

## A propósito de un caso: Neoplasia trofoblástica gestacional

Manzanares López, J; Gómez Monreal, B; Carratalá Pérez, O; Sánchez Romero, J; Pérez Buendía, J; Valenciano Rodríguez, M; Nieto Díaz, A

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un grupo de trastornos que se caracterizan por el crecimiento y desarrollo anormal del trofoblasto después de una fertilización anormal. Dentro de este grupo se encuentra la neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) que de forma específica, tiene capacidad para invadir los tejidos y producir metástasis. Presentamos un caso de neoplasia trofoblástica gestacional diagnosticada tras persistencia de  $\beta$ HCG elevada más de seis meses.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años sin antecedentes personales de interés. G2P1A1. Es diagnosticada de **gestación ectópica** y tratada con dos dosis de Metotrexate. La  $\beta$ HCG se mantiene en meseta por lo que se realiza laparoscopia diagnóstica-terapéutica sin encontrar ningún hallazgo. La paciente es tratada de nuevo con Metotrexate en multidosis que se suspende por toxicidad hepática. Rechaza la opción de histerectomía por deseo genésico. Las cifras de  $\beta$ HCG son inferiores, pero continúan en meseta, por lo que se decide realizar salpingectomía izquierda (anatomía patológica sin anomalías). Debido a la ausencia de negativización de la  $\beta$ HCG durante más de seis meses se derivada a nuestro centro para valoración. Se realiza ecografía ginecológica donde se observa una formación redondeada dependiente de fondo uterino (intramural-subserosa) de 19x18x17mm, ecogénica con una gran cavidad anecoica central de bordes irregulares y que no capta Doppler, compatible con mioma con degeneración centro vs embarazo ectópico cornual. Se realiza TAC toracoabdominopélvico que visualiza misma formación redondeada en fondo uterino (*Imagen 1 y 2*). Con la sospecha de **neoplasia trofoblástica gestacional** se presenta en comité de tumores ginecológicos y se remite a oncología que pauta tratamiento con Actinomicina D.

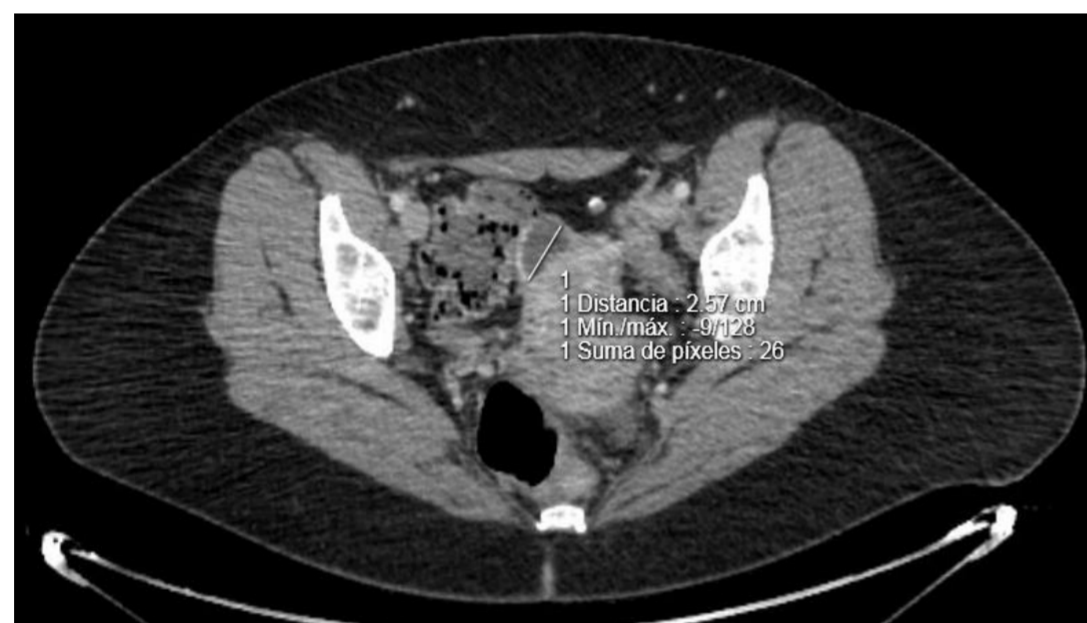


Imagen 1 y 2. TC TAP: Imagen redondeada en fondo uterino con sospecha de mioma degenerado vs embarazo ectópico cornual (flecha roja)

### DISCUSION

En el desarrollo de una enfermedad trofoblástica gestacional existe el antecedente, en un 50% de los casos de gestación molar, en un 25% de un aborto espontáneo y en un 25% de un embarazo viable. El desarrollo de la forma invasiva de la enfermedad trofoblástica se manifiesta con una **elevación persistente** de la  $\beta$ HCG.

Los criterios diagnósticos de la neoplasia trofoblástica gestacional son: **meseta** en los niveles de  $\beta$ HCG al menos durante 4 medidas en un periodo de 3 semanas o superior; **aumento** de  $\beta$ HCG en 3 medidas semanales consecutivas en un periodo de al menos 2 semanas o más o si hay un diagnóstico histológico de coriocarcinoma.

En nuestro caso, sospechamos una neoplasia trofoblástica gestacional por una  $\beta$ HCG en meseta que se ha mantenido a pesar de tratamiento con Metotrexate durante más de tres semanas. Si nos encontramos ante una NTG de bajo riesgo (FIGO/OMS), se recomienda como tratamiento **monoquimioterapia** con Metotrexate y como alternativa Actinomicina D. La **histerectomía** es una alternativa si la enfermedad está localizada en el útero y la paciente tiene deseo genésico cumplido.

Nuestra paciente presenta una resistencia primaria a Metotrexate. Esta resistencia ocurre del 10 a 30% de las pacientes con NTG de bajo riesgo. Tras fallo a Metotrexate, una segunda línea con Actinomicina D puede ser efectiva y, si esta fallara, los esquemas de poliquimioterapia son de utilidad.

Como conclusión, podemos afirmar que es posible diagnosticar la NTG mediante criterios clínicos y analíticos a pesar de que el diagnóstico definitivo sea anatomopatológico. La NTG de bajo riesgo tiene una elevada supervivencia, independientemente de su respuesta inicial.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Oncoguía SEGO: Enfermedad trofoblástica gestacional. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2020
2. Alazzam M, Tidy J, Hancock BW, et al.: First line chemotherapy in low risk gestational trophoblastic neoplasia. Cochrane Database Syst Rev (1): CD007102, 2009
3. Gilani MM, Yarandi F, Eftekhari Z, et al.: Comparison of pulse methotrexate and pulse dactinomycin in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia. Aust N Z J Obstet Gynaecol 45 (2): 161-4, 2005.