

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con coriocarcinoma en un hospital de Honduras, 2009-2022

Clinical-epidemiological characterization of patients with choriocarcinoma in a hospital in Honduras, 2009-2022

Jennifer Wagner Pereira¹  <https://orcid.org/0009-0005-2705-6770>, Christopher Abiel Reyes Hernández²  <https://orcid.org/0009-0006-6384-0260>, Ricardo Arturo Gutiérrez-Ramírez³  <https://orcid.org/0009-0001-0430-2474>, Elmer René Turcios Cadenas⁴  <https://orcid.org/0009-0000-8513-5606>, Carmen María Bethania Rosales Herrera⁴  <https://orcid.org/0009-0009-7005-7567>.

¹Hospital Escuela, Sala Labor y parto; Tegucigalpa, Honduras.

²Instituto Hondureño de Seguridad Social, Emergencia Ginecología y Obstetricia; Tegucigalpa, Honduras.

³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Ginecología y Obstetricia; Tegucigalpa, Honduras.

⁴Hospital General San Felipe, Departamento de Ginecología Oncológica; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: El coriocarcinoma es una neoplasia maligna del citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto, clasificada en gestacional, no gestacional e intraplacentaria. Sus factores de riesgo incluyen edad materna avanzada, antecedentes de mola hidatiforme y niveles elevados de Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (HCG). El diagnóstico se basa en HCG sérica e imagenología. Ante la inexistencia de estudios previos, esta investigación resulta crucial para el conocimiento sobre el coriocarcinoma en la población hondureña, permitiendo establecer un perfil epidemiológico local. **Objetivo:** Caracterizar las pacientes con coriocarcinoma en el Hospital General San Felipe durante 2009-2022. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo con 30 pacientes seleccionados de forma no probabilística. Se analizaron medidas de tendencia central, frecuencias, porcentajes y pruebas estadísticas (Kruskal-Wallis y Chi cuadrado). **Resultados:** La edad media fue 32.4 años; el 40% mayores de 35 años. Predominó en un 60% el origen rural. El 76.7% tuvo intervalos entre embarazos >12 meses. El 96.7% fueron coriocarcinomas gestacionales, con tumores >5 cm (63.3%) y niveles de HCG >100,000 UI/L. (70%). Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el 26.7% estaba en estadio IV; el 66.7% presentaba metástasis, principalmente pulmonar. Se demostró una asociación estadística directa entre niveles elevados de HCG y estadios avanzados de la clasificación FIGO ($p=0.044$). **Discusión:** Este estudio constituye la primera caracterización clínica del coriocarcinoma en Honduras. Los hallazgos permiten establecer relaciones clínicas relevantes para el pronóstico de esta enfermedad poco conocida. Se recomienda coordinar seguimientos específicos en pacientes con condiciones obstétricas de riesgo, especialmente en edades reproductivas límite y con HCG elevada. **Palabras clave:** Coriocarcinoma, Metástasis, Neoplasia maligna, Sobrevida.

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma es una neoplasia maligna que se encuentra en el grupo de las enfermedades trofoblásticas gestacionales que surge a través del desarrollo atípico de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto no veloso productor de Hormona Gonadotropina Coriónica (HCG).¹ Se puede clasificar en tres subtipos: 1) gestacional, cuando se desarrolla a partir de cualquier evento relacionado con el embarazo; 2) no gestacionales, derivados de células germinales o células somáticas (no relacionadas con embarazos anteriores); 3) intraplacentaria, definida por su presencia dentro de la placenta y correlacionada con el desarrollo de metástasis tanto en la madre como en el feto. El tipo no gestacional tiene peor pronóstico y es más resistente a la quimioterapia en comparación con el tipo gestacional.²


En Asia, la incidencia de coriocarcinoma es significativamente mayor, reportándose tasas de 9.2 y 3.3 por cada 40,000 embarazos en diferentes regiones del continente. Los antecedentes médicos de Mola Hidatiforme Completa (CHM), la edad materna avanzada, el uso prolongado de anticonceptivos orales y la ascendencia asiática representan factores de riesgo. El coriocarcinoma se asocia con sangrado vaginal, niveles elevados de β -hCG y presencia de hemorragia en sitios metastásicos. El diagnóstico y seguimiento se realizan midiendo los niveles de HCG en suero, que es un biomarcador estándar de oro. El análisis histopatológico y las pruebas de imagen también son muy utilizadas con fines diagnósticos.² En el contexto de América Latina, la incidencia del coriocarcinoma presenta variaciones

Recibido: 03-06-2025 Aceptado: 22-05-2026 Primera vez publicado en línea: 12-06-2026
Dirigir correspondencia a: Jennifer Wagner Pereira
Correo electrónico: jennwagner14@gmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Wagner-Pereira J, Reyes-Hernández CA, Gutiérrez-Ramírez RA, Turcios-Cadenas ER, Rosales-Herrera CMB. Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes con coriocarcinoma en un hospital de Honduras, 2009-2022. Rev Méd Hondur. 2026; 94(1). Xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v94i1.23038>

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

significativas asociadas a factores socioeconómicos y al acceso a programas de vigilancia prenatal. Estudios realizados en la región sugieren que, aunque la incidencia es menor que en los países del sudeste asiático, existe una proporción considerable de diagnósticos en estadios avanzados debido a la fragmentación en el seguimiento post evacuación de mola hidatiforme. En países con sistemas de salud similares al de Honduras, se ha observado que la falta de protocolos de monitoreo de HCG en áreas rurales contribuye a una presentación clínica más agresiva y con mayor compromiso metastásico al momento del ingreso hospitalario.

Aproximadamente el 50% de casos de coriocarcinoma están precedidos de embarazos tipo molar (mola hidatiforme), de igual manera, otras anomalías del embarazo como el aborto se observan en otro 25% de casos.^{3,4} Factores como la edad (extremos en edad reproductiva), raza, dieta y estado socioeconómico influyen en la incidencia de estas enfermedades trofoblásticas, es debido a esto, que existe una notable diferencia en las cifras entre países de primer y tercer mundo.⁵⁻⁸ Además, niveles elevados de la HCG están asociados a un mayor crecimiento uterino en menos tiempo como resultado del crecimiento acelerado del trofoblasto (niveles > 100,000 UI/L).^{6,7} Asimismo, existe una relación directamente proporcional entre la presencia de niveles elevados de HCG, el riesgo de múltiples metástasis y desarrollar quimio resistencia, dando como resultado un pronóstico reservado con menores niveles de supervivencia.⁹ En relación a la supervivencia, el coriocarcinoma gestacional tiene altos índices de remisión, aproximadamente 90%, el riesgo de desarrollar resistencia a la quimioterapia se evalúa mediante la puntuación de riesgo de la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), para toma de decisiones terapéuticas y estimación de pronóstico.^{10,11}

Existen múltiples publicaciones sobre estudios referentes a esta temática en distintas regiones del mundo, sin embargo, en Honduras existe un vacío de información estadística y clínica. Este estudio no solo es pionero, sino que es fundamental para establecer un perfil epidemiológico local que permita estandarizar el manejo de estas pacientes en el país por lo que, este estudio es una necesidad evidente, cuyo objetivo es caracterizar las pacientes con coriocarcinoma en el Hospital General San Felipe en los años 2009-2022 con el propósito de sentar precedentes con relación al pronóstico y brindar recomendaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, revisando los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de coriocarcinoma atendidas en el Hospital General San Felipe en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras, durante el período 2009-2022. Se trabajó con la totalidad de pacientes en el período recién descrito con diagnóstico confirmado de coriocarcinoma. Como criterio de inclusión se estableció mujeres con diagnóstico de coriocarcinoma que pertenecían al área de influencia geográfica del Hospital General San Felipe, 2009-

2022 y el criterio de exclusión fue que los expedientes clínicos estuvieran incompletos.

Para la recolección de datos se diseñó y empleó a propósito una lista de chequeo estructurada en 20 ítems. Este instrumento fue aplicado de forma manual mediante formularios impresos durante la revisión exhaustiva de expedientes clínicos. Su estructura se organizó en secciones alineadas con los objetivos del estudio, abarcando sistemáticamente las siguientes variables: 1) sociodemográficas; 2) antecedentes obstétricos; 3) características del coriocarcinoma (clínicas, diagnósticas y patológicas); 4) tratamiento instaurado; 5) factores pronósticos; y 6) seguimiento y supervivencia.

El análisis estadístico se realizó utilizando Microsoft Excel 2019 y el paquete estadístico SPSS versión 27.0. Se emplearon medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias y porcentajes, pruebas de Kruskal Wallis (elegida para comparar las medianas de la edad entre los diferentes estadios FIGO, ya que la variable de clasificación FIGO es ordinal y la distribución de la edad no fue normal) y Chi cuadrado para analizar los resultados. La significación estadística se estableció en un valor de $p < 0.05$. Previo a la recolección de datos, se gestionó la solicitud de permiso para acceder a los expedientes mediante una nota dirigida a las autoridades respectivas de las instituciones seleccionadas. Se aseguró la confidencialidad de la información de los pacientes, siguiendo las directrices del Código de Helsinki. El comité de ética de investigación biomédica revisó y aprobó el protocolo de investigación, estando registrado bajo el número IRB 00003070 083-2024.

RESULTADOS

Se analizaron 30 pacientes con diagnóstico de coriocarcinoma. La media de edad fue de 32.4 ± 10.3 años; el grupo etario predominante fue el de 21 a 35 años (46.7%), seguido por las mayores de 35 años (40%). En cuanto a la procedencia, 18 (60%) de las pacientes residía en áreas rurales y el 40% en áreas urbanas. La totalidad de la muestra se autoidentificó como mestiza (**Cuadro 1**).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las pacientes con coriocarcinoma en el Hospital General San Felipe, del período 2009-2022. n=30.

Características Sociodemográficas	n	(%)
Edad (años)		
Media $32.4 \pm DE 10.3$		
≤ 20	4	(13.3)
21 a 35	14	(46.7)
> 35	12	(40.0)
Procedencia		
Urbana	12	(40.0)
Rural	18	(60.0)
Etnia		
Mestiza	30	(100.0)

DE: desviación estándar.

Cuadro 2. Características obstétricas de las pacientes con coriocarcinoma del Hospital General San Felipe, del período 2009-2022. n=30.

Características ginecobstétricas ¹	n	(%)
Gestas		
Mediana (Rango) 2 (1 - 10)		
Partos		
Mediana (Rango) 1 (0 - 8)		
Intervalo entre embarazos		
> 12 meses	23	(76.7)
No aplica	7	(23.3)
Embarazos a término previos		
Sí	22	(73.3)
Abortos		
Sí	8	(26.7)
Embarazo molar		
Sí	21	(70.0)
No	9	(30.0)
Extremos de edad reproductiva (<18 o >35 años)		
Sí	11	(36.7)
HCG elevada (>100,000 UI/L)		
Sí	21	(70.0)

HCG: gonadotropina coriónica humana.

Cuadro 3. Características histopatológicas del coriocarcinoma en las pacientes del Hospital General San Felipe, del período 2009-2022. n=30.

Características histopatológicas ¹	n	(%)
Tamaño tumoral en estudios de imagen		
Menor a 3 cm	11	(36.7)
Mayor a 5 cm	19	(63.3)
Clasificación FIGO		
Estadio I	10	(33.3)
Estadio II	2	(6.7)
Estadio III	10	(33.3)
Estadio IV	8	(26.7)
Número de metástasis		
0	10	(33.3)
1-4	20	(66.7)
Sitios de metástasis		
Pulmón	15	(50.0)
Hígado – SNC	5	(16.7)
Retroperitoneo	3	(10.0)
Vagina	2	(6.7)
Monoterapia		
Sí	11	(36.7)
No	19	(63.3)
Terapia combinada		
Sí	18	(60.0)
No	12	(40.0)
Quimioterapia fallida		
Sí	5	(16.7)
No	25	(83.3)

cm: centímetros, FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, SNC: Sistema nervioso central.

Con relación a los antecedentes obstétricos y marcadores: 23 (76.7%) presentó un intervalo intergenésico mayor a 12 meses. Respecto a los antecedentes del embarazo previo, 21 (70%) de los casos fueron precedidos por un embarazo molar, mientras que el 22 (73.3%) de las pacientes tenían historia de embarazos a término. Se identificó que el 11 (36.7%) de la cohorte se encontraba en los extremos de la edad reproductiva (<18 y >35 años). Asimismo, 21(70%) de las pacientes ingresó con niveles críticos de HCG (>100,000 UI/L) (**Cuadro 2**).

El 100% de los casos correspondió a coriocarcinoma de tipo gestacional, 19 (63.3%) de los tumores presentaron un tamaño superior a 5 cm en los estudios de imagen. Según la clasificación FIGO, la mayoría de las pacientes se diagnosticaron en estadios avanzados: En estadio III, 10 pacientes (33.3%) y 8 pacientes en estadio IV (26.7%), sumando un 60% de la muestra con enfermedad extendida (**Cuadro 3**).

Se identificó actividad metastásica en 20 pacientes (66.7%) de los casos, con una presencia de 1 a 4 focos secundarios. El sitio de metástasis más frecuente fue el pulmón (50%), seguido por hígado y sistema nervioso central (16.7%). Finalmente, al evaluar la relación entre la edad y la severidad de la enfermedad mediante la prueba de Kruskal-Wallis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mediana de edad entre los distintos estadios FIGO ($H = 3.22, p = 0.359$) (**Cuadro 4**).

DISCUSIÓN

En el presente estudio sobre las características sociodemográficas de las pacientes con coriocarcinoma, se encontró que la media de edad era de 32.4 años, con un 13.3% de las pacientes menores de 20 años, el 46.7% entre 21 y 35 años, y el 40% mayores de 35 años. La procedencia rural fue predominante, con un 60% de las pacientes, y todas las participantes eran de etnia mestiza. En comparación, con el estudio realizado en el 2022 por Nasr et al. en Arabia Saudita, en el cual se evaluó a 353 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional, encontrando que la edad de las pacientes oscilaba entre los 21 y 55 años. Este estudio sistemático destacó que los factores de riesgo más comunes incluían un estado socioeconómico bajo, mujeres multíparas, abortos previos e hipertensión. Además, se observó una disminución en la prevalencia de coriocarcinoma en Arabia Saudita, atribuida a mejoras sociomédicas.¹²

Los resultados de este estudio reportan que el coriocarcinoma gestacional se manifiesta en su mayoría con tumores mayores a 5 cm (63.3%). Esto se alinea con el estudio de 2021 realizado por Ghosh et al.¹³ en el Tata Medical Center, India, donde también se observó una alta incidencia de tumores grandes. Lo encontrado en esta serie de casos en relación con los estadios FIGO III y IV reporta un predominio (33.3% y 26.7% respectivamente), similar a los hallazgos de Ghosh et al., quienes reportaron un 41.7% de pacientes en estadio IV. Además, se encontró que el 66.7% de los pacientes tenían metástasis, siendo el pulmón el sitio más común (50%), lo cual coincide con el 82% de metástasis pulmonares reportadas por Ghosh et al.

Cuadro 4. Asociación entre variables clínicas y estadios Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia elevados o presencia de metástasis en pacientes con coriocarcinoma en el Hospital General San Felipe, del período 2009-2022. n=30.

Variables clínicas	Estadios FIGO	Valor del estadístico	Valor p
Edad de riesgo (<18 y >35 años)	Estadio FIGO (I/II vs III/IV)	80.5	0.268
Multiparidad (>3 gestas)	Estadio FIGO (I/II vs III/IV)	95.0	0.716
Edad de riesgo (<18 y >35 años)	Número de metástasis (0 vs ≥1)	97.0	0.788
HCG >100,000 UI/L	Estadio FIGO (I/II vs III/IV)	53.0	0.044*
Edad (años)	Pronóstico según FIGO (Bajo/Alto Riesgo)	28.0	0.200
Estadio FIGO (I, II, III, IV)	Edad (años)	3.22	0.359

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia elevados. **Nota:** Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparaciones entre dos grupos y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar más de dos grupos.

En términos de tratamiento, el 36.7% de los pacientes del presente estudio recibieron monoterapia y el 60% terapia combinada, mientras que, en el estudio indio, el 25% recibió quimioterapia de agente único y el 66.7% el régimen de quimioterapia de primera línea estándar para la neoplasia trofoblástica gestacional de alto riesgo EMA-CO. La tasa de fracaso de quimioterapia fue menor en lo encontrado (16.7%) en comparación con el estudio de Ghosh et al., donde el 33.3% de los pacientes ya habían fracasado tratamientos previos antes de su ingreso. Estos datos resaltan la eficacia y los desafíos en el manejo del coriocarcinoma en diferentes contextos clínicos y geográficos.¹³

En 2023, Farah Amalina et al. revisaron estudios de coriocarcinoma gestacional (CG) entre 1995 y 2015, y encontraron que la incidencia de CG varía considerablemente en todo el mundo, siendo más alta en Asia y más baja en América y Europa. Por ejemplo, en Asia, las tasas de incidencia fueron reportadas tan altas como 5 a 200 por 100,000 embarazos, mientras que en América y Europa las tasas oscilaron entre 2 a 7 por 100,000 embarazos.¹⁴ La revisión también indicó que alrededor del 20% de los estudios mostraron una disminución en la incidencia de coriocarcinoma, lo que podría atribuirse a la eficacia del tratamiento con quimioterapia y la reducción de la incidencia de embarazo molar. Sin embargo, el 80% de los estudios mostró inconsistencias en las tasas de incidencia, lo que puede deberse a la variación en los métodos utilizados para determinar estas tasas y a las diferencias en las características sociodemográficas y ocupacionales de las poblaciones estudiadas.

Al analizar las variables cruzadas, se encontró que la edad de riesgo (<18 y >35 años) no se asocia significativamente con estadios elevados en la clasificación FIGO ($p = 0.268$), esto discrepa sobre la relevancia de los extremos de edad reproductiva como factor de riesgo descrito en 2023 en la revisión de Farah Amalina et al. Además, se encontró una asociación significativa entre niveles elevados de HCG (>100,000 UI/L) y mayores estadios de clasificación FIGO ($p = 0.044$), lo cual es consistente

con la literatura que señala la importancia de los marcadores biológicos en la progresión de la enfermedad.¹⁴

En cuanto a las características del coriocarcinoma, el 63.3% de los tumores son mayores de 5 cm, con una prevalencia significativa de metástasis en el pulmón (50%) y un 66.7% de los pacientes presentando enfermedad metastásica. En comparación, en 2016, el estudio realizado por Li et al., que incluyó a 272 pacientes con coriocarcinoma post-término, encontró que el 83.1% de los pacientes tenían enfermedad metastásica, con el 28.3% de los casos presentando metástasis en más de dos sitios, incluyendo metástasis en el hígado y el cerebro, que se asociaron con un pronóstico adverso. Ambos estudios subrayan la importancia de la quimioterapia combinada para el tratamiento efectivo, siendo el 87.9% de los pacientes en el estudio de Li et al. los que lograron una remisión completa, similar a la tasa de éxito de quimioterapia del 83.3% encontrada en este estudio. Las diferencias en las tasas de metástasis (66.7% en este estudio versus 83.1% en el estudio de Li et al.) podrían reflejar variaciones en la población estudiada y en los métodos de diagnóstico y tratamiento aplicados.¹⁵

Respecto a los sitios metastásicos y su impacto en el pronóstico, es importante destacar la aparición de localizaciones infrecuentes. En 2022, Wang et al.¹⁶ reportaron una serie de cuatro casos de coriocarcinoma con metástasis intestinales, una localización extremadamente rara que se presenta en menos del 5% de los pacientes y que se asocia con un pronóstico desfavorable. En su serie, el diagnóstico se confirmó mediante patología postoperatoria tras la resección de las lesiones intestinales. Todos los pacientes requirieron múltiples regímenes de quimioterapia ante una respuesta subóptima reflejada en niveles persistentemente elevados de HCG, con desenlaces variables que incluyeron un fallecimiento a los 22 meses del diagnóstico. Estos hallazgos contrastan con los del presente estudio, donde no se identificaron metástasis gastrointestinales, siendo los sitios más frecuentes el pulmón (50%), el hígado y el sistema nervioso central (16.7%).

La ausencia de esta localización metastásica de mal pronóstico en esta cohorte podría ser un factor contribuyente a los resultados terapéuticos observados. Los resultados del presente estudio muestran que el 70% de los pacientes con coriocarcinoma gestacional presentan niveles elevados de HCG (>100,000), y los sitios más comunes de metástasis incluyen el pulmón (50%), hígado y SNC (16.7%), retroperitoneo (10%) y vagina (6.7%). En comparación, en 2020, el estudio de Savage et al. sobre coriocarcinoma gestacional no molar en el Reino Unido reporta que el 50% de los casos presentaron metástasis pulmonares, el 12% metástasis en el sistema nervioso central (SNC), y el 8.5% metástasis hepáticas. Además, el estudio de Savage et al. destaca que la mayoría de los pacientes presentaron niveles de HCG significativamente elevados, con un valor medio de 50,830 UI/L y un máximo de 4,348,330 UI/L, por lo que comparten estas características hematológicas y de metástasis.¹⁷

Este estudio muestra que el 36.7% de los pacientes recibieron monoterapia y el 60% recibieron terapia combinada, con una tasa de fracaso de quimioterapia del 16.7%. En comparación, en 2019, el estudio realizado por Shehu et al.¹⁸ reportó que el 61.9% de los pacientes fueron tratados con metotrexato o el régimen de metotrexato, actinomicina-D, ciclofosfamida (MAC) como primera línea de tratamiento, pero muchos de estos pacientes experimentaron progresión de la enfermedad a pesar del tratamiento. Además, en el estudio nigeriano, la tasa de supervivencia a cinco años fue desalentadora, con solo el 9.5% de los pacientes sobreviviendo, lo que contrasta con la tasa de éxito encontrada de quimioterapia del 83.3%.

La asociación estadísticamente significativa encontrada en el estudio entre niveles elevados de HCG (>100,000 UI/L) y mayores estadios FIGO ($p = 0.044$) subraya la importancia de un diagnóstico y tratamiento adecuados para mejorar los resultados, destacando la necesidad de regímenes de quimioterapia más efectivos y un seguimiento riguroso;¹⁸ por lo que puede servir como un marcador importante para diagnosticar y evaluar la eficacia del tratamiento tanto en contextos ginecológicos como no ginecológicos.¹⁹ En general, la medición de HCG es fundamental tanto para diagnosticar la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) como para monitorear a los pacientes después del tratamiento y detectar tempranamente la neoplasia

trofoblástica gestacional (NTG);²⁰ se exceptúan aquellos coriocarcinomas postérmino, pues su pronóstico no depende de los niveles de HCG ni del estadio FIGO.²¹

Una limitante notable del estudio es la dependencia en la calidad y llenado completo de los expedientes clínicos. Además, la naturaleza retrospectiva del estudio impide la recopilación de datos adicionales que no se hayan registrado previamente, limitando la profundidad del análisis en algunos aspectos cruciales, como la calidad de vida posterior al tratamiento o factores socioeconómicos detallados que podrían influir en los resultados de salud. Por otro lado, una fortaleza significativa de este estudio es su enfoque en un período amplio de tiempo, abarcando los años 2009 a 2022. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la red de referencia desde los centros de salud primarios, donde el diagnóstico inicial suele retrasarse, impactando directamente en la estadificación al ingreso.

CONTRIBUCIONES

JWP y CARH participaron en la concepción de idea, diseño metodológico, redacción de protocolo, instrumento, recolección de datos, elaboración de artículo final. RAG en la revisión sustancial y diseño metodológico, curación de datos, cálculos estadísticos. ET y BR en la revisión sustancial y apoyo temático. Todos los autores participaron de la concepción de la idea de investigación, búsqueda y elaboración de referencias bibliográficas, discusión, redacción y revisión del manuscrito final.

DETALLES DE LOS AUTORES

Jennifer Wagner Pereira, médica general; jennwagner14@gmail.com

Christopher Abiel Reyes Hernández, médico general; chris.reyes.h@gmail.com

Ricardo Arturo Gutiérrez Ramírez, médico general, especialista en ginecología y obstetricia; ricardo.gutierrez@unah.edu.hn

Elmer René Turcios Cadenas, médico general, especialista en ginecología y obstetricia, subespecialista en ginecología oncológica; elmerturcios@mail.com

Carmen María Bethania Rosales Herrera, médica general, especialista en ginecología y obstetricia, subespecialista en ginecología oncológica; dra.bethaniarosalesherrera@gmail.com

REFERENCIAS

1. Camilleri G, Calleja-Agius J, Said E. Trophoblastic disease and choriocarcinoma. *Eur J Surg Oncol*. 2025;51(4):108727.
2. da Silva ALM, Monteiro K do N, Sun SY, Borbely AU. Gestational trophoblastic neoplasia: novelties and challenges. *Placenta*. 2021;116:38-42.
3. Awosusi BL, Ajani MA, Adegoke OO, Salami AA, Okolo CA. Prevalence and review of pathological anatomy of gestational choriocarcinoma in Ibadan. *J Obstet Gynaecol*. 2021;38(1):1-6.
4. Shih IM. Gestational trophoblastic lesions. In: Nucci MR, Goldblum John R. *Gynecologic Pathology: a volume in Foundations in Diagnostic Pathology Series*. 2nd Ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2009. 645-65.
5. Alshwayyat S, Hawa MBAA, Maraqa K, Alshwayyat TA, Alshwayyat M, Hanifa H, et al. Outcomes in gestational and non-gestational choriocarcinoma: a retrospective cohort study with nomograms and web tools. *Women's Health (Lond)*. 2025; 21:17455057251344386.
6. Aminomghaddam S, Abolghasem N, Ashraf-Ganjooie T. New management of gestational trophoblastic diseases; a continuum of moles to choriocarcinoma: a review article. *J Obstet Gynecol Cancer Res*. 2018;3(3):123-8.
7. Pradjatmo H, Dasuki D, Dwianingsih EK, Triningsih E. Malignancy risk scoring of hydatidiform moles. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(6):2441-5.
8. Joyce CM, Coulter J, Kenneally C, McCarthy TV, O'Donoghue K. Experience of women on the Irish National Gestational Trophoblastic Disease Registry. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022; 272:206-12.
9. Freitas F, Braga A, Viggiano M, Velarde LGC, Maesta I, Uberty E, et al. Gestational trophoblastic neoplasia lethality among brazilian women: a retrospective national cohort study. *Gynecol Oncol*. 2020;158(2):452-9.
10. Kumar M, McArthur S. Stage IV choriocarcinoma in a 47-year-old-woman 12 years after her last known pregnancy: a case report. *Women's Health*.

- 2020;26:e00190.
11. Horowitz NS, Berkowitz RS, Elias KM. Important insights for non-molar choriocarcinoma. *BJOG*. 2020;127(9):1108.
 12. Nasr AMA, Ahmed YAM, Gafar AAM, Ahmed SA, Barri BKA, Talib Meshref E, et al. Prevalence and risk factors of choriocarcinoma in Saudi Arabia: a systematic review. *Clin Cancer Investig J*. 2022;11(6):4-8.
 13. Ghosh J, Dey S, Mandal D, Ganguly S, Biswas B, Dabkara D, et al. Clinicopathological features and outcomes of choriocarcinoma: a retrospective analysis from an Indian tertiary cancer center. *Cancer Res Stat Treat*. 2021;4(3):486-91.
 14. Farah Amalina MA, Wang SM, AL-Naggar RA, Thanikasalam K. Epidemiology of gestational choriocarcinoma: a systematic review. *OALib*. 2023; 10:1-11.
 15. Li J, Yang J, Liu P, Ren T, Zhao J, Feng F, et al. Clinical characteristics and prognosis of 272 postterm choriocarcinoma patients at Peking Union Medical College Hospital: a retrospective cohort study. *BMC Cancer*. 2016; 16:347.
 16. Wang Y, Wang Z, Zhu X, Wan Q, Han P, Ying J, et al. Intestinal metastasis from choriocarcinoma: a case series and literature review. *World J Surg Oncol*. 2022;20(173):1-12.
 17. Savage P, Winter M, Parker V, Harding V, Sita-Lumsden A, Fisher RA, et al. Demographics, natural history and treatment outcomes of non-molar gestational choriocarcinoma: a UK population study. *BJOG*. 2020;127(9):1102-7.
 18. Shehu CE, Omembelede JC, Nnadi DC, Ango IG. Management of choriocarcinoma in a tertiary institution in northwest Nigeria. *Sch Int J Obstet Gynec*. 2019;2(8):213-8.
 19. Elder NM, McCormick A. Increased human chorionic gonadotropin level in a nonsexually active young female. *J Emerg Med*. 2024;67(6): e569-e571.
 20. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;155(Suppl 1):86-93.
 21. Zhong L, Yin R, Li Q, Wang D, Song L. The clinical characteristics and prognostic analysis of 35 postterm choriocarcinomas. *BMC Cancer*. 2025;25(255):1-7.

ABSTRACT. Introduction: Choriocarcinoma is a malignant neoplasm of the cytotrophoblast and syncytiotrophoblast, classified as gestational, non-gestational, and intraplacental. Its risk factors include advanced maternal age, history of hydatidiform mole, and elevated levels of Human Chorionic Gonadotropin (HCG). Diagnosis is based on serum HCG levels and imaging. Given the absence of prior studies, this research is crucial for understanding choriocarcinoma in the Honduran population, allowing the establishment of a local epidemiological profile. **Objective:** To characterize patients with choriocarcinoma at Hospital General San Felipe during 2009-2022. **Methods:** An observational, retrospective descriptive study, with 30 patients selected non-probabilistically. Measures of central tendency, frequencies, percentages, and statistical tests (Kruskal-Wallis and Chi-square) were analyzed. **Results:** The mean age was 32.4 years; 40% were over 35 years old. Rural origin predominated (60%). 76.7% had inter-pregnancy intervals >12 months. 96.7% were gestational choriocarcinomas, with tumors >5 cm (63.3%) and HCG levels >100,000 UI/L (70%). According to the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 26.7% were at Stage IV; 66.7% had metastases, mainly pulmonary. A direct statistical association was demonstrated between elevated HCG levels and advanced stages of the FIGO classification ($p=0.044$). **Discussion:** This study constitutes the first clinical characterization of choriocarcinoma in Honduras. The findings allow establishing relevant clinical relationships for the prognosis of this little-known disease. Specific follow-up coordination is recommended for patients with high-risk obstetric conditions, especially at extreme reproductive ages and with elevated HCG. **Keywords:** Choriocarcinoma, Malignant neoplasm, Metastasis, Survival.