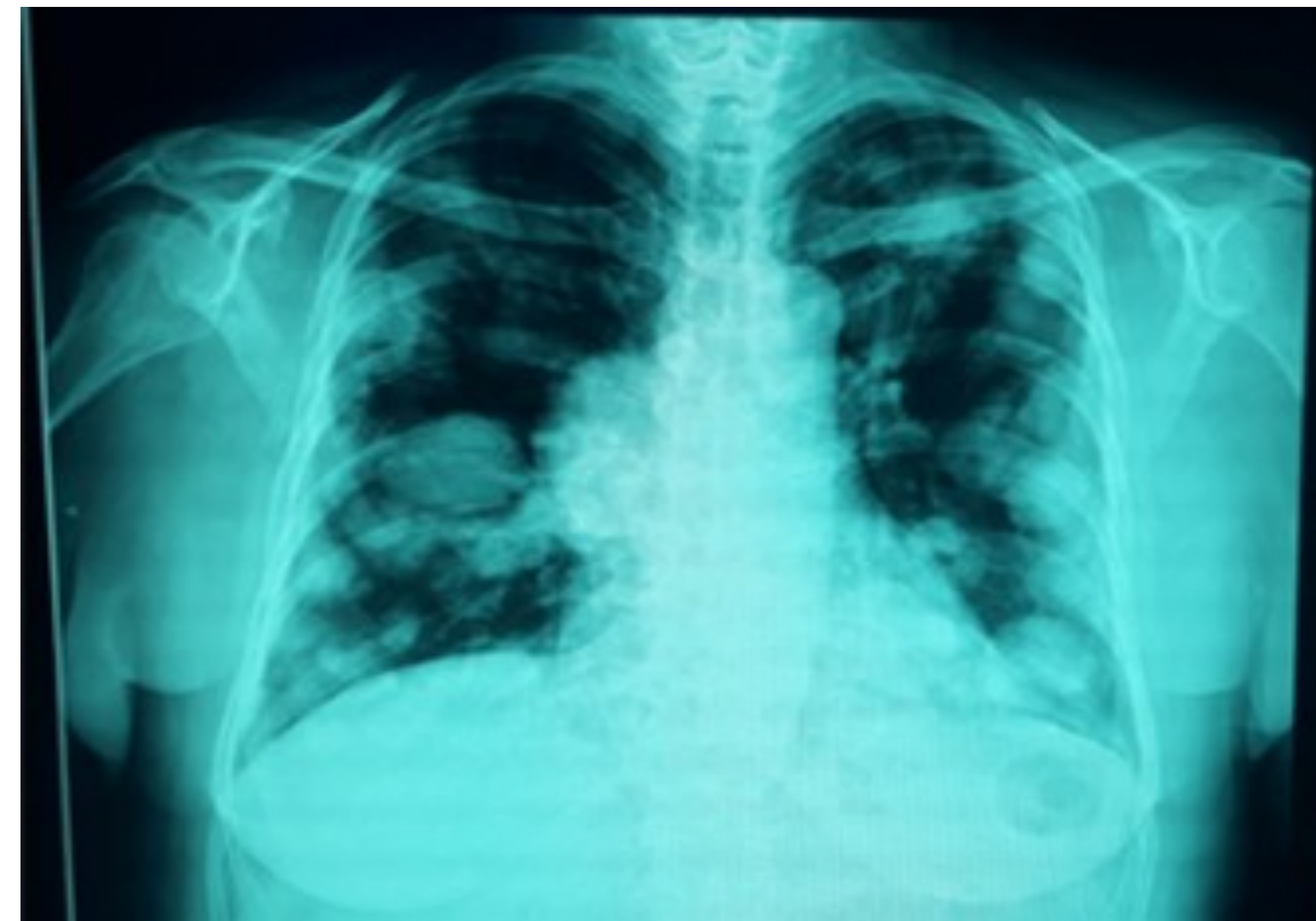


# CORIOCARCINOMA PRIMARIO DE PULMÓN

Llantada Lopez Anabella Rosalía, Tapia Marín Marina Walezka, Lopez Velasco Marco Antonio, Gutiérrez Mota Guadalupe Montserrat, Ramírez Padilla Felipe de Jesús, Hernández Vera Francisco Xavier, Morgan Villela Gilberto.

**ANTECEDENTES** El coriocarcinoma se origina de tejido trofoblástico aplásico y principalmente ocurre en el tracto genital femenino después de una gestación y es productor de hormona gonadotropina coriónica (HGC). El principal sitio de metástasis es el pulmón [1]. Sin embargo, es escaso el número de casos conocidos donde el tumor primario del coriocarcinoma se encuentre en este órgano. Su fisiopatología no ha sido identificada todavía. Se estima que existen aproximadamente 40 casos reportados de coriocarcinoma primario de pulmón (CCP) predominantemente originarios de países asiáticos. No hay un manejo estándar para esta patología, aunque algunos estudios sugieren manejo con BEP.



abril 2017

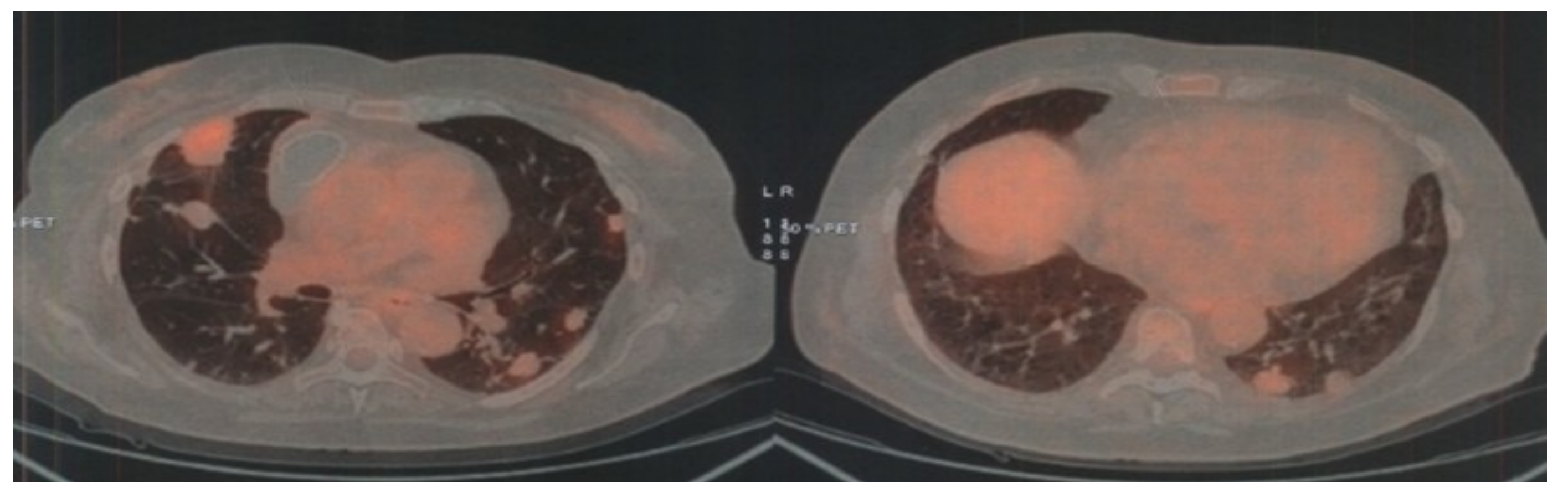


septiembre 2017

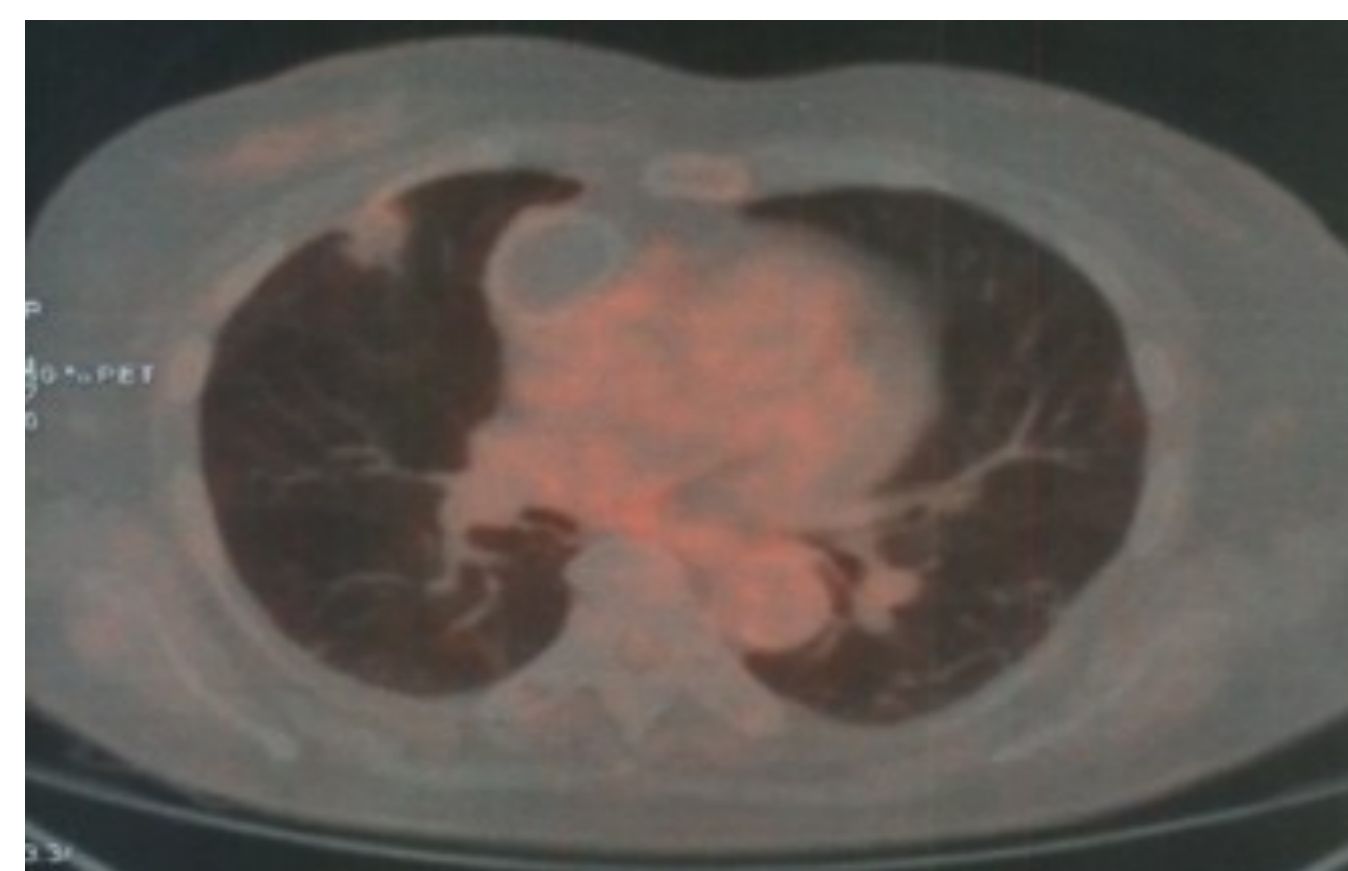
**CASO CLINICO** Paciente femenino de 71 años de edad, diabética e hipertensa, G3 P2 A1, inicia con disnea, se interconsulta a oncología en abril 2017 por resultados de estudios de imagen, biopsia de pulmón reporta carcinoma mal diferenciado, se solicita PET-CT donde se observa actividad a nivel de pulmón, pleura y mediastino. Reporte histológico de lesiones pulmonares con coriocarcinoma pulmonar y adenocarcinoma con degeneración trofoblástica, además se solicita EGFR que se reporta negativo, dado que aún no se contaba con RHP y por poca reserva funcional de la paciente se decide iniciar quimioterapia a base de pemetrexed y carboplatino (8 ciclos en total, mayo-octubre 2017). HGC de inicio 38,671 mUI/ml.

En septiembre 2017 PET-CT reporta disminución del 50% del metabolismo en lesiones ya mencionadas. En su décimo mes posterior al inicio de quimioterapia se observa negativización de HGC y estudios de imagen sin actividad tumoral.

Al año (mayo 2018) comienza con elevación de HGC, se administra 2 aplicaciones de metotrexate semanal sin respuesta bioquímica diarrea grado 3. Por lo que se cambia a dactinomicina cada 2 semanas días 1 y 2. Actualmente bajo seguimiento, en espera de termino de tratamiento para valoración. Última HGC se reporta en 6,634.0 (02 agosto 2018).



septiembre 2017



abril 2018

**DISCUSIÓN** El coriocinoma primario de pulmón es una enfermedad poco conocida debido al escaso número de casos reportados. El primer caso reportado fue en 1953, en el American Journal Of Pathology conocido, entonces, como corioepitelioma pulmonar [1]. El diagnóstico definitivo se hace por biopsia del tejido tumoral la cual reportan laminas adheridas y difusas de trofoblastos malignos trimórficos, rodeados con sincitiotrofoblastos, hemorragia central y necrosis. Células con atipia celular marcada, alta actividad mitótica y sin vellosidades [2, 3] tal como se observa en el reporte de la paciente. Positividad a p53, b-HGC, y negatividad para CD146 [4], y CK 5/6 [2]. En el caso de la paciente se encontró b-HGC (+).

Los criterios para su diagnóstico incluyen que no exista malignidad ginecológica previa, que se encuentre en imagen un nódulo solitario o predominante pulmonar sin foco gonadal, HGC elevada que disminuye después de tratamiento quirúrgico o quimioterapéutico y confirmación por patología [5]. Los cuales se cumplen en nuestro caso.

Se han propuesto varias teorías sobre su patogénesis: Migración errónea de células germinales primordiales por el tracto urogenital durante la embriogénesis; Generado por una neoplasia gonadal primaria oculta que lleva regresión espontanea; Metaplasia o diferenciación celular de tumor similar; Embolo trofoblástico relacionado a embarazo molar después de un largo periodo de latencia [4, 5] que nuestra paciente no padeció. El EGFR podría tener un papel importante de manera autocrina en las células del CCP, así como lo tiene en las células neoplásicas del útero [4, 6], sin embargo en este caso se encontró negativo.

La edad, ubicación, síntomas y tabaquismo no muestran influencia en el pronóstico [7] el cual es menos del 5% a 5 años. Son propensos a diseminarse vía hematogena a hueso, cerebro y pulmón contralateral debido a su afinidad por vasos sanguíneos [5, 8]. El esquema terapéutico recomendado es: quimioterapia BEP + resección quirúrgica + radioterapia en foco metastásico + seguimiento con HGC seriadas por 3 – 5 años. Si la HGC se eleva de nuevo (así como lo sucedido con nuestra paciente), sugiere micrometástasis para lo cual se requiere quimioterapia [2, 4, 7, 11, 12, 13, 14]. La quimioterapia se indica, aunque no haya intervención quirúrgica [12]. Los tratamientos con monoterapia farmacológica obtuvieron malos resultados [15, 16]. Dada la rareza de la patología no existe un estándar de manejo, por lo que se presenta este caso como opción para pacientes con baja reserva orgánica y con posibilidad de respuesta completa.

**CONCLUSIÓN** Se puede concluir que efectivamente, el CCP es una enfermedad rara, de rápida progresión y alta mortalidad de la cual aún hace falta más investigación. Sin embargo, debe puntualizarse la importancia de personalizar el tratamiento de acuerdo a las características presentadas en cada paciente, como en este caso, considerar esquemas poco tóxicos y que muestran adecuadas tasas de respuesta .

[1] Chorionepithelioma of the lung in a female infant seven months old. S. Kay, W.G. Reed. 1953, American Journal Of Pathology. [2] Das, S., Cherian, S., Das, N., Haq, E., Hamarneh, W., Lenox, R. and Amzuta, I. (2012). A 33-Year-Old Man With Chest Pain, Left Upper Lobe Mass, Pulmonary Nodules, and Bilateral Bullae. *Chest*, 142(4), pp.1058-1062. [3] Munakomi, S. (2017). Case Report: Multiple hemorrhagic metastases to the brain from primary lung choriocarcinoma. *Fl000Research*, 6, p.740. [4] Zhu, R., Jia, C., Yan, J., Luo, Y. and Huo, Z. (2016). Primary pulmonary choriocarcinoma in a male that was successfully diagnosed and treated. *Medicine*, 95(52), p.85693. [5] Rali, P., Xie, J., Rali, G., Rali, M., Silverman, J. and Malik, K. (2017). A Rare Case of Metastatic Choriocarcinoma of Lung Origin. *Case Reports in Pulmonology*, 2017, pp.1-4. [6] TODA, S., INOUE, Y., ISHINO, T., YONEMITSU, N., TERAYAMA, K., MIYABARA, S. and SUGIHARA, H. (1995). A Rare Case of Primary Pulmonary Choriocarcinoma in a Male: Immunohistochemical Detection for Human Chorionic Gonadotropin, Epidermal Growth Factor (EGF) and EGF-Receptor. *Endocrine Journal*, 42(5), pp.655-659. [7] Umemori, Yoshiki & Hiraki, Akio & Aoe, Keisuke & Murakami, Tomoyuki & Maeda, Tadashi & Matsuda, Eisuke & Takeyama, Hiroyasu. (2004). Primary choriocarcinoma of the lung. *Anticancer research*, 24, 1905-10. [8] Chen, F., Tatsumi, A. and Numoto, S. (2001). Combined choriocarcinoma and adenocarcinoma of the lung occurring in a man. *Cancer*, 91(1), pp.123-129. [9] Durieu, I., Berger, N., Loire, R., Gamondes, J., Guillaud, P. and Cordier, J. (1994). Contralateral haemorrhagic pulmonary metastases ("choriocarcinoma syndrome") after pneumonectomy for primary pulmonary choriocarcinoma. *Thorax*, 49(5), pp.523-524. [10] Kini,