



Revista médica de Panamá

CASOS DE INTERÉS QUIRÚRGICO

Manejo conservador de un tumor del sitio placentario y resultado obstétrico: Presentación de un caso.

[Conservative management of a placental site tumor and obstetric outcome: A case report]

Jorge Lasso-de-la-Vega ¹

1. Instituto Oncológico Nacional. Panamá.

Palabras Claves

tumor del sitio placentario, manejo conservador

Keywords:

Tumor of the placental site, conservative management

Correspondencia

Jorge Lasso de la Vega
jeldlvz@gmail.com

Recibido

10 de junio de 2026

Aceptado

28 de julio de 2026

Uso y reproducción

© 2025. Artículo de acceso abierto.
Creative Common CC-BY 4.0

DOI <https://doi.org/10.48204/medica.v46n2.a10291>

Resumen

Se trata de una paciente joven con Tumor del Sitio Placentario con deseos de fertilidad que fue manejada con poliquimioterapia a base de cisplatino con respuesta completa. Tuvo una hemorragia como resultado de la necrosis tumoral que pudo ser manejada con embolización, evitando una histerectomía. Después de 2 años de seguimiento, suspendió anticoncepción y logró embarazarse espontáneamente que terminó en cesárea electiva con un neonato sano a

Abstract

This is a young patient with a placental tumor who wished to become pregnant and was treated with cisplatin-based polychemotherapy, achieving a complete response. She experienced bleeding as a result of tumor necrosis, which was managed with embolization, thereby avoiding a hysterectomy. After 2 years of follow-up, she discontinued contraception and became pregnant spontaneously; the pregnancy concluded with an elective cesarean section, resulting in a healthy, full-term newborn.

Declaración de conflicto de intereses: El autor declara que no existe conflicto de interés alguno asociado en la publicación de este manuscrito.

CASO CLÍNICO

YLMC es una paciente femenina, oriunda y residente en Chiriquí, de 24 años de edad, estudiante universitaria, que presentó sangrado uterino anormal de dos meses de evolución en febrero de 2023, por lo que acudió al Hospital José D. de Obaldía (David, Chiriquí). Los hallazgos ecográficos fueron compatibles con embarazo molar, por lo que le realizaron una aspiración manual endouterina el 27 de febrero. La patología reportó “decidua y células multinucleadas del sitio de implantación”. Le iniciaron anticonceptivos orales y le dieron seguimiento mensual con bHCG. De 410 132 mUI/mL preevacuación, disminuyó a 2600 mUI/ml en marzo. En abril se elevó a 7200 y en junio a 9600 mUI/ml, por lo que la refirieron al Instituto Oncológico Nacional, donde se evaluó por primera vez el 17 de julio de 2023. La revisión de patología reportó “decidua y trofoblasto intermedio compatible con sitio de implantación sin evidencia de enfermedad trofoblástica gestacional”.

La paciente es tipo 0+, portadora de anemia falciforme, “alérgica al sulfato ferroso”. Tiene agenesia parcial del pabellón auricular derecho, por lo que le han realizado dos cirugías reconstructivas. Tuvo su menarquia a los 14 años. Presenta ciclos menstruales irregulares, con oligomenorrea intermitente y sangrados abundantes posteriores. Niega embarazos previos. Tiene anticoncepción irregular con métodos de barrera. No presenta antecedentes familiares relevantes.

Peso: 51,6 kg. Estatura: 159 cm. IMC: 20,41 kg/m². S.C.: 1,51 m². Presión arterial: 110/80 mmHg. FC: 72 lpm. ECOG 0. Buen estado general. No presenta alteraciones de la vagina ni del cuello uterino. No hay sangrado. El útero se palpa de aproximadamente 12 cm en retroversión, móvil y sin dolor.

La ecografía transvaginal al ingreso reportó un nódulo intramural corporal anterolateral

derecho de apariencia mixta (componente quístico y sólido multilobulado), con señal Doppler significativa y proyección hacia el endometrio, de 3,1 x 2,6 x 2,3 cm. Los ovarios eran normales. El endometrio medía 4,4 mm, sin contenido en la cavidad endometrial. La bHCG de ese día fue 6696 mUI/mL.

La paciente fue enfática en que deseaba conservar la fertilidad. Se analizó el caso con el oncólogo médico y, por la presentación clínica y pese al reporte de patología, se decidió manejarlo como un Tumor del Sitio Placentario (PSTT). Dada su localización intramural y la evidente vascularización de la lesión, el intento de cirugía conservadora con resección histeroscópica (9) no se consideró viable. Se planteó la poliquimioterapia como alternativa para intentar conservar el útero, de acuerdo con la respuesta, y la paciente aceptó los riesgos y condiciones. Se hospitalizó el 31 de julio para iniciar cisplatino 60 mg/m² + paclitaxel 135 mg/m² alternado con cisplatino-etopósido cada 2 semanas. La bHCG en ese momento era 5290 mUI/mL. La tomografía computada fue negativa para metástasis pulmonares. Recibió el primer ciclo sin complicaciones y se le dio de alta.

La bHCG del 14 de agosto disminuyó a 393 mUI/mL y la del 30 de agosto a 3,72 mUI/mL, por lo que se continuó el plan inicial ante la excelente respuesta.

El control ecográfico del 29 de septiembre reportó aumento de la vascularización, pero con disminución del tamaño y desaparición del componente quístico multilobulado central.

En su evaluación del 30 de octubre refirió una semana de sangrado vaginal importante. Al examen físico, era evidente sangrado activo a través del cuello uterino y la ecografía mostró un flujo Doppler muy aumentado. Se discutió la necesidad de realizar la histerectomía, pero esta vez por el sangrado activo.

Se hospitalizó para embolización arterial por radiología intervencionista con la intención de preservar el útero, en especial por la excelente respuesta a la quimioterapia. Se realizó la embolización el 1 de noviembre a través de la arteria femoral derecha hasta la arteria uterina, con cese del flujo en la masa.

El 8 de noviembre recibió el cuarto y último ciclo de quimioterapia.

La ecografía de control del 27 de diciembre solo definió una sutil área hipoeoica de 6 x 10 mm, de contornos parcialmente definidos, en la zona del fondo uterino. El ecoendometrial tenía espesor normal, por lo que se consideró respuesta completa.

En abril de 2025, después de completar casi dos años de seguimiento con bHCG sin evidencia de recurrencia, se recomendó que

ya podía suspender los anticonceptivos para buscar el embarazo que deseaba.

El 18 de septiembre de 2025 acudió al Hospital José D. de Obaldía por dolor pélvico y embarazo de 5 semanas, y le realizaron una laparotomía de urgencia, hallando discreto hemoperitoneo; fue dada de alta con diagnóstico de cuerpo lúteo hemorrágico.

El embarazo siguió sin complicaciones, pero se asoció a anemia que no respondió a hematínicos. Se realizó cesárea electiva a las 37 semanas, el 24 de abril de 2026, con nacimiento de un neonato masculino con APGAR 9/9 y peso de 3,9 kg. Se transfundió a la paciente 1 U de GRE por hemoglobina preoperatoria de 8 g/dL. Tuvo una recuperación adecuada y fue egresada sin complicaciones

DISCUSIÓN

El Tumor del Sitio Placentario (PSTT) es la forma más rara de neoplasia trofoblástica gestacional (GTN), representando apenas entre el 1% y el 3% de todos los casos de esta enfermedad (1). A diferencia del coriocarcinoma, el PSTT se origina en el trofoblasto intermedio del sitio de implantación y presenta características biológicas distintivas, como un crecimiento más lento, una menor producción de gonadotropina coriónica humana (hCG) y una marcada quimiorresistencia a los regímenes estándar basados en metotrexato (1,2,4).

Desafío diagnóstico

El caso de la paciente YLMC ilustra la complejidad diagnóstica del PSTT. Aunque este tumor suele seguir a un embarazo de término (61-75% de los casos), aproximadamente un 10-12% de los casos ocurre tras un embarazo molar (1,2), como se observó en esta paciente. Los niveles iniciales de hCG de la paciente (410 132 mUI/mL) eran inusualmente altos para un PSTT puro, lo que probablemente reflejaba el embarazo molar antecedente, ya que los

niveles típicos de PSTT rara vez superan los 100 000 mUI/mL. Además, la patología inicial reportó restos del sitio de implantación, un factor confusor común que puede dificultar el diagnóstico porque las lesiones se superponen morfológicamente con nódulos del sitio placentario o reacciones exageradas del sitio de implantación.

Manejo conservador y preservación de la fertilidad

El estándar de oro para el tratamiento del PSTT en estadio I es la histerectomía total, debido a la resistencia del tumor a la quimioterapia convencional (2,3,4). Sin embargo, dado que el tumor afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, la preservación de la fertilidad es una consideración crítica en pacientes seleccionadas (5,6,7,8).

En este caso, se optó por un enfoque conservador mediante poliquimioterapia (cisplatino, paclitaxel y etopósido). Aunque los regímenes como EMA-EP (etopósido, metotrexato, actinomicina-D, cisplatino) se consideran la primera línea para

enfermedad metastásica o de alto riesgo, el uso de platino es esencial debido a la biología del tumor (4,5,6,7,8). En 2026, Descargues y colaboradores del Centro de Referencia Francés de Enfermedades del Trofoblasto de Lyon (Francia) publicaron un caso de respuesta completa con inmunoterapia con pembrolizumab (10),

información a tomar en cuenta para casos futuros.

Un aspecto notable del manejo de esta paciente fue el uso de la embolización de la arteria uterina (UAE) para controlar el sangrado profuso causado por la necrosis tumoral, logrando el cese de la hemorragia.

RESULTADOS

Resultados obstétricos

El resultado obstétrico de este caso, con un embarazo espontáneo y el nacimiento de un neonato sano a término, es un éxito significativo que se suma a la limitada literatura sobre el tema. Estudios previos

han demostrado que las pacientes que logran una remisión completa con tratamiento conservador pueden tener gestaciones exitosas sin un riesgo aumentado de recurrencia, siempre que se realice un seguimiento estricto de la hCG y estudios de imagen

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Marquina G, Szewczyk G, Goffin F. The Rare of the Rarest: Placental Site Trophoblastic Tumor, Epithelioid Trophoblastic Tumor, Atypical Placental Site Nodule. *Gynecol Obstet Invest.* 2024;89:1-8.
- [2]. Feng X, Wei Z, Zhang S, Du Y, Zhao H. A Review on the Pathogenesis and Clinical Management of Placental Site Trophoblastic Tumors. *Front Oncol.* 2019;9:937.
- [3]. Lee HJ, Shin W, Jang YJ, et al. Clinical characteristics and outcomes of placental site trophoblastic tumor: experience of single institution in Korea. *Obstet Gynecol Sci.* 2018;61(3):319-327.
- [4]. Soper JT. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management. *Obstet Gynecol.* 2021;137:355-370.
- [5]. Shen X, Xiang Y, Guo L, et al. Fertility-Preserving Treatment in Young Patients With Placental Site Trophoblastic Tumors. *Int J Gynecol Cancer.* 2012;22:869-874.
- [6]. Numnum TM, Kilgore LC, Conner MG, Straughn JM Jr. Fertility sparing therapy in a patient with placental site trophoblastic tumor: A case report. *Gynecol Oncol.* 2006;103:1141-1143.
- [7]. De Nola R, Schönauer LM, Fiore MG, et al. Management of placental site trophoblastic tumor: Two case reports. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(48):e13439.
- [8]. Saso S, Haddad J, Ellis P, et al. Placental site trophoblastic tumours and the concept of fertility preservation. *BJOG.* 2012;119:369-374.
- [9]. Ngu SF, Ngan HYS. Surgery including fertility-sparing treatment of GTD. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021;74:97-108.
- [10]. Descargues P, Eiriksson LR, Rousset P, et al. Stage I placental site trophoblastic tumor with complete response after pembrolizumab. *Gynecologic Oncology Reports.* 2026;63:102023.