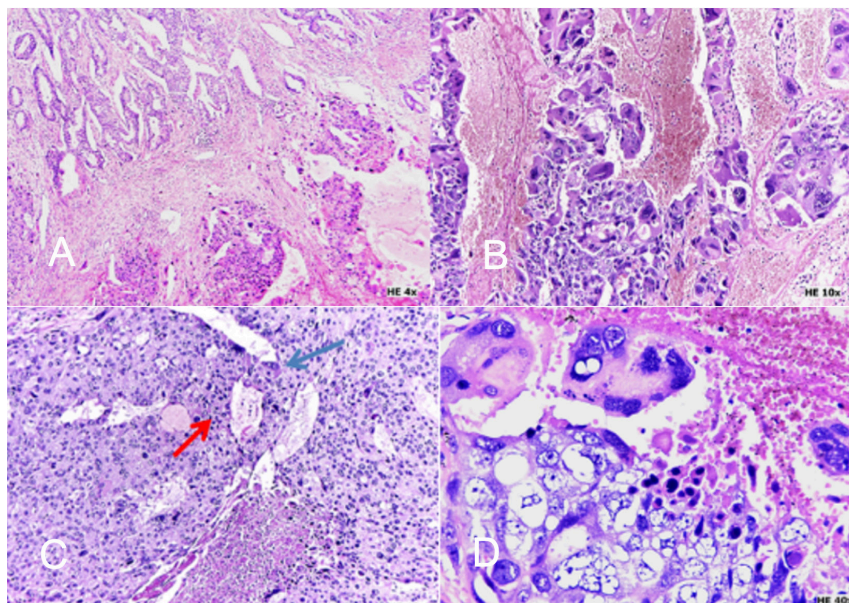


Figura A. Hacia la parte superior izquierda, el componente de adenocarcinoma y hacia la parte inferior derecha el componente de coriocarcinoma.

Figura B. El coriocarcinoma compuesto por células del sincitiotrofo blasto, las cuales son gigantes multinucleadas y bizarras entremezcladas con células del citotrofo blasto en un fondo de hemorragia.

Figura C. En esta vista panorámica se puede apreciar las células del sincitiotrofo blasto (flecha azul) y las del citotrofo blasto (flecha roja)

Figura D. A mayor aumento se observan las células del sincitiotrofo blasto íntimamente mezcladas con las células del citotrofo blasto.

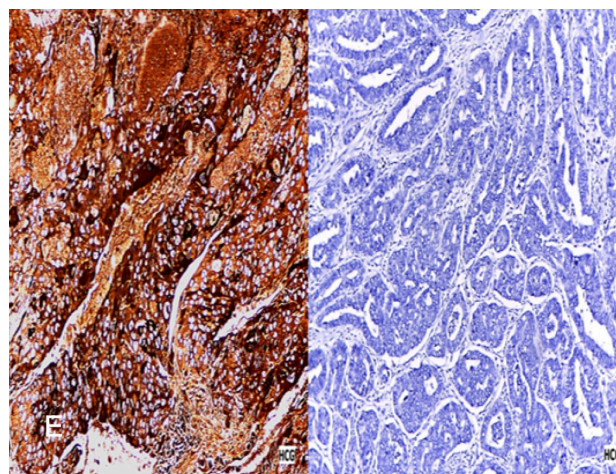


Figura E. En el lado izquierdo, se observa la inmunotinción con HCG positiva en el componente de coriocarcinoma. En el lado derecho, el componente de adenocarcinoma fue negativo para la misma inmunotinción.

Debido a los pocos casos presentados en la literatura mundial, se decidió iniciar tratamiento sistémico adyuvante bajo el esquema CapeOx (oxaliplatino 220 mg y capecitabine 1500 mg b/d por 14 días).



Figura 2. Tomografía abdominal con múltiples lesiones sugerentes de metástasis al segundo curso de CapeOX.

Al segundo curso presentó deterioro clínico asociado a ictericia con bilirrubina total de 20 mg/dl y anemia sintomática con Hb 7,4 mg/dl, por lo cual se realizan nuevas tomografías que evidencian lesiones hepáticas múltiples compatibles con metástasis (Figura 2). Se decide bajo junta médica de oncología iniciar nueva línea de tratamiento bajo el esquema BEP (bleomicina, etopósido, cisplatino), evidenciando mejoría al término del primer curso. Hasta el momento ha completado tres cursos de BEP, el último valor de bilirrubina total es 0,86 mg/dl y beta-HCG de 15 mUI/ml.

Al momento de la publicación se encuentra pendiente la reevaluación de enfermedad con tomografías.

DISCUSIÓN

Davidsohn fue el primero en describir, en 1905, el primer reporte de coriocarcinoma gástrico primario y hasta la fecha los casos descritos en la literatura médica internacional un poco más de 140. (1)

Este tipo de neoplasias se comportan más como coriocarcinomas de células germinales con diseminación hematológica temprana y extensa en lugar de la forma linfática habitual de los adenocarcinomas. (2)

Varios estudios revelaron que la patogénesis del coriocarcinoma gástrico puede explicarse por la desdiferenciación del tejido de adenocarcinoma maligno a nivel del ectodermo embrionario, conservando la capacidad de formar trofoblastos. Esto se conoce como la teoría de la desdiferenciación y fue propuesta por Pick en 1926 y

ahora es ampliamente aceptada, aunque sigue siendo controversial la patogénesis. (3)

Liu *et al.* informaron sobre el primer estudio citogenético de interfase de coriocarcinoma gástrico primario, sustentó que la teoría del coriocarcinoma gástrico surge de la diferenciación alternativa de las vías de adenocarcinoma. (4) A excepción de la ganancia del cromosoma 12, muy infrecuente en adenocarcinoma gástrico pero frecuentemente asociado con coriocarcinoma. (2)

Los hallazgos histológicos usualmente son una combinación de citotrofoblasto maligno y sincitiotrofoblasto (que tiñen positivamente para beta-HCG en inmunohistoquímica) en conjunto con áreas de diferenciación glandular típica. En muchos de los casos descritos en la literatura se presenta beta-HCG elevada, que es responsable de las náuseas matutinas en mujeres y de ginecomastia en varones. (5-7)

El diagnóstico clínico de un coriocarcinoma gástrico es difícil, y con mayor frecuencia suele hallarse luego de una gastrectomía, (5, 6, 8). La muestra debe ser analizada por un patólogo experimentado para llegar con mayor precisión diagnóstica. La beta-HCG es un marcador sérico que da indicios de coriocarcinoma y también ayudará al seguimiento del paciente durante el tratamiento. (9)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kobayashi A, Hasebe T, Endo Y, Sasaki S, Konishi M, Sugito M, et al. Primary gastric choriocarcinoma: two case reports and a pooled analysis of 53 cases. *Gastric Cancer*. 2005;8(3):178-85.
2. Aditi Shastri, Naval G. Daver, Teresa G. Hayes. Primary gastric chorioadenocarcinoma: a needle in a haystack. *Rare Tumors*. 2011; 3(19): 56-58
3. Pick L. Über die chorioepithelähnlich metastasierende Form des Magenkarzinoms. *Klin Wochenschr*. 1926; 5:1728.
4. Liu AY, Chan WY, Ng EK, et al. Gastric choriocarcinoma shows characteristics of adenocarcinoma and gestational choriocarcinoma: a comparative genomic hybridization and fluorescence in situ hybridization study. *Diagn Mol Pathol*. 2001;10:161-5.
5. Ozturk Ates, Kadri Altundag, Ibrahim Gullu. Primary gastric chorioadenocarcinoma. *JBUN*. 2018; 23(2): 534
6. Bahaeldin A. Baraka, Suad S. Al Kharusi, Bassim J. Al Bahrani, Gunmala Bhathagar. Primary gastric chorioadenocarcinoma. *Oman Medical Journal*. 2016; 31(5): 381-383
7. Barrera Bolaños F, Liu Bejarano H, Alférez Andía J, Inoñán García R, Guerra Mille H, Payet Meza E. Coriocarcinoma gástrico primario: reporte de caso. *Horiz Med*. 2019; 19(2): 93-96
8. Liu Z, Mira JL, Cruz-Caudillo JC. Primary gastric choriocarcinoma. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2001; 125:1601-04.
9. Seyda Gunduza, Gulsum Ozlem Elpek, Mukremin Uysal, Sema Sezgin Goksua, Murat Tatla, Deniz Arslana, et al. Coexistence of gastric adenocarcinoma and choriocarcinoma: Complete response to trastuzumab and chemotherapy. *Case Rep Oncol*. 2012;5: 394-399.

CORRESPONDENCIA:

Correo electrónico: oncorolig@yahoo.es

FECHA DE RECEPCIÓN: 09-03-2020.

FECHA DE ACEPTACIÓN: 20-03-2020.