

Coriocarcinoma Gestacional Metastásico Simulando un Aborto Incompleto: un Reto Diagnóstico Resuelto con Esquema EMA-CO

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5605>

Coriocarcinoma Gestacional Metastático Simulando um Aborto Incompleto: um Desafio Diagnóstico Resolvido com o Esquema EMA-CO

Metastatic Gestational Choriocarcinoma Mimicking an Incomplete Abortion: a Diagnostic Challenge Resolved with the EMA-CO Regimen

Ruperto Esteban Guerrero-Quiroz¹; Carlos Zehir Cárdenas Ramírez²; Lorena García Agudelo³; Sandra Y. Leguizamón-Martínez⁴

RESUMEN

Introducción: El coriocarcinoma es una enfermedad de origen trofoblástico que se presenta de forma poco frecuente, suele ser una patología agresiva. Su seguimiento y pronóstico se basan en mediciones constantes de la gonadotropina coriónica humana subunidad beta, y su pronto tratamiento influye de manera significativa en el pronóstico y la sobrevida. **Informe del caso:** Femenina de 23 años, ingresó por sangrado vaginal. Se realizó una ecografía transvaginal, la cual evidenció un engrosamiento endometrial y una bHCG significativamente elevada. Posteriormente, ingresó con síndrome febril y sospecha de endometritis post legrado, por lo que se inició manejo antibiótico. No obstante, ante la persistencia de signos sugestivos de enfermedad trofoblástica, se solicitó una resonancia magnética de pelvis, la cual evidenció una lesión expansiva de gran tamaño. **Conclusión:** El coriocarcinoma es una enfermedad altamente maligna que requiere un diagnóstico y tratamiento oportunos y agresivos. El tratamiento incluyó la extirpación quirúrgica del tumor y la quimioterapia.

Palabras clave: Hemorragia Uterina; Coriocarcinoma; Gonadotropina Coriónica; Neoplasias Uterinas.

RESUMO

Introdução: O coriocarcinoma é uma doença de origem trofoblástica que se apresenta de forma pouco frequente, sendo geralmente uma patologia agressiva. Seu acompanhamento e prognóstico baseiam-se em medições constantes da subunidade beta da gonadotrofina coriônica humana, e seu tratamento precoce influencia significativamente o prognóstico e a sobrevida. **Relato do caso:** Mulher de 23 anos, internada por sangramento vaginal. Foi realizada uma ecografia transvaginal, que evidenciou um espessamento endometrial e um bHCG significativamente elevado. Posteriormente, ela foi internada com síndrome febril e suspeita de endometrite pós-curetagem, pelo que foi iniciado o tratamento com antibióticos. No entanto, diante da persistência de sinais sugestivos de doença trofoblástica, foi solicitada uma ressonância magnética da pelve, que evidenciou uma lesão expansiva de grande tamanho. **Conclusão:** O coriocarcinoma é uma doença altamente maligna que requer diagnóstico e tratamento oportunos e agressivos. O tratamento incluiu a extirpação cirúrgica do tumor e quimioterapia.

Palavras-chave: Hemorragia Uterina; Coriocarcinoma; Gonadotrofina Coriônica; Neoplasias Uterinas.

ABSTRACT

Introduction: Choriocarcinoma is a rare disease of trophoblastic origin that is usually aggressive. Its monitoring and prognosis are based on constant measurements of human chorionic gonadotropin beta subunit, and early treatment has a significant influence on prognosis and survival. **Case report:** A 23-year-old female was admitted for vaginal bleeding. A transvaginal ultrasound was performed, which revealed endometrial thickening and significantly elevated beta-hCG. She was subsequently admitted with fever and suspected post-curettage endometritis, for which antibiotic treatment was initiated. However, given the persistence of signs suggestive of trophoblastic disease, a pelvic MRI was requested, which revealed a large expansive lesion. **Conclusion:** Choriocarcinoma is a highly malignant disease that requires timely and aggressive diagnosis and treatment. The treatment consisted in surgical excision of the tumour and chemotherapy.

Key words: Uterine Hemorrhage; Choriocarcinoma; Chorionic Gonadotropin; Uterine Neoplasms.

^{1,2}Hospital Regional de la Orinoquía, Departamento de Investigación. Yopal, Colombia. E-mails: rupertoguerrero601@gmail.com; czcardenas05@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-0420-6308>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-0504-5934>

³Hospital Regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia. E-mail: dr.lorenagarcia29@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9557-0900>

⁴Hospital Regional de la Orinoquía, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Yopal, Colombia. E-mails: drasandraleguizamon3@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-6607-6225>

Dirección para correspondencia: Ruperto Esteban Guerrero Quiroz. Calle 15, 07-95. Yopal, Colombia. E-mail: rupertoguerrero601@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un grupo heterogéneo de lesiones derivadas de la proliferación anómala del trofoblasto, dentro de las cuales el coriocarcinoma representa la variante histológica más agresiva y con mayor potencial maligno¹. Es una neoplasia de baja incidencia en Occidente, estimándose en aproximadamente uno por cada 40 000 embarazos; sin embargo, su frecuencia se eleva significativamente tras gestaciones molares y eventos obstétricos pretérmino o a término².

Clínicamente, se caracteriza por un comportamiento biológico altamente invasivo, manifestándose de forma primaria mediante hemorragia uterina anormal. No obstante, debido a su precoz diseminación hematogénea, las manifestaciones iniciales pueden derivar de compromiso metastásico en órganos distantes como los pulmones, el sistema nervioso central, el tracto gastrointestinal o la placenta, llegando a provocar complicaciones críticas como la hemorragia fetomaterna masiva o abdomen agudo^{3,4}.

El diagnóstico fundamental radica en la correlación entre la sospecha clínica, los estudios de imagen de alta resolución y la cuantificación sérica seriada de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (bHCG), la cual funge como el biomarcador sérico de elección para monitorear la carga tumoral y la respuesta terapéutica⁵. A pesar de su naturaleza quimiosensible, el coriocarcinoma metastásico se clasifica frecuentemente como una enfermedad de alto riesgo según los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), requiriendo esquemas de poliquimioterapia intensiva como el protocolo EMA-CO^{2,5,6}.

Aunque este régimen ofrece elevadas tasas de curación, el desarrollo de quimiorresistencia y la coexistencia con otras malignidades somáticas epiteliales del cuerpo uterino plantean escenarios terapéuticos complejos^{7,8}. Ante el fracaso de las líneas convencionales, las terapias dirigidas y la inmunoterapia basada en inhibidores de puntos de control inmunitario surgen actualmente como alternativas cruciales de rescate frente a tumores trofoblásticos refractarios^{6,9,10}.

El objetivo es reportar el caso de una paciente joven con diagnóstico de coriocarcinoma, detallando su enfoque diagnóstico, la respuesta clínica y la remisión bioquímica alcanzada con el protocolo de quimioterapia EMA-CO, con el fin de aportar evidencia actualizada sobre el manejo exitoso de esta patología.

INFORME DEL CASO

Paciente femenina de 23 años con los siguientes antecedentes: número de gestaciones: 4, número de partos: 3, número de cesáreas: 0, número de hijos vivos:

3 y número de abortos: 1. Consultó por cuadro de un mes de sangrado vaginal moderado que cinco horas antes del ingreso se habría exacerbado llegando a ser abundante y acompañarse de diaforesis, lipotimia y adinamia. Al examen físico inicial se encontró con dolor abdominal a la palpación profunda de intensidad moderada sin signos de irritación y un cérvix esperable para una paciente multipara y sangrado vaginal moderado con expulsión de coágulos.

Se realizó una ecografía transvaginal que evidenció engrosamiento endometrial de 25 mm como único hallazgo anormal, ante lo cual se sospechó de un aborto incompleto y se solicitó bHCG, la cual se encontró positiva. Posteriormente se realizó un estudio complementario donde se informó el resultado de bHCG cuantitativa con valores mayores a 200 000 mUI/ml, razón por la cual se consideró como posibilidad adicional la enfermedad trofoblástica como diagnóstico diferencial. Fue llevada a un legrado obstétrico realizando curetaje y extracción de restos hemáticos; se envió una muestra a patología y se dio de alta sin complicaciones.

Cuatro días después se presenta el reingreso de la paciente, en esta ocasión asociado a un cuadro de tres días de fiebre (40°C), astenia, adinamia, tos ocasional, otalgia izquierda y diaforesis. Persistía con dolor en fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal. La ecografía transvaginal de control sin cambios, los reactantes de fase aguda reportaron elevados y un hemograma que evidenciaba anemia. Se consideró una posible endometritis poslegrado y se instauró manejo antibiótico.

Durante su evolución, la bHCG de control se encontraba en descenso; al tercer día posterior al reingreso el hemograma de seguimiento reveló anemia con criterios transfusionales, la cual se realizó sin complicaciones. Por persistencia del dolor ordenaron realizar una resonancia de pelvis, que mostró una lesión expansiva de gran tamaño (Figura 1).

El reporte de patología informó la presencia de una neoplasia trofoblástica constituida por trofoblasto con doble población con marcada atipia que incluye el diagnóstico diferencial de coriocarcinoma (Figura 2).

La paciente fue remitida a manejo por oncología donde se estadificó TNM y FIGO T3NxMx FIGO II de riesgo > 7 y se le inició manejo con protocolo EMA-CO, el cual fue administrado de la siguiente manera: Semana 1: Fase EMA (Días 1 y 2). Día 1: Etopósido, Metotrexato y Actinomicina D. Para el día 2: Actinomicina D, Etopósido y Ácido Folinico. Seguimiento con control hematológico adecuado.

El esquema para la semana 2, fue el siguiente: Día 8: Vincristina y ciclofosfamida. Posteriormente, control hematológico los días 9 al 14, con reportes normales y

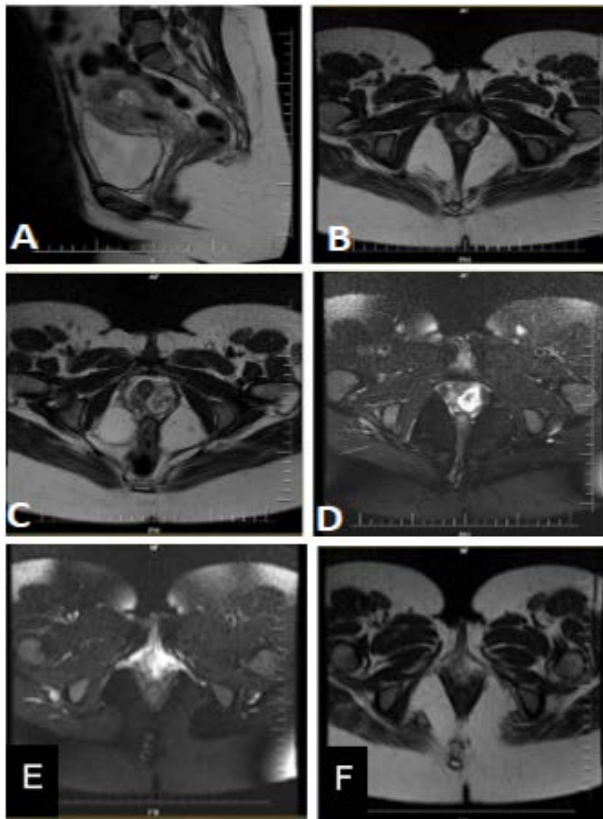


Figura 1. Resonancia magnética de pelvis con contraste. **A.** Corte sagital en T2 que muestra útero aumentado de tamaño. **B y C.** Cortes axiales en T2 y T1 con contraste, respectivamente, que evidencian una lesión expansiva corporal izquierda (49 x 61 x 52 mm), heterogénea, con compromiso de todo el espesor miometrial, transposición de la serosa y extensión al parametrio ipsilateral; presenta un intenso realce heterogéneo compatible con una masa sólida hipervascular. **D.** Secuencia axial que muestra congestión y realce de la vena gonadal izquierda, sugerente de invasión vascular. **E y F.** Cortes axiales que identifican una lesión metastásica/satélite en la pared lateral del tercio inferior vaginal (32 x 25 x 32 mm), heterogénea en T2 e isointensa en T1, con realce periférico intenso y centro hipocaptante, que protruye hacia el introito e impregna la luz vaginal

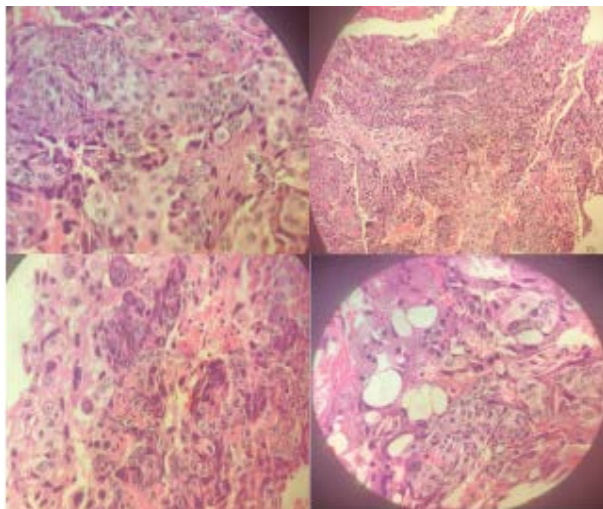


Figura 2. Estudio histopatológico. Los cortes muestran trofoblasto atípico con múltiples mitosis, núcleos pleomórficos hiper cromáticos y aumento de tamaño, y neoplasia trofoblástica constituida por trofoblasto con doble población con marcada atipia. El diagnóstico diferencial incluye coriocarcinoma

curva de bHCG en descenso, por lo cual se reinició el ciclo. La paciente recibió cuatro ciclos de EMACO logrando una bHCG <5 m UI/mL por tres semanas consecutivas. Actualmente, tras 12 meses de seguimiento, la paciente permanece asintomática y en control clínico-bioquímico, sin evidencia de recaída.

El presente reporte de caso clínico fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de la Orinoquía según consta en el Acta No. 010 de 2026. El estudio se rigió bajo los principios de la Declaración de Helsinki 2024¹¹ y la normativa¹² vigente para la investigación en seres humanos. Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la revisión de su historia clínica y la publicación de los datos e imágenes, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de su identidad.

DISCUSIÓN

El coriocarcinoma es una neoplasia trofoblástica gestacional caracterizada por una rápida invasión miometrial y una precoz diseminación hematogena¹⁻⁵. En el presente caso, la paciente de 23 años debutó con una hemorragia uterina anormal severa que inicialmente orientó el diagnóstico hacia un aborto incompleto, un fenómeno frecuente en la práctica clínica debido a que los síntomas iniciales mimetizan pérdidas gestacionales ordinarias. Como describieron Moreno-Gomez B, et al.¹ la presentación clínica primaria suele estar dominada por el sangrado vaginal profuso; no obstante, la presencia de masas expansivas miometriales con invasión local puede alterar drásticamente la anatomía pélvica, requiriendo un alto índice de sospecha. En concordancia, Sorrentino F, et al.² y Stabile G, et al.³ enfatizan que el coriocarcinoma puede desarrollarse tras cualquier evento obstétrico previo, incluyendo el antecedente de aborto y partos a término que presentaba nuestra paciente, asociándose en ocasiones a complicaciones hemorrágicas agudas sistémicas o fetomaternas que ensombrecen el pronóstico si no se interviene tempranamente.

El retraso diagnóstico inicial por la sospecha de endometritis poslegrado resalta la complejidad de esta patología. Aunque la ecografía transvaginal reportó inicialmente solo un engrosamiento endometrial de 25 mm, la persistencia del dolor y la agudización de los síntomas motivaron la realización de una resonancia magnética de pelvis. La RM demostró ser la herramienta de elección para delimitar la masa corporal izquierda con extensión parametrial y la lesión metastásica en el tercio inferior vaginal. Este patrón de diseminación local y a distancia es característico de la agresividad tumoral; de hecho, Cheng X, et al.⁴ documentaron que las metástasis

por coriocarcinoma pueden simular cuadros clínicos confusos en sitios anatómicos inusuales debido a su avidez angiogénica, lo que obliga a realizar estudios de extensión imagenológicos multimodales ante una bHCG críticamente elevada. Lo fundamental para el seguimiento y la confirmación de la respuesta al tratamiento fue el monitoreo de la bHCG sérica, cuyo valor inicial superó las 200 000 mUI/mL. La cinética de este biomarcador dictamina el éxito del protocolo terapéutico.

Al respecto, Sirimusika N, et al.⁵ señalaron que las relaciones y curvas de descenso de la bHCG sérica no solo confirman la remisión, sino que son indispensables para la detección oportuna de resistencia al protocolo EMA-CO en pacientes con enfermedad de alto riesgo. Afortunadamente, nuestra paciente demostró una excelente respuesta biológica, logrando la negativización hormonal bHCG < 5 mUI/mL al cabo del cuarto ciclo de poliquimioterapia.

El manejo con el esquema EMA-CO (Etopósido, Metotrexato, Actinomicina D, Ciclofosfamida y Vincristina) instaurado en esta paciente de alto riesgo (estadio FIGO II) refleja fielmente las pautas internacionales. Aunque el régimen EMA-CO ofrece tasas de curación superiores al 85%, un porcentaje de pacientes desarrolla quimiorresistencia o presenta variedades histológicas complejas. Como informaron Bai L, et al.⁷ y Mangla M, et al.⁸, existen escenarios infrecuentes donde el coriocarcinoma coexiste con adenocarcinoma endometrioide o presenta diferenciación trofoblástica en neoplasias malignas del cuerpo uterino, lo que altera radicalmente la respuesta a la quimioterapia convencional y disminuye la supervivencia global.

Finalmente, para aquellas pacientes que experimentan fallas terapéuticas o toxicidades limitantes a los medicamentos de primera línea, la ciencia médica ha evolucionado hacia la terapia dirigida. Burkett WC, et al.⁹, junto con las revisiones recientes de Barcellos MB, et al.⁶ y Zeng J, et al.¹⁰, han puesto de manifiesto el rol emergente y prometedor de la inmunoterapia, específicamente el uso de inhibidores de puntos de control inmunitario, para el rescate y reincorporación de la inmunidad antitumoral en tumores trofoblásticos gestacionales refractarios. En el caso descrito, la supervivencia libre de enfermedad a los 12 meses de seguimiento ambulatorio, en un estado completamente asintomático y con estabilidad bioquímica, valida la alta eficacia, seguridad y vigencia del protocolo EMA-CO clásico cuando se aplica bajo un estricto monitoreo hematológico y una correcta estadificación diagnóstica.

Entre las fortalezas de esta investigación se incluyen la documentación clínica, la precisión diagnóstica por neuroimagen y el seguimiento continuo de 12 meses que

confirma la remisión sostenida de la paciente, sirviendo como un referente del éxito terapéutico con poliquimioterapia. No obstante, el estudio presenta limitaciones propias de su diseño, tales como la imposibilidad de generalizar las conclusiones a poblaciones mayores.

CONCLUSIÓN

El coriocarcinoma es una neoplasia altamente agresiva pero curable si se diagnostica oportunamente. Este caso demuestra la efectividad del protocolo EMA-CO en una paciente joven de alto riesgo con metástasis vaginales, logrando la remisión clínica y bioquímica completa al cuarto ciclo. Asimismo, resalta la importancia de la resonancia magnética para una correcta estadificación y destaca la necesidad de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica ante hemorragias uterinas anormales refractarias, evitando retrasos terapéuticos que comprometan el pronóstico de la paciente.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente a la concepción y a la planificación del estudio; a la adquisición, análisis e interpretación de los datos; a la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La investigación no recibió financiamiento.

REFERENCIAS

1. Moreno-Gomez B, Castillo-Aznar J, Tejedor-Vargas P, et al. Coriocarcinoma de placenta metastásico en embarazo de 34 semanas. Revisión y manejo. *Cir Cir*. 2021;89(4):534-7. doi: <https://doi.org/10.24875/CIRU.19001402>
2. Sorrentino F, Silvestris T, Greco F et al. Massive fetomaternal hemorrhage caused by an intraplacental choriocarcinoma: case report and review of the literature. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(21):2454. doi: <https://doi.org/10.3390/diagnostics14212454>

3. Stabile G, Gentile RM, Carlucci S, et al. Maternal and fetal outcomes of intraplacental choriocarcinoma complicated by fetomaternal hemorrhage: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023;36(2):2285238. doi: <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2285238>
4. Cheng X, Wang D, Wang X, et al. Gestational trophoblastic neoplasia with pancreatic metastasis: clinical characteristics, treatment strategies, and outcomes. *Orphanet J Rare Dis.* 2025;20(1):482. doi: <https://doi.org/10.1186/s13023-025-04014-6>
5. Sirimusika N, Boonyapipat S. Serum human chorionic gonadotropin ratios for the detection of etoposide, methotrexate, dactinomycin, cyclophosphamide, and vincristine resistance in high-risk gestational trophoblastic neoplasia. *Health Sci. Rep.* 2022;5(4):e729. doi: <https://doi.org/10.1002/hsr2.729>
6. Barcellos MB, Braga A, Alevato R, et al. Checkpoint inhibition in gestational trophoblastic neoplasia: a narrative review on the reawakening of antitumor immunity. *Adv Ther.* 2026;43(3):1060-81. doi: <https://doi.org/10.1007/s12325-025-03482-3>
7. Bai L, Chen Y, Han L, et al. Uterine choriocarcinoma coexistence with endometroid adenocarcinoma: a case report and literature review. *BMC Womens Health.* 2023;23(1):252. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02377-1>
8. Mangla M, Palo S, Kaur H, et al. Prognostic significance of trophoblastic differentiation and β -hCG secretion in somatic malignancies of uterine corpus: a systematic review with survival analysis. *Oncoscience.* 2025;12:96-106. doi: <https://doi.org/10.18632/oncoscience.625>
9. Burkett WC, Soper JT. A review of current management of placental site trophoblastic tumor and epithelioid trophoblastic tumor. *Obstet Gynecol Surv.* 2022;77(2):101-10. doi: <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000978>
10. Zeng J, Zhang J, Wang J, et al. Immunotherapy in gestational trophoblastic neoplasia: advances and future directions. *Front Immunol.* 2025;16:1544585. doi: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2025.1544585>
11. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; 2024 [citado 2025 dez 17]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
12. Ministerio de Salud (CO). Resolución número 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. 1993 oct 4 [citado 2025 dez 17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Recebido em 16/12/2025

Aprovado em 25/4/2026

