

Coriocarcinoma gestacional metastásico asociado con embarazo ectópico intersticial

Metastatic gestational choriocarcinoma associated with interstitial ectopic pregnancy.

Laura Cristina Perea Padilla,¹ Juliana Arce Cuervo,¹ Natalia Andrea Torres Valencia,² Cristian Fernando Hincapié Porras,² Leidy Alexandra Guzmán Polanía²

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, seccional Cali, Colombia.

² Ginecóloga y Obstetra, subespecialista en medicina materno fetal, Korial Group, servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Universitario San Jorge de Pereira, Risaralda, Colombia.

Resumen

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblástica gestacional incluye trastornos derivados del tejido placentario, desde formas benignas hasta neoplasias agresivas como el coriocarcinoma. Aunque es infrecuente, puede originarse en cualquier gestación, incluidos los embarazos ectópicos. Se describe un caso de coriocarcinoma metastásico asociado con embarazo ectópico intersticial y se revisa la bibliografía referente a esta asociación inusual, con hincapié en la importancia de establecer el diagnóstico oportuno para ofrecer tratamiento y mejorar los desenlaces.

CASO CLÍNICO: Paciente de 47 años, multípara, sin comorbilidades conocidas, con diagnóstico de embarazo ectópico intersticial derecho roto, tratado mediante salpingooforectomía y reparación uterina. Un mes después, reingresó con sangrado vaginal abundante y choque hipovolémico secundario, además de una tumoración vulvar derecha vascularizada, con concentraciones de β -hCG muy elevada y hallazgos de enfermedad metastásica en el pulmón y cerebro. El estudio histopatológico confirmó una neoplasia proliferativa con pleomorfismo alto compatible con coriocarcinoma.

CONCLUSIONES: La aparición de enfermedad trofoblástica gestacional en embarazos ectópicos, sobre todo de localización intersticial, es de excepcional frecuencia. El coriocarcinoma extrauterino plantea un desafío diagnóstico porque sus síntomas son inespecíficos. Además, los signos ecográficos no suelen ser concluyentes, por lo que la revisión detallada del estudio histopatológico y seguimiento de los títulos de β -hCG posterior a una intervención quirúrgica en los casos sospechosos permiten el diagnóstico y atención médica oportuna de esta neoplasia.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad trofoblástica gestacional; coriocarcinoma; embarazo ectópico intersticial.

Abstract

BACKGROUND: Gestational trophoblastic disease encompasses a spectrum of disorders arising from placental tissue, ranging from benign conditions to aggressive neoplasms such as choriocarcinoma. Although rare, it can develop in any pregnancy, including ectopic pregnancies. In this article, we present a case of metastatic choriocarcinoma associated with an interstitial ectopic pregnancy and review the literature on this uncommon association. Our aim is to emphasize the importance of timely diagnosis for effective treatment and improved outcomes.

Correspondencia

Laura Cristina Perea Padilla
laucrisperea@gmail.com

ORCID

<https://orcid.org/0000-0003-0719-498X>
<https://orcid.org/0000-0003-4998-3709>
<https://orcid.org/0000-0001-9345-2847>
<https://orcid.org/0000-0001-5816-6511>
<https://orcid.org/0009-0003-6244-3392>

Recibido: mayo 2026

Aceptado: junio 2026

Este artículo debe citarse como: Perea-Padilla LC, Arce-Cuervo J, Torres-Valencia NA, Hincapié-Porras CF, Guzmán-Polanía LA. Coriocarcinoma gestacional metastásico asociado con embarazo ectópico intersticial. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11182.

CLINICAL CASE: A 47-year-old multiparous woman with no known comorbidities presented with a ruptured right interstitial ectopic pregnancy. She underwent salpingo-oophorectomy and uterine repair. One month later, she was readmitted with heavy vaginal bleeding, secondary hypovolemic shock, and a vascularized right vulvar mass. She also had markedly elevated β -hCG levels and evidence of metastatic disease in the lungs and brain. Histopathological examination confirmed a highly pleomorphic proliferative neoplasm consistent with choriocarcinoma.

CONCLUSIONS: Gestational trophoblastic disease arising in ectopic pregnancies, particularly in an interstitial location, is exceptionally rare. Extrauterine choriocarcinoma poses a diagnostic challenge because its symptoms are non-specific, and ultrasound findings are often inconclusive. Therefore, in suspected cases, a detailed review of the histopathological report and postoperative monitoring of β -hCG levels may enable timely diagnosis and appropriate medical management of this neoplasm.

KEYWORDS: Gestational trophoblastic disease; Choriocarcinoma; Interstitial ectopic pregnancy.

ANTECEDENTES

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un espectro de afecciones originadas en el tejido placentario. Incluye formas benignas, como las molas hidatiformes completas y parciales, y formas malignas agrupadas en neoplasia trofoblástica gestacional, entre ellas el tumor trofoblástico del sitio placentario, el tumor trofoblástico epitelioide y el coriocarcinoma, este último por demás invasivo y de rápido avance.

El coriocarcinoma puede ser gestacional o no gestacional. El coriocarcinoma no gestacional es un tumor de baja frecuencia, con diferenciación trofoblástica, originado en células germinales y no relacionado con el embarazo; por tanto, carece de material genético paterno.¹ En contraste, el coriocarcinoma gestacional se asocia con el embarazo. Es una neoplasia maligna trofoblástica poco frecuente y agresiva, compuesta por sincitiotrofoblasto, trofoblasto intermedio y citotrofoblasto neoplásicos, con alta capacidad metastásica. Por ello, el diagnóstico oportuno es determinante para obtener desenlaces favorables.²

Esta enfermedad representa cerca del 1% de los cánceres reproductivos femeninos y muestra amplia variación epidemiológica mundial. En general, el 50% de los casos aparece después de un embarazo molar, el 25% luego de un embarazo a término y el porcentaje restante posterior a otros sucesos obstétricos.² Estas neoplasias pueden originarse en cualquier embarazo, de implantación normal o anormal, incluidos los embarazos ectópicos; sin embargo, esta asociación es infrecuente.³

El embarazo ectópico se define como la implantación de un óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina y representa, aproximadamente, el 2% de todos los embarazos. El embarazo ectópico intersticial es una de sus manifestaciones menos frecuentes, con una proporción cercana al 2 a 5% de los embarazos ectópicos.⁴

Tanto el coriocarcinoma gestacional como el embarazo ectópico intersticial son infrecuentes. Su asociación es excepcional y, debido a la heterogeneidad clínica, la baja incidencia y la inespecificidad de los síntomas, el diagnóstico suele ser difícil. Además, existen pocos reportes de casos en la bibliografía. Se describe un caso de coriocarcinoma gestacional metastásico asociado con embarazo ectópico intersticial, junto con una revisión bibliográfica de enfermedad trofoblástica gestacional en esta localización.

Con este contexto, el caso se expone como una forma poco habitual de enfermedad trofoblástica gestacional en la que la sospecha inicial de embarazo ectópico intersticial roto retrasó el reconocimiento de una neoplasia rápidamente progresiva.

CASO CLÍNICO

Paciente de 47 años, con antecedentes de 14 embarazos, partos 9, abortos 4, hijos vivos 8 y muerte fetal 1, sin sin historial de salud relevante. No había iniciado controles prenatales. Refirió que el último parto fue, aproximadamente, un año antes, sin recordar la fecha exacta, y negó embarazos o pérdidas gestacionales recientes. Consultó a los especialistas de un hospital de tercer nivel por un cuadro de cinco días de evolución consistente en sangrado vaginal y dolor pélvico irradiado a la región lumbar, sin otros síntomas asociados. Cursaba con embarazo temprano de aproximadamente cuatro semanas. La gonadotropina coriónica humana subunidad beta cuantitativa fue de 540.570 mIU/mL. La ecografía pélvica transvaginal mostró útero en anteversoflexión de 84 × 40 × 40 mm, abundante líquido libre, endometrio de 3.2 mm y ausencia de saco gestacional intrauterino (**Figura 1**).

En la proyección del anexo derecho se identificó una masa irregular heterogénea, de ecogenicidad mixta, con áreas ecogénicas y anecoicas, de 56 × 36 × 53 mm (volumen: 58 mL con marcada captación al Doppler color (**Figuras 2 y 3**). También se observó el ovario izquierdo de 1.3 cm³, líquido libre perianexial y líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Los hallazgos fueron sugerentes de embarazo ectópico intersticial derecho.

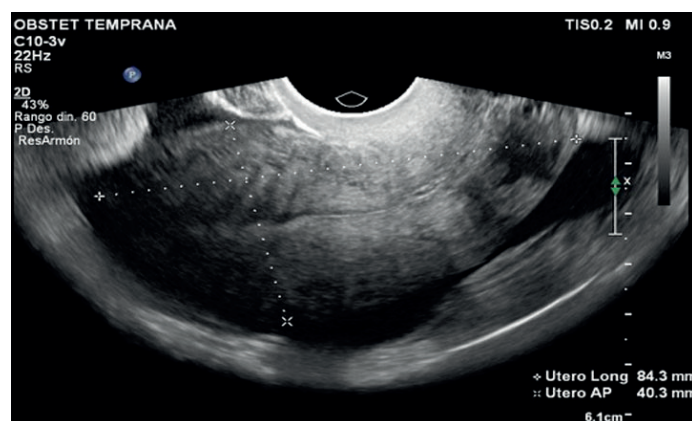


Figura 1. Ecografía pélvica transvaginal con útero en anteversoflexión de 84 × 40 × 40 mm, con abundante líquido libre, endometrio de 3.2 mm y ausencia de saco gestacional intrauterino.

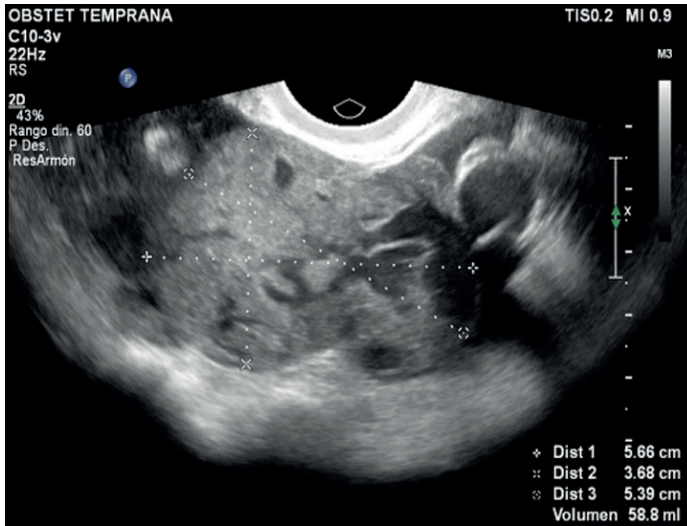


Figura 2. Proyección del anexo derecho con identificación de una masa irregular heterogénea, de ecogenicidad mixta, con áreas ecogénicas y anecoicas, de 56 x 36 x 53 milímetros (volumen: 58 mililitros).

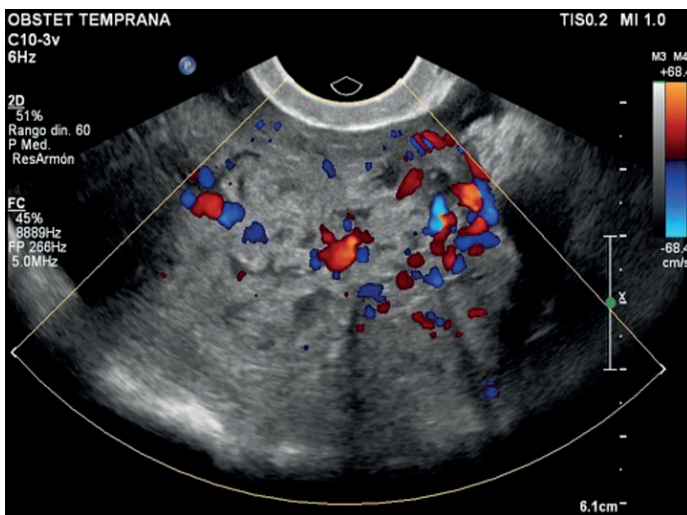


Figura 3. Anexo derecho con identificación de una masa irregular heterogénea, de ecogenicidad mixta marcada con captación al Doppler color.

Si bien los valores de gonadotropina coriónica humana subunidad beta eran elevados, ante la ausencia de otros hallazgos clínicos e imagenológicos sugerentes de otra afección, se decidió la laparotomía exploradora. Durante el procedimiento se evidenció el embarazo ectópico intersticial en la porción intramural de la tuba uterina derecha, con pérdida de integridad, afectación del ligamento ancho y del cuerno uterino ipsilateral, además de hemoperitoneo de 500 cm². Se indicó la salpingooforectomía unilateral por hemorragia de difícil control y reparación del cuerno uterino afectado. A las 24 horas, por evolución posoperatoria adecuada, la paciente se dio de alta y regresó a su lugar de residencia rural. No se hizo seguimiento de la gonadotropina coriónica humana subunidad beta ni asistió al control posoperatorio indicado. Cuatro semanas después de la consulta inicial reingresó al hospital de tercer nivel por sangrado vaginal abundante, intermitente y fétido, de aproximadamente 20 días de evolución. Al ingreso se encontró con hipotensión, taquicardia y anemia aguda, con hemoglobina de 6.9 g/dL, corregida con transfusión de hemoderivados.

Posterior a la estabilización inicial, el examen físico mostró una zona indurada en la cara lateral derecha de la vulva y la vagina, que ponía en riesgo toda la pared anterior vaginal hasta el fondo de saco de Douglas. Estaba ulcerada, de aproximadamente 9 cm y con sangrado constante. La herida quirúrgica abdominal se encontraba en proceso de cicatrización, sin signos inflamatorios ni sugerentes de infección. Los estudios complementarios mostraron gonadotropina coriónica humana subunidad beta de 591.620 mIU/mL. La ecografía pélvica transvaginal reportó útero con endometrio de 7 mm, sin hallazgos pélvicos adicionales, y una tumoración vulvar derecha nodular heterogénea de 67 x 38 mm, con sangrado superficial y alta vascularización al Doppler color.

Por el comportamiento clínico y la sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional, se revisó el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica inicial, correspondiente al embarazo ectópico intersticial. Este informó neoplasia proliferativa con pleomorfismo alto, áreas de necrosis y ausencia de vellosidades, compatible con coriocarcinoma. No se procesaron la inmunohistoquímica ni la genotipificación. Al día siguiente se efectuaron estudios de extensión para evaluar la afectación metastásica. La radiografía de tórax mostró consolidaciones pulmonares bilaterales quizá metastásicas (**Figura 4**). La resonancia magnética nuclear cerebral simple evidenció una lesión inespecífica de sustancia blanca supratentorial y eventos isquémicos subagudos infra y supratentoriales, sugerentes de enfermedad isquémica cardioembólica y metastásica. Además, se identificó una lesión compatible con isquemia subaguda en el ganglio basal derecho y otras lesiones hiperintensas en distintos territorios, sugerentes de enfermedad metastásica. **Figura 5**

La TAC de tórax reportó múltiples imágenes en “bala de cañón”, compatibles con probable proceso infiltrativo metastásico (**Figura 6**). La TAC de abdomen y pelvis mostró una imagen con aspecto de masa y degeneración quística

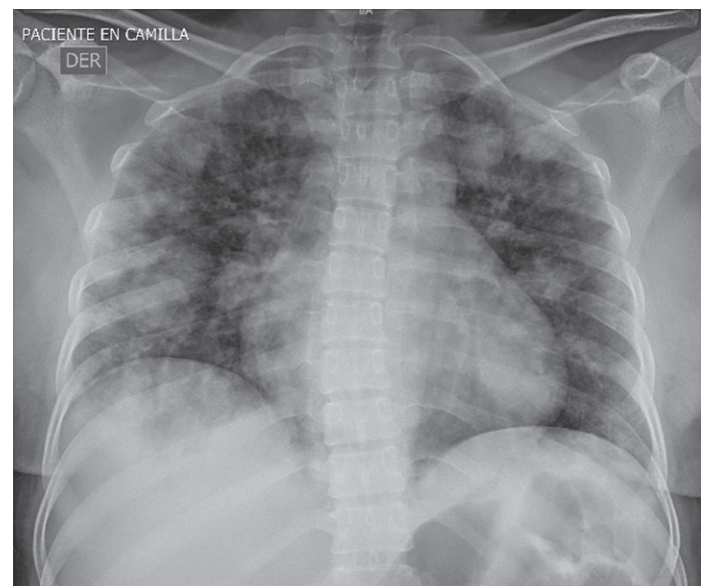


Figura 4. Radiografía de tórax donde se advierten las consolidaciones pulmonares bilaterales quizá metastásicas.

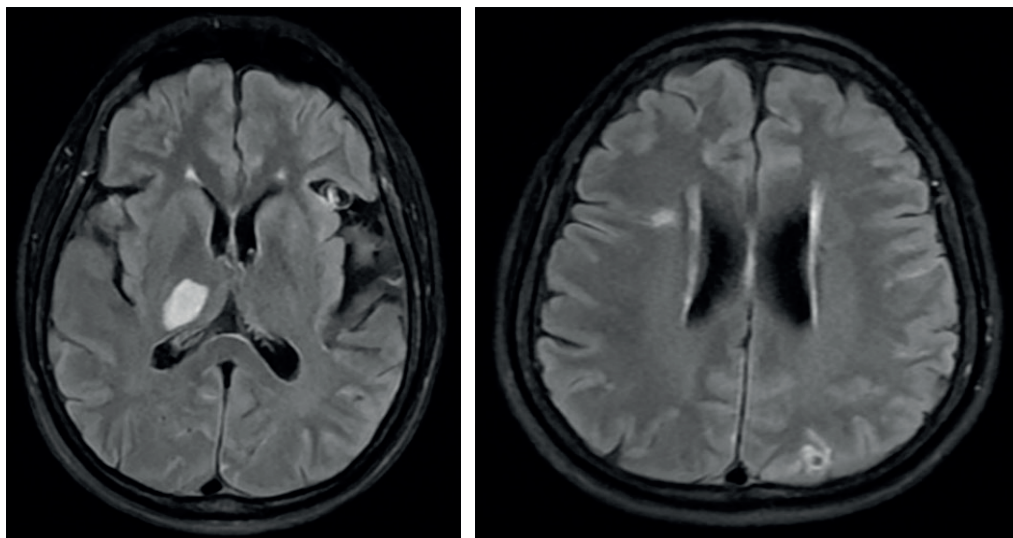


Figura 5. Resonancia magnética nuclear cerebral simple que evidencia la lesión inespecífica de la sustancia blanca supratentorial y eventos isquémicos subagudos infra y supratentoriales, sugerentes de enfermedad isquémica cardioembólica y metastásica. Identificación de una lesión compatible con isquemia subaguda en el ganglio basal derecho y otras lesiones hiperintensas en distintos territorios, sugerentes de enfermedad metastásica.

anterior a la vejiga, así como engrosamiento de las paredes del recto, sin descartar daño cervical (**Figura 7**). Con estos hallazgos se configuró el diagnóstico de coriocarcinoma metastásico con afectación cerebral, pulmonar y vulvar, estadio IV de la FIGO, con puntuación de 16 puntos según el sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Organización Mundial de la Salud: edad mayor de 40 años (1 punto), embarazo previo en categoría aborto (1 punto), gonadotropina coriónica humana mayor de 100,000 unidades internacionales por mililitro antes del tratamiento (4 puntos), tumor mayor de 5 centímetros (2 puntos), más de 8 metástasis (4 puntos), daño cerebral y hepático (4 puntos) y ausencia de quimioterapia previa (0 puntos). Por lo anterior, requería terapia multimodal (**Cuadros 1 y 2**).

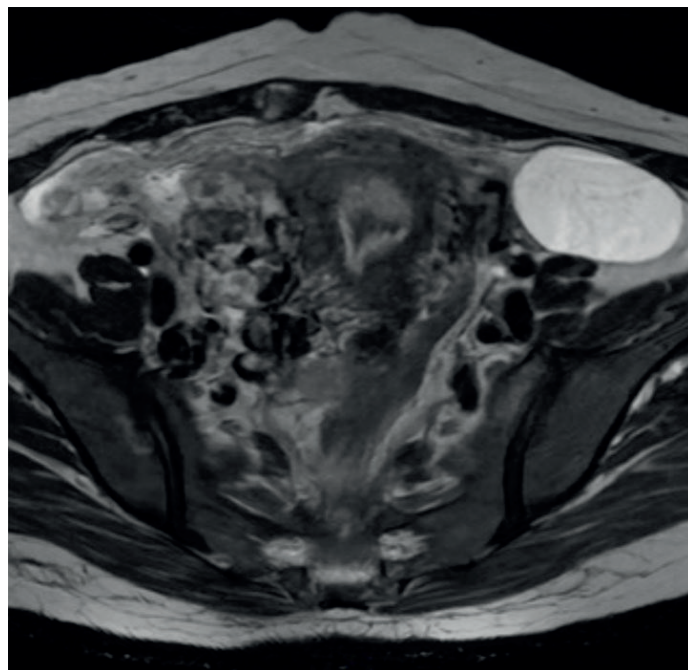


Figura 7. TAC de abdomen y pelvis con aspecto de masa y degeneración quística anterior a la vejiga, engrosamiento de las paredes del recto, sin descartar daño cervical.

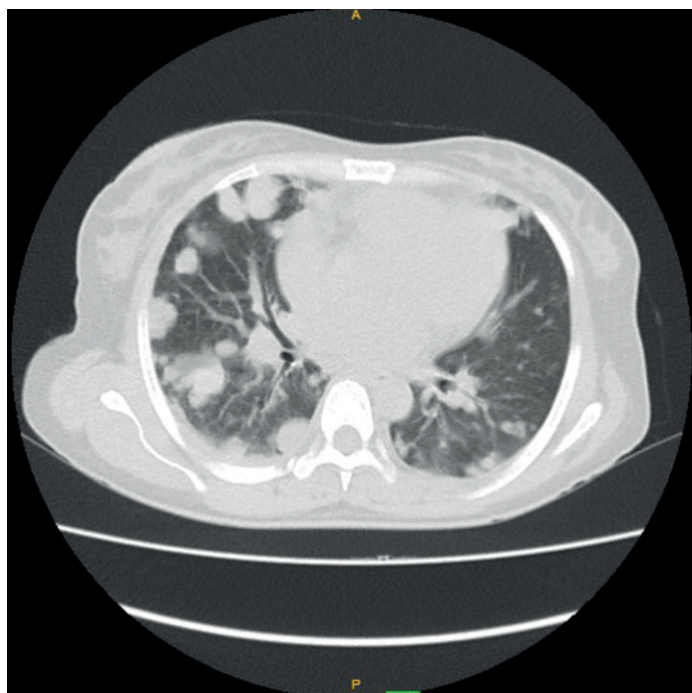


Figura 6. TAC de tórax con múltiples imágenes en "bala de cañón", compatibles con probable proceso infiltrativo metastásico.

Durante la hospitalización, dos días después del segundo ingreso, tuvo deterioro clínico y hemodinámico, con necesidad de oxígeno suplementario y soporte en unidad de cuidados intensivos, lo que impidió iniciar el tratamiento oncológico. Cinco días después de la estabilización la paciente fue remitida a ginecología oncológica para atención integral en otra institución. El seguimiento clínico desde el inicio fue limitado por barreras geográficas, sociales y de acceso a la atención. La paciente se dio de alta sin haber iniciado el tratamiento oncológico debido a su condición crítica y a la falta de recursos institucionales para la atención especializada. Fue trasladada a un centro oncológico en malas condiciones generales, con pronóstico reservado; se desconoce el desenlace final.

Cuadro 1. Score FIGO/OMS modificado de la paciente

Score	0	1	2	4
Edad	Más de 40			
Embarazo previo	Aborto			
Meses de intervalo a partir del embarazo índice	Menos de 4			
hCG sérica (UI/mL) previa al tratamiento	Más de 100.000			
Tamaño del tumor más grande	Mayor de 5 cm			
Sitio de metástasis	Cerebro			
Cantidad de metástasis	Más de 8			
Quimioterapia previa	0			

Cuadro 2. Línea de tiempo

Fecha	Eventos
02/11/2024	Inicio de los síntomas: sangrado vaginal, dolor pélvico y lumbar
07/11/2024	Consulta inicial: paciente de 47 años, con antecedente de 14 embarazos, 9 partos, 4 abortos y 8M1, proveniente de la zona rural, sin aparentes antecedentes médicos de relevancia, último parto aparentemente hacía 1 año. La paciente no recordó la fecha exacta, sin antecedente de embarazo o pérdidas gestacionales recientes. En la valoración clínica y estudios paraclínicos iniciales se reportó una β -hCG cuantitativa de 540570 mUI/mL.
08/11/2024	En la ecografía obstétrica transvaginal en la proyección del anexo derecho se identificó una tumoración irregular heterogénea de ecogenicidad mixta, con áreas ecogénicas y anecoicas en su interior, de 56 x 36 x 53 mm (Vol 58 mL), y con importante captación al flujo de Doppler color. El ovario izquierdo tuvo un volumen de 1.3 cc y líquido libre perianexial, además de líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Los hallazgos sugerían un embarazo ectópico intersticial derecho. Laparotomía exploratoria: salpingooforectomía unilateral y reparación del cuerno uterino afectado.
09/11/2024	Alta del hospital
24/11/2024	Inicio de nuevos síntomas: sangrado vaginal abundante, de mal olor y fiebre subjetiva
14/12/2024	Reingreso a la institución y toma de pruebas de laboratorio: reingresó por urgencia vital por síntomas de bajo gasto, pruebas de laboratorio: anemia aguda por concentraciones de hemoglobina en 6.9 g/dL, β -hCG en 591620 mUI/mL
15/12/2024-17/12/2024	Toma de estudios complementarios y valoración multidisciplinaria: ecografía ginecológica pélvica transvaginal, radiografía de tórax, resonancia magnética cerebral simple, TAC de tórax, abdomen y pelvis. Valoración por oncología clínica, medicina interna, neurología y neumología. Reporte de patología: neoplasia proliferativa con pleomorfismo alto, con áreas de necrosis y ausencia de vellosidades, compatible con coriocarcinoma.
15/12/2024	Inicio de trámite de remisión a ruta oncológica
16/12/2024	Ingreso a la unidad de cuidado intermedio
16/12/2024-30/12/2024	Durante la hospitalización requirió oxígeno suplementario, tratamiento con hierro sacarosa, por persistencia del sangrado vaginal. Cuadros de amenización intensiva tratados con transfusión de hemoderivados en 3 ocasiones (15/12/2024-27/12/2024-30/12/2024), en total 5 unidades de glóbulos rojos, malas condiciones generales, dolor oncológico persistente y fiebre, en tratamiento multimodal con terapias de soporte, sin posibilidad de inicio del tratamiento oncológico
30/12/2024	Se envió a la paciente a un centro oncológico, en malas condiciones

La evolución clínica permitió reconocer retrospectivamente que los títulos muy elevados de gonadotropina coriónica humana subunidad beta, la ausencia de saco intrauterino y la progresión metastásica posterior constituían elementos de alarma para enfermedad trofoblástica gestacional desde la primera atención.

DISCUSIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional puede evolucionar desde formas benignas hasta neoplasias con potencial invasivo y metastásico. En este espectro, el coriocarcinoma gestacional destaca por su rápido avance, elevación persistente de gonadotropina coriónica humana subunidad beta

y capacidad de diseminación temprana, características que explican la dificultad diagnóstica observada en casos extrauterinos.

La epidemiología varía según la ubicación geográfica. En Estados Unidos, la incidencia aproximada es de 1 por cada 1000 embarazos, y 1 por cada 40,000 corresponde a coriocarcinoma; en Latinoamérica se ha estimado alrededor de 1 caso por cada 1000 embarazos. Entre los principales factores de riesgo se encuentran los extremos de la edad materna, menor de 20 años o mayor de 39 años; el antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional; mayor volumen de tejido trofoblástico al momento del tratamiento; y concentraciones de gonadotropina coriónica

humana subunidad beta superiores a 100,000 mIU/mL. En la paciente descrita, la edad mayor de 40 años y los títulos marcadamente elevados de gonadotropina coriónica humana subunidad beta reforzaban la necesidad de sospechar enfermedad trofoblástica gestacional desde la valoración inicial.

El coriocarcinoma se caracteriza por proliferación de trofoblasto, citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto anormales, con necrosis, hemorragia, ausencia de vellosidades coriónicas y atipia citológica frecuente. Puede ser no gestacional, originado en células germinales, o gestacional, derivado del trofoblasto y asociado con un evento obstétrico. Desde el punto de vista clínico, la forma gestacional se distingue por invasión rápida, metástasis tempranas y concentraciones persistentemente elevadas de gonadotropina coriónica humana subunidad beta; el diagnóstico definitivo se establece con base en el estudio histopatológico.

La mayoría de los casos ocurre después de una mola hidatiforme; el 25% aparece posterior a un aborto, el 22.5% después de un embarazo normal y el 2.5% luego de un embarazo ectópico. Estas tasas quizá están subestimadas por los pocos casos publicados y la baja frecuencia de la enfermedad. Además, el daño metastásico es frecuente: los pulmones son los órganos más afectados (80%), seguidos por la vagina (30%), la pelvis (20%), el hígado (10%) y el cerebro (10%).

El embarazo ectópico intersticial ocurre cuando la implantación se localiza en la porción intramural de la trompa uterina, cerca de la unión útero-tubárica. De forma histórica, estas gestaciones se han denominado de manera incorrecta embarazos ectópicos cornuales; sin embargo, este término debe reservarse para los embarazos que ocurren en uno de los cuernos de un útero bicornue o en la porción superior y lateral de la cavidad uterina de un útero con anatomía normal. Su mortalidad puede alcanzar incluso siete veces más y la ruptura uterina incluso el 20%, en parte por la dificultad diagnóstica.^{12,13} Los principales hallazgos ecográficos incluyen saco gestacional excéntrico localizado en la porción intersticial de la trompa, separado del fondo uterino, rodeado por miometrio delgado y con cavidad endometrial vacía. También se describen el signo de la línea intersticial, una línea ecogénica que conecta el saco con el endometrio, y el aumento de la vascularización peritrofoblástica.¹⁴

El diagnóstico del coriocarcinoma extrauterino sigue siendo un reto por la inespecificidad de los síntomas. Su presentación clínica puede simular un embarazo ectópico, con dolor pélvico, sangrado vaginal, dispareunia, masa palpable y, en casos de ruptura, choque hipovolémico.¹⁵ Además, la apariencia ecográfica típica del coriocarcinoma intrauterino no suele observarse en la localización extrauterina, lo que dificulta el diagnóstico. Por esta razón, las mediciones seriadas de gonadotropina coriónica humana subunidad beta son esenciales para el diagnóstico y el seguimiento. La detección temprana es decisiva para mejorar el pronóstico porque la enfermedad metastásica puede manifestarse de forma tardía y las hemorragias secundarias a metástasis son una causa importante de mortalidad.^{16,17}

Los casos publicados permiten contextualizar esta presentación y muestran un patrón común: diagnóstico inicial de embarazo ectópico intersticial, títulos de gonadotropina coriónica humana subunidad beta que no descienden como se esperaba y confirmación histológica posterior de coriocarcinoma.

En la paciente del caso, las concentraciones marcadamente elevadas para una gestación temprana debieron interpretarse como un signo de alarma para sospechar enfermedad trofoblástica gestacional. En la bibliografía se identificaron tres casos adicionales de coriocarcinoma gestacional posterior a embarazo ectópico intersticial.

El primero correspondió a una paciente de 46 años con dolor abdominal luego de siete semanas de amenorrea, ecografía transvaginal con masa ecogénica intramural en el lado izquierdo del fondo uterino y gonadotropina coriónica humana subunidad beta de 6320 mIU/mL. Se diagnosticó embarazo ectópico intersticial y se administró metotrexato en dosis única; sin embargo, ante el aumento de la gonadotropina coriónica humana subunidad beta, se realizó laparoscopia con resección de la masa.

La concentración continuó en ascenso, la paciente tuvo inestabilidad hemodinámica y requirió histerectomía de urgencia. El estudio histológico confirmó un coriocarcinoma confinado al miometrio, sin metástasis. Recibió quimioterapia con metotrexato y seguimiento estrecho; a los dos años permanecía libre de enfermedad.¹⁷

El segundo caso fue el de una paciente caucásica de 27 años, con dos embarazos previos, un parto, un hijo vivo, con dolor abdominal agudo. La ecografía transvaginal mostró líquido libre intraabdominal hacia el anexo derecho y la β hCG de 23.397 mIU/mL. Se practicó la laparoscopia diagnóstica con resección cornual abierta por sospecha de embarazo intersticial derecho.

El estudio histológico reveló trofoblastos vellosos con núcleos grandes y pleomórficos, compatibles con coriocarcinoma. Luego de una disminución inicial, la gonadotropina coriónica humana subunidad beta aumentó de nuevo y la tomografía evidenció metástasis pulmonares. Se diagnosticó neoplasia trofoblástica gestacional estadio III, puntuación de 4 según la Organización Mundial de la Salud.

Recibió metotrexato, con normalización de la gonadotropina coriónica humana subunidad beta después de dos ciclos; completó cinco ciclos y permaneció libre de enfermedad al cabo de 18 meses de seguimiento.¹¹

El tercer caso correspondió a una paciente de 38 años, multigesta, con antecedente de embarazo ectópico tratado ocho meses antes con metotrexato, sin seguimiento posterior de β -hCG. Consultó por dolor abdominal y una concentración de 78.465 UI/L; la ecografía transvaginal mostró una tumoración cornual izquierda de 5.6 cm con hipervascularidad periférica y hemorragia subserosa.

Se administró una nueva dosis de metotrexato, sin descenso de la β -hCG, por lo que se procedió a la laparoscopia.

pia con histerectomía total abdominal y salpingectomía bilateral. Tres semanas después, la paciente regresó con sangrado vaginal y una tumoración ulcerada en la pared vaginal izquierda, cuya biopsia informó coriocarcinoma metastásico.

Los estudios de imagen mostraron metástasis pulmonares; se clasificó como alto riesgo, con puntuación de 8 según la OMS y recibió quimioterapia combinada con etopósido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida y vincristina. En conjunto, estos reportes coinciden en que la falta de descenso o el aumento posterior de la β -hCG luego del tratamiento inicial del embarazo ectópico debe motivar la revisión histopatológica, búsqueda de enfermedad metastásica y remisión temprana al tratamiento oncológico.¹⁸

A partir de esta sospecha diagnóstica, el tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional asociada con embarazos ectópicos intersticiales se inicia con el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico. Enseguida, la quimioterapia constituye la base del tratamiento del coriocarcinoma gestacional, que se define según el riesgo individual. La estadificación se determina con el sistema de FIGO 2000, y la estratificación del riesgo con la puntuación de la FIGO y OMS (**Cuadro 1**). Este sistema clasifica a las pacientes en bajo o alto riesgo y orienta la elección del tratamiento. Para pacientes de bajo riesgo se recomienda metotrexato asociado con leucovorina o actinomicina D. Para pacientes de alto riesgo se indica tratamiento multimodal. El esquema más indicado es etopósido, metotrexato y dactinomicina alternados con ciclofosfamida y vincristina. Incluso ante metástasis. Este procedimiento puede lograr la eliminación de la enfermedad, preservar la fertilidad y mejorar el pronóstico. La histerectomía puede considerarse en pacientes de bajo riesgo sin deseo de fertilidad; sin embargo, en casos de alto riesgo con metástasis no mejora el pronóstico y su indicación debe individualizarse. Si bien el coriocarcinoma gestacional metastásico es una neoplasia agresiva y potencialmente mortal, el tratamiento oportuno se asocia con pronóstico favorable, supervivencia global del 85 al 90% y tasas de curación del 91 al 93% con terapia multimodal, con mortalidad materna menor del 10%.

CONCLUSIÓN

Este caso de coriocarcinoma gestacional metastásico asociado con embarazo ectópico intersticial resalta la importancia del diagnóstico oportuno. Ante una gestación temprana con concentraciones marcadamente elevadas de β -hCG, masa intersticial y ausencia de saco gestacional intrauterino, debe considerarse la enfermedad trofoblástica gestacional como diagnóstico diferencial, incluso cuando la presentación clínica simule un embarazo ectópico roto. La revisión histopatológica temprana de la pieza quirúrgica y el seguimiento seriado de la β -hCG son esenciales para detectar avance, iniciar el tratamiento oportuno y reducir el riesgo de enfermedad metastásica avanzada.

DECLARACIONES

Agradecimientos

A la paciente y al equipo de Medicina Materno-fetal.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener algún conflicto de interés financiero o personal que pudiera influir en la realización de la investigación y los resultados reportados en este artículo.

Financiamiento

Este trabajo no recibió financiamiento específico.

Uso de IA

Solo se utilizó para verificar las cuestiones estadísticas.

Declaración de derechos humanos y de animales

No se hicieron intervenciones experimentales en seres humanos ni animales. El caso fue elaborado a partir de información clínica retrospectiva, con aval del comité de ética institucional.

Consentimiento informado

El caso fue evaluado por el comité de ética institucional, que otorgó aval para su publicación y eximió la obtención de consentimiento informado debido a la imposibilidad documentada de contactar a la paciente o familiares responsables. El manuscrito fue elaborado con eliminación de datos identificables y conforme a los principios de confidencialidad, respeto a la dignidad de la paciente y normativa local vigente.

Aprobación ética

Cuenta con aprobación por parte de la institución, cumpliendo con los requisitos de investigación; se cumplieron la Declaración de Helsinki y la normativa local.

Contribuciones de autoría

Diseño del caso: Laura Cristina Perea Padilla, Natalia Torres Valencia. Redacción y revisión crítica: Laura Cristina Perea Padilla, Juliana Arce Cuervo, Natalia Andrea Torres Valencia, Cristian Fernando Hincapie Porras, Leidy Alexandra Guzmán Polania. Aprobación final: Laura Cristina Perea Padilla, Juliana Arce Cuervo, Natalia Andrea Torres Valencia, Cristian Fernando Hincapie Porras, Leidy Alexandra Guzmán Polania.

REFERENCIAS

1. Lv L, Yang K, Wu H, et al. Pure choriocarcinoma of the ovary: a case report. *J Gynecol Oncol* 2011; 22 (2): 135-9. <https://doi.org/10.3802/jgo.2011.22.2.135>
2. Bogani G, Ray I, Mutch D, Vergote I, et al. Gestational choriocarcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2023; 33 (10): 1504-1514. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004704>
3. Camilleri G, Calleja J, Said E. Trophoblastic disease and choriocarcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2025; 51 (4): 108727. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2024.108727>
4. Mullany K, Minneci M, Monjaze R, et al. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's Health (Lond)* 2023; 19: 17455057231160349. <https://doi.org/10.1177/17455057231160349>
5. Lurain, J.R. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform

- mole. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 531-39. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.073>
6. Soper JT. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management. *Obstet Gynecol* 2021; 137 (2): 355-370. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004240>
7. Ubayasiri K, Hancock B, Duncan T. A case of primary choriocarcinoma of the fallopian tube. *J Obstet Gynaecol* 2010; 30 (8): 881-883. <https://doi.org/10.1031/09/01443615.2010.511729>
8. Gillespie AM, Lidbury EA, Tidy JA, et al. Clinical presentation, treatment, and prognosis of patients diagnosed with a possible ectopic molar gestation. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14: 366-69. <https://doi.org/10.1111/j.1048-891X.2004.014223.x>
9. Nayama M, Lucot JP, Boukerrou M, et al. Choriocarcinome tubaire: à propos d'un cas et revue de la littérature [Tubal choriocarcinoma: a case report and review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2007; 36 (1): 83-6. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2006.10.003>
10. Tasha I, Kroi E, Karameta A, et al. Prevalence of gestational trophoblastic disease in ectopic pregnancy. *J Prenat Med* 2010; 4 (2): 26-9. PMID: 22439057; PMCID: PMC3279171
11. Toal C, Garrett AA, Kostadinov S, et al. Gestational trophoblastic neoplasia presenting as an interstitial ectopic pregnancy. *Gynecol Oncol Rep* 2021; 37: 100813. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2021.100813>
12. Dhanju G, Goubbran A, Zimolag L, Chartrand R, et al. Distinguishing between cornual, angular and interstitial ectopic pregnancy: A case report and a brief literature review. *Radiol Case Rep* 2023; 18 (7): 2531-44. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2023.04.028>
13. Finlinson AR, Bollig KJ, Schust DJ. Differentiating pregnancies near the uterotubal junction (angular, cornual, and interstitial): a review and recommendations. *Fertil Res Pract* 2020; 6: 8. <https://doi.org/10.1186/s40738-020-00077-0>
14. Kampioni M, Chmaj-Wierzchowska K, Wszolek K, Wilczak M. Interstitial Ectopic Pregnancy-Case Reports and Medical Management. *Medicina (Kaunas)* 2023; 59 (2): 233. <https://doi.org/10.3390/medicina59020233>
15. Dagar M, Srivastava M, Ganguli I, et al. Interstitial and Cornual Ectopic Pregnancy: Conservative Surgical and Medical Management. *J Obstet Gynaecol India* 2018; 68 (6): 471-76. <https://doi.org/10.1007/s13224-017-1078-0>
16. Meddeb S, Rhim MS, Zarrouk W, et al. Unusual gestational choriocarcinoma arising in an interstitial pregnancy. *Int J Surg Case Rep* 2014; 5 (11): 787-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2014.08.025>
17. Najib FS, Bahrami S, Shiravani Z, et al. Choriocarcinoma in tubal pregnancy: A case report. *Clin Case Rep* 2023; 11 (10): e7977. <https://doi.org/10.1002/ccr3.7977>
18. Han V, Kaye S. A Rare Case of Gestational Choriocarcinoma Presenting as Cornual Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2018; 40 (3): 351-53. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.009>

REQUISITO PARA AUTORES

ORCID es un proyecto que tiene por objetivo proporcionar un identificador único y permanente para cada investigador, para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Por lo anterior, es requisito la inclusión de este identificador de autores en todos los artículos enviados para publicación en **Casos clínicos de GOM**.