

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"MOLA HIDATIFORME Y CORIOCARCINOMA"

(Estudio de 47 casos en el Departamento de
Ginecobotricia del Hospital General
San Juan de Dios)

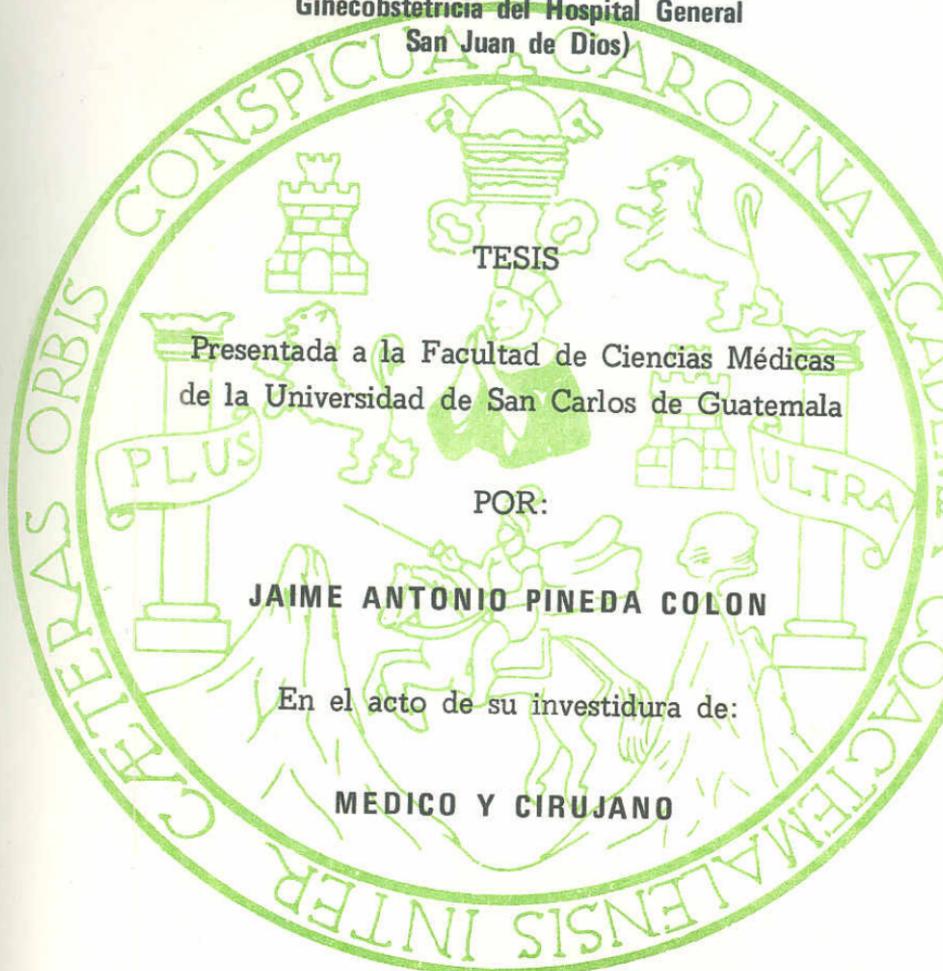
JAIME ANTONIO PINEDA COLON

GUATEMALA, MAYO DE 1978

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"MOLA HIDATIFORME Y CORIOCARCINOMA"

(Estudio de 47 casos en el Departamento de
Ginecobstetricia del Hospital General
San Juan de Dios)



TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR:

JAIME ANTONIO PINEDA COLON

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1978

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

REVISION BIBLIOGRAFICA

TRABAJO DE ESTUDIO

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

CITAS BIBLIOGRAFICAS

INTRODUCCION

Es el presente trabajo una revisión retrospectiva que tratará de analizar el manejo, tanto desde el punto de vista, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con enfermedad del torfablasto, en el Hospital General San Juan de Dios.

Para este fin fue necesario revisar el archivo de patología, así como las historias clínicas de las pacientes con la patología antes dicha.

El estudio comprende un período que va del 10. de enero de 1972 al 31 de diciembre de 1977. Debe de hacerse notar que desafortunadamente que algunos de los parametros utilizados por otros autores no fue factible incluirlos en nuestro estudio por no encontrarse en las papeletas e inclusive, creemos y ese es nuestro deseo que el presente trabajo, sea una contribución al estudio de este problema, y que al final lo obtenido pueda dar aunque sea una mínima parte adecuada para un manejo más exacto de esta entidad nosológica que como veremos en nuestra revisión se le cataloga como una enfermedad neoplasica benigna como el caso de la mola hidatiforme, pero que cuando sea maligna puede ser manejada con éxito y obtener un alto índice de curación.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar el número de pacientes con enfermedad del trofoblasto del Hospital General San Juan de Dios, durante el período del 1o. de enero de 1972 al 31 de diciembre de 1977.
- 2.- Determinar cual fue el diagnóstico histopatológico obtenido de cada una de estas entidades.
- 3.- Cuales son los métodos diagnósticos utilizados en el Hospital General San Juan de Dios.
- 4.- Cual es el tratamiento quirúrgico y quimioterapia utilizado.
- 5.- Cual es el método de control y cuantas de ellas continúan en control.
- 6.- Determinar cual es la morbimortalidad por esta patología.

MATERIAL Y METODO

- 1.- Revisión del registro de patología del 1o. de enero de 1972 al 31 de diciembre de 1977.
- 2o. Revisión de la Historia Clínica de cada una de las pacientes con dicha enfermedad.

REVISION BIBLIOGRAFICA

MOLA HIDATIFORME Y CORIOCARCINOMA

DEFINICIONES:

La Mola Hidatiforme es una anomalía del desarrollo de la placenta que a menudo se considera como una neoplasia benigna. Es la lesión que precede con más frecuencia al coriocarcinoma, llamado antes corioepitelioma, verdadero tumor maligno del trofoblasto que se caracteriza por metástasis rápidas y diseminadas.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Algunas o todas las vellosidades coriónicas se han convertido en una masa de vesículas claras. En general, no existe embrión, aunque en algún caso la mola se inicia en una parte de la placenta, acompañando a un feto normal. Las vesículas varían de tamaño desde menos de un milímetro a más de un centímetro de diámetro y cuelgan de delgados pedículos en forma parecida a un racimo de uvas. La masa puede crecer bastante para llenar el útero hasta que adquiera el tamaño de una gestación normal de 6 ó 7 meses.

La estructura microscópica se caracteriza por: 1) degeneración hidrópica y tumefacción del tejido estromal de las vellosidades; 2) ausencia o escasez de vasos sanguíneos, y 3) proliferación más o menos intensa del epitelio coriónico. Aunque por lo general las dos capas del trofoblasto presentan proliferación, el proceso puede estar limitado sobre todo el sincitio. En un pequeño número de casos no es posible demostrar la existencia de proliferación o ésta es escasa. El tejido estromal de las vellosidades se hace hidropico y degenera, de manera que pueden observarse muy pocas células y escasos vasos sanguíneos. La mayor parte de las vesículas están formadas por este tejido estromal rodeado de una capa muy delgada de trofoblasto. En otras molas, el trofoblasto es moderada o marcadamente anaplásico o hiperplásico. En casos

raros, puede existir un pequeño feto además de la mola hidatiforme, y la afección se llama mola hidatiforme parcial embrionada. En estos casos, algunas vellosidades no están afectadas por el proceso hidatiforme y cuentan con suficiente vascularización para mantener la vida del embrión y del feto durante un período más o menos largo.

La mola hidatiforme se consideraba antes primariamente más como una lesión degenerativa que neoplásica, como lo indican las denominaciones de degeneración, mixomatosa y quística del corion. En su clásico estudio de 1895, Marchand demostró que la característica fundamental es la proliferación del trofoblasto, opinión que mantiene la mayoría de investigadores actuales. La mola puede considerarse como una gestación patológica con un defecto primario que es un huevo frustado.

Persisten discrepancias de opinión acerca de cuando una alteración hidatiforme en las vellosidades constituyen una verdadera mola cuando es sencillamente una reacción degenerativa que se parece a una mola en su primer período. Hertig y Edmonds encontraron que 2/3 de los huevos patológicos presentaban en su estudio degeneración hidatiforme inicial. Creyeron que muchas molas hidatiformes tenían así su origen en vellosidades con vascularización deficiente y que, si se hubieran examinado en fase suficientemente precoz, se hubieran podido encontrar siempre al menos un saco fetal. Donal y Hellman han proporcionado apoyos a esta "teoría de transición del origen de la mola hidatiforme al demostrar estas estructuras en sus exámenes ultrasónicos de pacientes con molas incipientes.

Carr observó que las alteraciones hidrópicas, la degeneración hidatiforme y las verdaderas molas presentan rasgos anatomopatológicos y citogénicos comunes. En este grupo de lesiones la triploidia es la forma de poliploidia es la forma de poliploidia observada con mayor frecuencia. En las molas hidatiformes benignas y molas invasoras, el patrón cromatinico

sexual era femenino 29 casos de una serie de 30, según Tominaga y Page. Baggish y colaboradores también encontraron que el patrón de cromatina sexual era predominantemente femenino, en su serie de 90 molas hidatiformes; dedujeron además que los hallazgos no podían explicarse a base de poliploidia.

Las tentativas de relacionar la estructura histológica de las molas hidatiformes con su virtual tendencia maligna casi nunca han dado resultado. Así por ejemplo, Novak y Seah no lograron establecer dicha relación en 120 casos de mola hidatiforme, o en el tejido molar que pudieron examinar de 26 casos de coriocarcinoma consecutivo a una mola hidatiforme. El tejido molar de muchas enfermas, que por último presentaron un coriocarcinoma, mostraba únicamente una proliferación trofoblástica muy ligera, mientras que muchas de sus enfermas con mola hidatiforme que tenían una intensa proliferación trofoblástica desarrollaron posteriormente un curso benigno después de haberse practicado sólo una dilatación o un raspado.

Wynn y Davies examinaron la mola hidatiforme con el microscopio electrónico y encontraron caracteres ultraestructurales parecidos, con gran detalle, a los del trofoblasto normal. El epitelio hiperplásico, que rodea las vesículas presentaba signos ultraestructurales de intensa actividad metabólica, mientras que el trofoblasto que recubre las vellosidades incluido en fibrina, y excluido así de la nutrición materna presentaba signos de degeneración más o menos intensa.

En muchos casos de mola hidatiforme, los ovarios tienen numerosos quistes luteínicos que pueden variar desde un tamaño microscópico a 10 cm., o más de diámetro. La superficie de los quistes es lisa, a menudo amarillenta, y revestida de células luteínicas. Se ha estimado la incidencia de estos quistes que acompañan a la mola desde un 25o/o hasta un 60o/o. La variación de las cifras depende de los criterios diagnósticos. Novak a hecho notar que la mayoría de ovarios que no poseen grandes quistes,

presentan lateraciones quísticas microscópicas e hiperreacción luteínica que a menudo afecta tanto a los elementos tecales como a los granulosa.

Se cree que los quistes luteínicos de los ovarios se deben al hecho de que las células luteínicas son estimuladas en exceso por las grandes cantidades de gonadotropina corionica que segrega al trofoblasto proliferante. Puede explicarse que estas extensas alteraciones ováricas no se observen habitualmente en los embarazos normales por el hecho que no se mantienen durante mucho tiempo los niveles muy elevados de gonadotropina. En general, las alteraciones quísticas extensas suelen acompañar a las grandes molas hidatiformes y a un prolongado período de estímulo.

Girouard, Barclay y Collins recopilaron 15 casos de quistes luteínicos típicos sin mola hidatiforme ni coriocarcinoma durante la gestación y añadieron 22 casos propios. Resultan especial debido a que 11 de ellos estaban asociados con hipertrofia placentaria, 6 con hidropesía fetal y 5 con embarazos múltiples. Los restantes procedían de embarazos normales. No hay que llevar a cabo una ooforectomía únicamente a causa de quistes luteínicos. Después de la expulsión de la mola los quistes involucionan y por último desaparecen.

INCIDENCIA:

En los Estados Unidos y en Europa la mola hidatiforme se presenta aproximadamente una vez en cada 2,00 embarazos, pero es mucho más frecuente en ciertas regiones del Asia y del sur del Pacífico. King observó una incidencia de una mola hidatiforme en 530 gestaciones, en Hong Kong durante un período de 20 años y 1 caso de coriocarcinoma en 3,708 gestaciones. Los datos de Wei y Ouyang demuestran que la enfermedad trofoblástica es frecuente sobre todo en Taiwan, donde la incidencia de mola hidatiforme es de 1. en 125 embarazos. Además Marquez Monter y colaboradores publicaron una incidencia notablemente elevada de 1 en 200 en el

Hospital General de México. Este estudio mejicano y las cifras obtenidas en Filipinas hacen pensar que la elevada incidencia en estos países está de alguna manera relacionada con el bajo nivel social y económico. Una mola hidatiforme coexiste con un feto aproximadamente en 1 embarazo de cada 12.000.

Es rara la repetición de una mola hidatiforme pero se observa aproximadamente en el 20/o de los casos (Chesley y Cols; Chun y colaboradores; Acosta - Sison). Después de ella, la fecundidad y los partos suelen ser normales. Según Yen y MacMahon la probabilidad de repetición de una mola hidatiforme es 40 veces mayor que la incidencia en la población general.

La edad tiene una relación importante con la incidencia de la molahidatiforme, como lo indica la elevada frecuencia en los embarazos ocurridos muy al principio de la época de fecundidad y en especial hacia el fin de la misma. La edad ejerce su mayor influencia relativa de la lesión es más de 10 veces mayor que entre los 20 y 40 años. Existen muchos casos comprobados de mola hidatiforme en mujeres de 54 y 55 años, mientras que, en esta edad los embarazos normales son prácticamente desconocidos.

HISTORIA CLINICA:

En los primeros períodos del desarrollo de la mola no existen signos que la distingan de un embarazo normal. Si se produce un aborto precoz, el útero muchas veces va aumentando de tamaño con más rapidez que lo corriente y en casi la mitad de los casos, dicho tamaño es mayor que el que seria de esperar en un embarazo de duración igual; en los demás casos el útero tiene un tamaño corriente o más pequeño. Las hemorragias uterinas, que son el signo más importante, varían desde unas pequeñas señales hasta una hemorragia profusa. A veces aparecen inmediatamente antes del aborto, pero más a menudo se presentan con intermetencias durante semanas e incluso meses. A consecuencia de las hemorragias, es muy frecuente la anemia. Sin embargo a veces la anemia no guarda

proporción con la sangre perdida. En estos casos suele existir una intensa hipervolemia de rápida aparición que explica en gran parte la anemia (Pritchard). En algun caso se expulsan vesículas hidatiformes. Más o menos pronto, la mola es abortada o extraída por operación. La expulsión espontánea sobreviene, con especial frecuencia, hacia los 4 meses y es raro que se retrase más allá del 7o. mes. En 72 casos de mola hidatiforme citado por Smalbraak el promedio de duración del embarazo fue de 18 semanas.

En la mola hidatiforme es frecuente la infección uterina, ya que puede existir un periodo de amenaza de aborto con cuello uterino abierto, hemorragia y una gran masa de tejido poco vascularizado en el útero. La hiperemesis es más frecuente, y es probable que sea más intensa y persistente en los casos de mola hidatiforme que en los embarazos normales. Reviste especial importancia la frecuente asociación de preeclampsia grave y eclampsia con los embarazos molares. Como la preeclampsia-eclampsia se presenta precozmente en el segundo trimestre de las gestaciones molares y como en el embarazo normal dicho síndrome no se observa casi nunca en un periodo tan precoz, la aparición de una preeclampsia antes de las 24 semanas de las gestación sugiere una mola hidatiforme. El síndrome se presenta con especial frecuencia en las molas, cuando el crecimiento uterino ha sido en extremo rápido o en las de gran tamaño. Aunque pocas veces mencionado en la literatura médica, el dolor constituye a veces un síntoma importante, en especial si acompaña a un rápido crecimiento uterino.

DIAGNOSTICO:

Con frecuencia solo se diagnostica la mola hidatiforme al observar la expulsión del producto. Como la hemorragia es el signo más corriente, el diagnóstico inicial suele ser de simple amenaza de aborto. Algunas veces pueden expulsarse vesículas, lo cual hace evidente el diagnóstico. En las enfermas con hemorragias persistentes, la existencia de un útero de mayor tamaño que el que

era de esperar hace sospechar una mola. También hay que tener en cuenta las posibilidades de error respecto a las fechas de la menstruación, un útero gestante aumentado de tamaño por mioma, un hidramnios y un embarazo múltiple. Si la gestación está avanzada pueden ser útiles la palpación de partes fetales, la percepción de movimientos visuales radiográficas de un esqueleto fetal, así como el estudio ultrasonográfico. Los datos positivos tienen valor, pero los resultados negativos pueden ocasionar errores.

Existen tres métodos relativamente recientes, que dan mayor precisión al diagnóstico de la mola hidatiforme. Hendrickse y colaboradores y García y colaboradores han demostrado mediante arteriografías practicadas en los momentos adecuados que el útero gestante presenta un relleno bilateral precoz de las venas uterinas, sólo si existe una mola o una carcinosarcoma, probablemente a causa de derivaciones arteriovenosas. La inyección intrauterina por vía transabdominal de una sustancia opaca como Hypaque permite obtener una radiografía que da la impresión de una imagen a panel de abejas en casos de mola hidatiforme. (Torres y Plegrina; Zaron y colaboradores). Existe cierto riesgo de aborto a causa de la sustancia de contraste hipertónica. La mayor precisión diagnóstica se obtiene con el ecograma característico como ecos desorganizados de la mola hidatiforme. La seguridad y precisión de la ecografía hacen que este sea el método de elección, siempre que puedan disponerse de él. Según Gottesfeld y colaboradores, en su serie de ecografías no existieron diagnósticos positivos falsos de mola hidatiforme. Pueden ser muy útiles las pruebas de la gonadotropina coriónica, si se cumplen ciertas condiciones: 1) Hay que emplear un método seguro de prueba cuantitativa; 2) tiene que existir una correlación con los datos clínicos y han de tenerse en cuenta las considerables variaciones de la secreción de gonadotropina en las gestaciones normales. Las pruebas llevadas a cabo en el suero están sujetas a menos variables que las determinaciones de la gonadotropina urinaria.

Ultimamente se han popularizado varias pruebas de

inmunidad y, entre ellas, de radioinmunidad. El resultado debe compararse con el nivel de gonadotropina sérica en la gestación normal durante el período correspondiente. Si está muy por encima de la tasa normal en aquel período de gestación, hay motivo para diagnosticar un caso probable de mola. En las curvas de gonadotropina, en los embarazos normales se ve claramente que no existe ningún valor único que pueda considerarse como el límite entre el embarazo normal. Las cifras muy altas en los 2 ó 3 primeros tienen poca significación ya que se encuentran con frecuencia en embarazos normales, sobre todo con fetos múltiples; de aquí que la prueba biológica no sea útil para el diagnóstico de los casos precoces de mola. Sin embargo pasados 100 días del último período menstrual en la gestación normal, existe un rápido descenso de la gonadotropina; cifras persistentemente altas o que van aumentando después de esta época, constituyen por consiguiente un importante signo de crecimiento anormal del trofoblasto. Si persiste la más pequeña duda, es preciso llevar a cabo una o más pruebas e intervalos de una semana, con objeto de observar la tendencia que presentan.

Se han mejorado los métodos de detección de gonadotropinas coriónicas desde la implementación de pruebas inmunológicas.

La detección en suero de las mismas por este método tenía el inconveniente que no era posible diferenciar entre ellas y las gonadotropinas hipofisarias, cantidades ligeramente elevadas de las últimas; eran tomadas como anormales o al contrario como normales. Sin embargo el descubrimiento de que las gonadotropinas están divididas en 2 cadenas de aminoácidos en las cuales la subunidad B es diferente a ambas ha permitido la cuantificación más específica.

Es en base a este método que se debe continuar el seguimiento de las pacientes, ya que permite diferenciar ambas gonadotropinas y además detecta valores tan bajos como 10

unidades.

En resumen, los datos diagnósticos de la mola hidatiforme son: 1) aumento del tamaño del útero, desproporcionado con la duración del embarazo (en la mitad de los casos aproximadamente) 2) pérdidas continuas o intermitentes de sangre, que empiezan hacia la 12 semana de la gestación (en general no muy abundantes y, a menudo, más bien parduscas que rojas; 3) ausencia de partes fetales a la palpación o la exploración radiológica aunque el útero puede haber aumentado hasta llegar al nivel del ombligo o más arriba; 4) imágenes venosas precoces típicas en la arteriografía; 5) patrones típicos ecográficos; 6) signos y síntomas de preeclampsia, como albuminaria hipertensión o edema, observados más precozmente de lo que suele ser habitual en el embarazo; y 7) niveles altos de gonadotropinas coriónicas en el suero (o, con menor seguridad en la orina) 100 días o más después del último período menstrual. En el diagnóstico diferencial hay que tener mucho cuidado en eliminar, la posibilidad de una gestación múltiple, que puede simular, en muchos aspectos, una mola hidatiforme. No son escasos los embarazos generales normales que han sido interrumpidos inadvertidamente debido al diagnóstico equivocado de mola hidatiforme.

PRONOSTICO:

La mortalidad inmediata a consecuencia de mola hidatiforme era antes de un 10o/o sobre todo a causa de hemorragia, infección o perforación uterina. En una revisión colectiva de 576 casos, Mathieu encontró una mortalidad de sólo 1.4o/o, cifra que hay que reducir prácticamente a 0, cuando se emplea la transfusión de sangre y los antibióticos. Sin embargo, las tentativas de extraer grandes molas por vía vaginal algunas veces provocan hemorragias imposibles de dominar que resultan mortales.

La incidencia de la transformación de una mola hidatiforme en un coriocarcinoma franco varía según los autores

entre un 2 y un 8o/o, pero la cifra sube rápidamente en las mujeres de más edad. A veces pasan años entre la presentación de una mola hidatiforme y el desarrollo de un coriocarcinoma. En alguno de estos casos el coriocarcinoma más que en una mola hidatiforme anterior se ha originado en un aborto precoz, ocurrido en fecha reciente, que ha pasado inadvertido. Sin embargo los casos en que pudo excluirse con seguridad un embarazo desconocido por haber llevado a cabo una histerectomía en el periodo intermedio, no permiten poner en duda que las células coriónicas permanecen a veces en estado latente durante largo tiempo antes que se manifieste su malignidad. Por ejemplo, Natsume y Takada han publicado un caso en el cual se desarrolló un coriocarcinoma 9 años después de una histerectomía abdominal llevada a cabo a causa de un chorioadenoma destruens (mola invasora).

El curso ulterior de 181 enfermas estudiadas por Hertig Sheldon, demuestra que sólo en un reducido porcentaje de casos se desarrolló un verdadero tumor maligno, aunque más de 1/4 no presentaron al comienzo un curso del todo benigno. Sin embargo, un número considerable de casos terminó en una regresión espontánea o se logró la curación con medios relativamente sencillos, como una dilatación y raspado. Es precisamente esta gradación de lesiones que va desde las completamente benignas a las de intensa malignidad, con un grupo intermedio de difícil valoración lo que ha suscitado dudas diagnósticas, no encontradas en ningún otro tumor.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de mola hidatiforme tiene dos fases, el aborto inmediato o evacuación de la mola y la observación del curso ulterior para descubrir una alteración maligna. En la mayoría de casos, cuando se establece el diagnóstico, el aborto de la mola es inminente o ya se está realizando, y el tratamiento va dirigido a completar el aborto. Puede ser útil el estímulo oxitócico. Si la hemorragia es copiosa se requiere a veces evacuar el útero con un

fórceps de huevo, y completar la intervención con raspado cortante o por aspiración pero hay que proceder con gran cuidado ya que el útero es en ocasiones, muy blando y se perfora fácilmente. Como la hemorragia es, a menudo intensa, se necesita disponer de abundante cantidad de sangre para la transfusión. Si la intervención no es requerida por la hemorragia, puede administrarse derivados del cornezuelo de centeno u oxitocos para obtener una contracción adecuada y disminuir el peligro de perforación uterina si luego se efectúa el raspado. A no ser que la mola haya sido expulsada de manera espontánea es mucho más seguro llevar a cabo la evacuación del útero mediante una histerotomía abdominal o un raspado aspirado, que intentar un raspado cortante en especial si el útero tiene un tamaño mayor del que corresponde a 12-14 semanas de gestación. Tanto si la es expulsada espontáneamente, como si es extraída por histerotomía, interesa efectuar el raspado uterino. En la histerotomía el raspado se efectúa al mismo tiempo. Se pone mucho mejor de manifiesto la calidad invasora del tumor, con estos raspados que con la misma mola abortada.

La histerectomía es el procedimiento lógico en las mujeres de 40 años o más, cualquiera que sea el número de partos anteriores y en las mujeres con 3 o más hijos, cualquiera que sea su edad, debido a la frecuencia con que aparece un coriocarcinoma en aquellas edades y en las multíparas.

Aunque la histerectomía disminuye mucho la probabilidad de aquella secuela, no la elimina por completo. En 69 casos de mola hidatiforme, publicados por Chun y colaboradores, en los cuales se practicó una histerectomía inicial a causa de edad avanzada o multiparidad, 2 enfermas presentaron un coriocarcinoma 2 1/2 y 3 años más tarde, lo que representa una incidencia del 2.80/o., en contraste con ello, de 166 casos tratados con evacuación de tejido molar con conservación del útero, 14 presentaron más tarde un coriocarcinoma, lo que representa una frecuencia del 8.40/o, de todas maneras, la histerectomía no elimina la necesidad de un cuidadoso estudio de la evolución ulterior.

No es posible todavía contestar, cuando se pregunta durante cuánto tiempo hay que prohibir un embarazo después de una mola. Reid recomienda un año; Donald más conservador señala un periodo de 2 años. Hertig cree que no disponemos de un fundamenteo suficiente para responder a la pregunta; según la opinión de este autor, la esencia del problema es la probabilidad de que el embarazo dificulte el diagnóstico de la mola recidivante. Algunos autores han adoptado la siguiente línea de conducta si el título de la gonadotropina corionica permanece negativo durante 6 meses y se demuestra la existencia de una ovulación repetida mediante la menstruación regular, las curvas de temperaturas bifásicas y las extensiones vaginales ovulatorias, es probable que un nuevo embarazo esté libre de riesgos.

MÉTODOS DE ESTUDIO ULTERIORES:

Si no se llevan a cabo estos métodos, en extremo importantes, un número pequeño, pero inevitable de estas enfermas fallecera de coriocarcinoma.

Aunque la gonadotropina coriónica del suero se vuelve negativa transcurrida una semana después de una gestación normal, esto no suele suceder así cuando se trata de una mola hidatiforme. En una serie de enfermas estudiadas muy cuidadosamente Delfs observó los niveles de gonadotropina coriónica del suero después de la expulsión de una mola. Sus resultados demuestran que los títulos de gonadotropina coriónica descienden en forma de curva parabólica durante un largo periodo de tiempo. Alrededor de 1/2 de las enfermas presenta resultados negativos a la prueba al comienzo de la 3 semana y 3/4 al terminar los 40 días. A partir de este momento el descenso de la curva es moderado, de manera que pueden surgir dudas acerca de la posibilidad de que se haya producido una alteración maligna en el trofoblasto retenido, pero muchas de estas enfermas presentan más tarde pruebas negativas y el intervalo más largo observado ha sido de 18 meses. Aunque es un hecho bien conocido la desaparición espontánea de trofoblasto

retenido, la eficacia de los agentes quimioterápicos en el tratamiento del coriocarcinoma ha hecho que muchos autores recomienden el empleo precoz de estos medicamentos en las enfermas con retención de un trofoblasto molar, para evitar el desarrollo de un coriocarcinoma ulterior y acelerar la desaparición del trofoblasto retenido. La mayoría de agentes quimioterápicos, como el metotrexate, son muy tóxicos y pueden tener efectos fatales; por consiguiente es preciso sopesar bien los riesgos de la quimioterapia y compararlos con las probabilidades de regresión espontánea. El fin principal del estudio ulterior de los casos consiste en descubrir lo más pronto posible, cualquier que presente caracteres de malignidad, en la mola que se suponía benigna. Aunque el examen microscópico de la mola primitiva proporciona algunas veces, datos pronósticos aplicables, en líneas generales, a una serie de enfermas, proporciona, escasa información cuando se trata de un caso concreto determinado. Es necesario, por consiguiente, basarse en las cifras de gonadotropina coriónica para descubrir la existencia de tejido trofoblástico residual o proliferativo. Para este objeto, la prueba tiene que ser lo bastante sensible y específica para descubrir niveles de gonadotropina coriónica al menos tan reducido con 500 u.i/l. Ha de emplearse un método de confianza en el momento de la expulsión de la mola y 2 veces por semana durante los 2 meses siguientes. Más adelante hay que practicar la prueba una vez al mes, durante todo un año, a no ser que, como ya hemos indicado se permita un nuevo embarazo. Es preciso practicar inicialmente una radiografía del tórax en el curso de la primera exploración de la enferma, que servirá como referencia si más adelante se requieren nuevos exámenes rediológicos.

Si persiste la gonadotropina coriónica después de 30 días, hay que practicar una dilatación y un raspado, sobre todo cuando los títulos van aumentando. Si en caso de estos el raspado pone de manifiesto un trofoblasto maligno, está indicada la quimioterapia. La elevación de los títulos, por si sola, en ausencia de embarazo, constituye una indicación para la quimioterapia. Sin embargo, si los

niveles de gonadotropina coriónica descienden rápidamente y los raspados ponen de manifiesto un trofoblasto benigno o su ausencia, la enferma puede ponerse en observación.

La elevación de los títulos o el comienzo de una hemorragia vaginal exigen que este plan se modifique. Si no tiene mucha importancia conservar la posibilidad de nuevas gestaciones o si existe alguna amenaza de perforación del útero por tumor, el tratamiento más adecuado es probablemente la histerectomía. Sin embargo han de seguir observándose cuidadosamente los niveles de gonadotropina coriónica, pues estas enfermas ya pueden tener metástasis en los pulmones o en otros órganos. Si hay que conservar el útero, es necesario iniciar el tratamiento quimioterápico. El medicamento de elección es casi siempre el metotrexato, como explicaremos más adelante.

Brewer y colaboradores creen que la determinación de los niveles de gonadotropina coriónica 60 días después del diagnóstico de un embarazo molar puede ser muy útil para descubrir a las enfermas en quienes se ha desarrollado una mola invasora o un coriocarcinoma. Mediante una combinación de pruebas hormonales, exploración clínica y raspado para excluir la presencia de tejido molar retenido en el útero, es posible seleccionar las enfermas en las cuales es necesaria la quimioterapia. Brewer y su grupo prefieren este método selectivo de tratamiento a la profilaxis habitual con medicamentos muy activos como el metotrexato.

El lactógeno placentario humano, denominado más exactamente somatomotropina coriónica, es útil para distinguir el embarazo normal de los tumores coriónicos. Un nivel alto de gonadotropina coriónica junto con un nivel bajo de somatomotropina coriónica, pasados los primeros meses del embarazo han de sugerir una neoplasia coriónica.

Saxena y colaboradores encontraron que el nivel de somatomotropina coriónica en los tumores trofoblásticos estaban

francamente por debajo de las cifras habituales en el comienzo del embarazo normal, que no ha llegado todavía a las 10 semanas. En el embarazo molar los valores fueron 10 a 100 veces más bajos que los que son de esperar en el embarazo normal de la duración correspondiente. En las enfermas con tumores trofoblásticos bajo tratamiento la somatomamotropina sérica desciende a niveles no mensurables, antes que el descenso de la gonadotropina coriónica haga pensar en una remisión completa. La recidiva suele manifestarse por un aumento ulterior de la gonadotropina coriónica sin elevación simultánea de la somatomamotropina coriónica. Yen y colaboradores han comprobado, además, que las pruebas radioinmunológicas de ambas hormonas constituían índices sensibles para observación continuada de las enfermas que habían expulsado molas hidatiformes. La somatomamotropina coriónica desaparece rápidamente después de la expulsión de un proceso localizado y a veces imposible de detectar a pesar de que existen focos metastásicos activos.

CORIOCARCINONA:

FRECUENCIA:

Como el coriocarcinoma sólo se presenta una vez en varios millares de gestaciones, no tienen valor las apreciaciones de incidencia basadas en pequeñas series de casos. El tumor está limitado al período reproductor y, excepto en los raros casos en que se inicia en un teratoma, siempre aparece después de un embarazo. Alrededor del 40o/o de los casos se presenta después de una mola hidatiforme, otro 40o/o después de aborto y el 20o/o después de embarazos a término. El coriocarcinoma se origina tanto en un embarazo ectópico, como en un embarazo intrauterino. Muy raras veces puede coexistir con la gestación, como han señalado Brewer y Gerbie, pero en la mayoría de los casos, se desarrolla inmediatamente después de ella. En ocasiones permanece al parecer, latente durante períodos de tiempo en extremo prolongado antes de que adquiera un crecimiento activo. Sin embargo muchos de los

casos de este tipo publicados pueden en realidad ser consecutivos a un embarazo que se produjo después, con un aborto precoz que pasó inadvertido.

ETIOLOGIA:

Iliya y colaboradores han considerado varios factores etiológicos en el coriocarcinoma: estado socioeconómico bajo, edad materna avanzada y mal estado nutritivo. Sin embargo, dan especial importancia la consanguinidad. En ciertas regiones de Oriente, en las cuales se observa con frecuencia el coriocarcinoma, también son frecuentes los enlaces entre consanguíneos. De estos hechos se deduce que la elevada incidencia del coriocarcinoma está relacionada con un notable grado de compatibilidad entre los tejidos de la madre y el feto.

ANTANOMIA PATOLOGICA:

Este tumor, en extremo maligno procede del trofoblasto. Puede considerarse un carcinoma del epitelio coriónico, aunque por su crecimiento y sus metástasis se comporta a menudo como un sarcoma. Se desconocen los factores implicados en la transformación maligna del corion. En el coriocarcinoma es muy acentuada la tendencia del trofoblasto normal al crecimiento masivo y a la erosión de los vasos sanguíneos. El cuadro macroscópico característico rápido y que invade tanto el músculo uterino como los vasos sanguíneos, con zonas de hemorragia y necrosis. El tumor es de color rojo oscuro o púrpuro y de aspecto desgarrado o friable. Si afecta al endometrio, las hemorragias, las necrosis y la infección de la superficie suelen ser precoces. Masas de tejido incluidas en el miometriom pueden extenderse hacia el exterior y aparecer sobre el útero en forma de módulos irregulares oscuros que finalmente penetran en el peritoneo.

En el examen microscópico se observan columnas y láminas de trofoblasto que penetran en el músculo y vasos sanguíneos, a

veces en forma de plexo y otras en completa desorganización, entremezclados con sangre coagulada. El dato diagnóstico más importante del coriocarcinoma es la ausencia del patrón de vellosidades. Entre los 74 casos de Novak y Seah, sólo uno presentaba alguna señal de vellosidades. Están afectadas tanto las células de Langhans como los elementos del sincitio, aunque puede predominar uno de los dos grupos. La anaplasia celular, aunque como existe en grado variable y a veces muy intenso, tiene menos valor como criterio de malignidad en los tumores trofoblásticos que en otros tumores. La dificultad de la valoración citológica es uno de los factores que ocasionan error en el diagnóstico del coriocarcinoma a partir de los raspados uterinos, en los cuales no siempre se manifiesta claramente el patrón general de crecimiento. Con frecuencia, células de trofoblasto normal del lado placentario se han diagnosticado erróneamente como coriocarcinoma. En un interesante estudio del coriocarcinoma precoz en placentas por lo demás normales, Brewer y Gerbie comprobaron que el tumor procedía de vellosidades normales. Estos autores consideran que es característica del coriocarcinoma la degeneración espontánea de vellosidades, formadas en el sitio primario. Según Brewer y Gerbie, los primeros períodos del coriocarcinoma no presentan las tres manifestaciones histopatológicas que suelen acompañar la lesión: ausencia de vellosidades, hemorragias en los tejidos de sus alrededores y necrosis del tejido materno.

En su estudio al microscopio electrónico de coriocarcinoma humano trasplantado, Wynn y Davies dieron una explicación ultraestructural de la intensa actividad metabólica del tumor. Además del trofoblasto sincitial y de células típicas existe toda una gama de células con detalles estructurales finos que van desde los de citotrofoblasto primitivo a los del sincitio maduro plenamente diferenciado. El crecimiento del coriocarcinoma en la bolsa de la mejilla del hamster proporciona un método adecuado para el estudio de los tumores.

Es frecuente que las matástasis sean muy precoces y, por lo

general, se producen por vía sanguínea debido a la afinidad del trofoblasto respecto a los vasos sanguíneos. La localización más frecuente son los pulmones (más del 75o/o); el segundo lugar en orden de frecuencia es la vagina (aproximadamente el 50o/o). En muchos casos, también presentan metástasis la vulva, riñones, hígado, ovarios y cerebro. En más de 1/3 de los casos, se producen quistes leuteínicos. Mercer ha publicado un notable caso de coriocarcinoma en la madre y el hijo.

Los estudios acerca de la actividad biológica de estos tumores, poco frecuentes, están dificultados por la ausencia de coriocarcinomas espontáneos en los animales de experimentación. Con el descubrimiento realizado por Martín-Padilla y Benirschke de un coriocarcinoma evidente en la placenta vellosa hemocorial del armadillo, es posible que dispongamos ahora del medio de estudiar la evolución natural de estas extraordinarias neoplasias.

HISTORIA CLINICA:

El coriocarcinoma suele aparecer a continuación de una mola hidatiforme, de un aborto o de un embarazo normal. Excepto en el caso de la mola, no son frecuentes las manifestaciones de malignidad inmediatamente después del embarazo. El signo más común, aunque no constante de coriocarcinoma consiste en la hemorragia irregular después del puerperio inmediato, acompañada de subinvolución. La hemorragia puede ser continua o intermitente, con salida de sangre bruscas y a veces masiva. La perforación del útero, que causa la neoplasia puede ocasionar una hemorragia intraperitoneal. La propagación al parametrio provoca, a veces un dolor y fijación que hacen pensar en una enfermedad inflamatoria. El proceso suele ir acompañado de una infección secundaria.

En muchos casos, la primera manifestación del proceso son las lesiones metastásicas. Pueden encontrarse tumores vaginales o vulvares. En ocasiones, la enferma sufre tos y expectoración

mática procedente de las metástasis pulmonares. En algún caso, ha sido imposible encontrar un coriocarcinoma en el útero o en la cavidad, por haber desaparecido la lesión primaria, después de dejar únicamente metástasis alejadas que crecen activamente.

La perforación de la pared uterina causada por un coriocarcinoma y acompañada de hemorragia franca, y a veces masiva, en la cavidad peritoneal constituye probablemente una complicación más común de lo que se cree de esta neoplasia invasora. Acosta-Sison y Espaniola encontraron 8 casos de esta complicación en 32 casos de coriocarcinoma, o sea en 1 caso de cada 4. No es raro que el curso clínico de estos accidentes se parezcan mucho al de la ruptura de un embarazo tubárico. Como los síntomas agudos pueden aparecer casi de inmediato después de la exploración pelviana, en los casos sospechosos hay que proceder con gran cuidado.

Si no se modifica con el tratamiento el curso del coriocarcinoma es de rápida progresión y, en la mayoría de casos, la muerte sobreviene después de un período que varía entre unos pocos meses y un año. La causa más frecuente de la muerte es una hemorragia, con localizaciones diferentes. Hou y Pang, basándose en sus autopsias llevadas a cabo en 28 casos, indican el siguiente orden de frecuencia: cerebral, vaginal, gastrointestinal y abdominal.

DIAGNOSTICO:

El factor de más importancia en el diagnóstico consiste en contar con la posibilidad de la lesión. Han de considerarse sospechosos todos los casos de mola hidatiforme y hay que seguir su evolución, como hemos señalado. Cualquier caso de hemorragia no habitual después de un embarazo a término o un aborto debe investigarse mediante raspado y determinaciones de gonadotropina coriónica.

No conviene poner una confianza absoluta en los raspados.

Se requiere gran experiencia y precaución para hacer un diagnóstico positivo de coriocarcinoma basándose en raspados, a no ser que el patrón sea de malignidad evidente, pues el trofoblasto normal a menudo penetra profundamente en la pared uterina del lecho placentario con lo cual simula la invasión neoplásica. A la inversa, el tejido maligno permanece, a veces incluido en el miometrio y resulta inaccesible a la cucharilla.

La gonadotropina coriónica desaparece normalmente del suero y de la orina pocos días después de una gestación normal o de un aborto completo no complicado. Por consiguiente, los títulos de gonadotropina persistentes o que van aumentando después de una semana aproximadamente, indican la existencia de una neoplasia trofoblástica. Es necesario que exista correlación con las manifestaciones clínicas para poder excluir la posibilidad de un nuevo embarazo intrauterino. Como es natural, hay que repetir y comprobar las determinaciones antes de acudir a un tratamiento radical. Además, una prueba positiva de la gonadotropina confirma el diagnóstico de lesiones alejadas como la metástasis pulmonar.

TRATAMIENTO:

El tratamiento habitual del coriocarcinoma es del todo distinto del que se empleaba antes y mucho más eficaz que aquel. Antiguamente la única esperanza de curación se basaba en una histerectomía muy precoz. En realidad, Novak y Seah observaron una tasa de supervivencia de un año sin manifestaciones de recidiva solamente en 13 de sus 74 casos. Desde la introducción de la quimioterapia la única serie de enfermas tratadas quirúrgicamente, es la de Manahan, que obtuvo supervivencias de cinco años mediante la sola histerectomía en 10 de 11 enfermas cuya enfermedad estaba limitada al útero. La mayoría de los demás investigadores creen que el tratamiento de elección es el metotrexato (ácido-4-amino-N¹⁰ metilpteril-glutámico), antimetabólico que impide la conversión del ácido fólico en ácido folínico (factor citrovorum) y que es indispensable para la síntesis de los ácidos

nucleicos en la mitosis. Aunque todas las células son afectadas por el medicamento, los tejidos embrionarios resultan especialmente sensibles a él a causa de su rápida multiplicación y crecimiento celular. La dosificación habitual de metotrexato es de 0.4 mg/kg al día, por vía perenteral o por la boca, en series de 5 días, repetidas al menos una vez a no ser que se manifiesten efectos tóxicos. En la serie de Hertz de 87 enfermas tratadas desde el comienzo con metotrexato, sólo 2 dejaron de presentar una regresión importante del tumor, y 45 o sea más de la mitad, experimentaron una remisión completa y persistente. Veintitrés de las enfermas con remisión incompleta, después de series repetidas de metotrexato, fueron sometidas a tratamiento con actinomicina D; de las 23, 12 obtuvieron más tarde una remisión completa y el resto presentaron respuestas variables menos acentuadas. En la serie de Hertz aproximadamente 2 de cada 3 enfermas se establecieron según parece, con el empleo combinado de los dos agentes quimioterápicos. Algunas veces la actinomicina D se aplica como primer tratamiento, como en las enfermas con funcionalismo hepático alterado. Se administra por vía intravenosa a dosis que oscilan entre 7 y 11 Mg/kg al día durante 5 días. La mayoría de enfermas requieren más de una tanda del medicamento, en general a intervalos de 50 días. Bagshawe ha empleado una combinación de metotrexato y 6-mercaptopurina en una serie de 23 enfermas. Cada tanda del tratamiento consistió en 75 a 125 mg de metotrexato y 300 a 3.000 mg de 6-mercaptopurina. A consecuencia de la elevada toxicidad de estos medicamentos, 3 de las enfermas de Bagshawe fallecieron de sepsis durante la depresión hmoopoyética y 6 enfermas de la primera serie de Hertz fallecieron a consecuencia del tratamiento. Sin embargo, los resultados satisfactorios, y a menudo sorprendentes, de estos medicamentos en casos que sin ellos eran del todo desesperados, justifican el riesgo de su empleo.

Aunque en la actualidad la quimioterapia es nuestra principal arma contra el coriocarcinoma, el tratamiento quirúrgico no ha quedado por completo descartado. Así por ejemplo, Lewis y colaboradores, hacen notar la necesidad de lo que llaman "la

intervención quirúrgica coadyuvante" en algunas enfermas que no responden a los medicamentos. Tow y Chong también creen que el tratamiento quirúrgico está indicado en enfermas seleccionadas, cuyos tumores permanecen limitados al útero. Están de acuerdo, sin embargo, en que la quimioterapia a menudo es decisiva en el tratamiento del coriocarcinoma metastásico.

En otras épocas, las metástasis cerebrales resultaban constantemente mortales. Se ha demostrado que en algún caso la irradiación de elevado voltaje, combinada con el metotrexato y otros agentes quimioterápicos, eliminaba estas lesiones (Lewis comunicación personal).

TRABAJO DE ESTUDIO

MATERIAL Y METODO:

Para la realización del presente trabajo se revisaron los protocolos de los archivos del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios, comprendidos del 1o. de enero de 1972 al 31 de diciembre de 1977, asimismo la historia clínica de cada paciente con dicha enfermedad de trofoblasto. A continuación se presentan los datos encontrados:

En el cuadro número 1 muestra la frecuencia de Mola Hidatiforme por año, con relación al número de partos como podemos ver, la relación es de una mola por cada 423 partos durante el tiempo investigado

CUADRO No. 1

Año Partos	No. Parto	Molas	Partos X una mola
1972	2,926	9	325
1973	3,204	11	291
1974	3,301	8	412
1975	3,342	6	557
1976	2,597	5	519
1977	2,849	4	712
Totales:	18,219	43	423

En el cuadro número 2, podemos ver el número de molas en relación a las edades, en el cual nos demuestra que la edad más frecuentemente afectada es de los 16 a los 30 años o sea la edad reproductiva.

CUADRO No. 2

Edad	No. pacientes	o/o
11-15	1	2.32
16-20	9	20.93
21-25	9	20.93
26-30	10	23.25
31-35	1	2.32
36-40	3	6.97
41-45	6	13.95
46-50	4	9.30
Totales	43	100o/o

ORIGEN:

Se encontro que el 65o/o de las pacientes de origen rural, 23o/o de origen urbano y el 12o/o de origen desconocido por extravió de las papeletas

En el cuadro No. 3 se encuentran el estado civil de las pacientes, en el cual nos muestra el 69o/o de las pacientes son unidas, pero muchas de estas pacientes no tienen esposo por lo que mienten para cubrir su estado civil.

CUADRO No. 3

Estado Civil	No. pacientes	o/o
Soltera	3	6.97
Unidas	30	69.76
Casada	2	4.6
Desconocida	8	18.6
Totales	43	100o/o

El 81o/o de las pacientes el motivo de consulta fue de hemorragia vaginal y un 4.6o/o consultaron por vómito y amenorrea, cuyo diagnóstico se hizo por examen de laboratorio.

En el cuadro No. 4 se presentan el número de embarazos de dichas pacientes encontrándose un mayor porcentaje en pacientes múltiparas.

CUADRO No. 4

Embarazos	Número	o/o
1	10	23.25
2-4	16	37.20
4 y más	15	34.88
Desconocidos	2	4.65
Totales:	43	100o/o

En el cuadro No. 5 se presenta el tiempo de embarazo como podemos ver el mayor número de pacientes esta comprendido entre las 11 y 15 semanas de embarazo o amenorrea. Entre las 26 y 30 semanas una de las molas presentaba gonadotropinas negativas igualmente una entre las 31 y 35 semanas, lo que significa que estas eran molas muertas.

CUADRO No. 5

No. Semanas	Número	o/o
6-10	6	13.95
11-15	13	30.23
16-20	9	20.93
21-25	4	9.30
26-30	5	11.62
31-35	2	4.65
Desconocidas	4	9.30

DIAGNOSTICO:

En el cuadro No. 6 se presenta los medios que fueron utilizados para el diagnóstico, como podemos ver 30 de estas pacientes fue hecho clínicamente el diagnóstico. En 22 pacientes ayudadas ponen dosificación de gonadotropina 3 por ultrasonido y 1 por histerograma.

CUADRO No. 6

Examen	Nos pacientes
Gonadotropina	22
Clínico	30
Patología	1
Ultrasonido	3
Histerograma	1

NOTA:

En el cuadro anterior el diagnóstico que se hizo por el Departamento de Patología, dicho diagnóstico de mola no había sido sospechado, sino que la impresión clínica era aborto incompleto.

El 86o/o de las pacientes presento raxos X del torax normal y el resto es desconocido por extravío de las papeletas.

En el cuadro No. 7 se presentan los exámenes de gonadotropina, como podemos ver a 11 de las 43 pacientes sólo se les practicó cualitativamente a 21 pacientes se le hizo dosificación a 5 ningún tipo de gonadotropina y 6 son desconocidas. Estas 5 pacientes que no se les practicó examen de gonadotropina seguramente fue porque el diagnóstico del tratamiento fueron inmediatamente a su consulta.

CUADRO No. 7

Gonadotropinas	No.	o/o
Cualitativas	11	25.58
Cuantitativas	21	48.83
Ninguna	5	11.62
Desconocidos	6	13.95
Totales	43	100o/o

En el cuadro número 8 nos ilustra el tipo de tratamiento inmediato que se les dio a dichas pacientes. Como podemos ver a 32 pacientes se les practico legrado uterino instrumental y 4 se les practico histerectomia en base a su edad y a la paridad.

CUADRO No. 8

Tratamiento	No. Ptes.	o/o
Legrado	32	74.41
Histerectomia	4	9.30
Histerotomia + legrado	2	4.65
Desconocido	5	11.62
Totales	43	100o/o

En el cuadro No. 9 como se puede ver de 43 pacientes que consta el estudio únicamente 6 de ellas continuaron su control en el hospital, 4 fueron operadas (Histerectomia) lo que permitió su control.

Las otras 2 resueltos por legrado han continuado su control.

CUADRO No. 9

Control	No. Pacientes	o/o
Seguimiento	6	13.95
No seguimiento	31	72.09
Desconocido	6	11.62
Totales	43	100o/o

En el cuadro No. 10, se presentan las complicaciones más frecuentes encontradas en estas pacientes.

CUADRO No. 10

Complicaciones	No. Pacientes	o/o
Anemia x hemorragia		
Vaginal	17	39.53
Ninguna	12	27.90
Endometritis	6	13.95
Desconocido	6	13.95
Quiste ovario	2	4.65
Totales	43	100o/o

En una de las dos pacientes que presentaron quiste hubo necesidad de extirpárselo ya que no involuciono si no que aumento de tamaño, el informe de patología fue: Quiste Luteinico. Las gonadotropinas se encontraban negativas en dicha paciente después del legrado uterino y el quiste se extirpo 3 meses después de la mola.

CORIOCARCINOMA

A continuación se describen los datos encontrados con respecto a esta patología. Se encontro un total de 4 casos el período investigado fue el mismo que el de mola hidatiforme.

Las edades más frecuentes afectada se detalla en cuadro No. 1, en cual podemos ver que hay un caso entre los 15 y 20 años de edad dicha paciente es primigesta, ninguna de estas pacientes habia presentado una mola, solo habia entre sus antecedentes de haber presentado un aborto en dos de los cuatro casos.

CUADRO No. 1

Edad	No. pacientes	%
15-20	1	25
21-30	1	25
31-40	1	25
41-50	1	25
Totales	4	100

Origen:

Dos de los cuatro casos eran de origen rural, 1 urbano y otro desconocido.

Estado Civil: Tres eran casadas y una desconocida.

Motivo de consulta: Dos pacientes consultaron por hemorragia vaginal y los otros dos casos se desconoce el motivo de consulta.

Diagnóstico: En dos los 4 casos el diagnóstico fue hecho clinicamente y confirmado por los niveles altos de gonadotropinas y por el departamento de patología; 1 caso presento mola y

coriocarcinoma a la vez dicha paciente era primigesta y de 18 años de edad.

Tratamiento: A dos de las cuatro pacientes se les practico histerectomia más metotrexate por 5 días a la paciente primigesta se le efectuo legrado uterino más Metotrexate; el cuarto es desconocido el tratamiento que se le dio por estravio de la papeleta.

Complicaciones: Dos de las cuatro pacientes presentaron metastasis al pulmon. Una se desconoce su evolución no siguió el control recomendado. La cuarta paciente actualmente esta siendo estudiada por infertilidad.

Mortalidad: Una de las cuatro pacientes falleció a consecuencia de la metastasis.

CONCLUSIONES:

- 1.- En contra de lo reportado en la literatura la mayor cantidad de casos de nuestro estudio estaba entre los 26 y 30 años. En 2o. lugar de 41 a 45 años que si esta en mayor relación con lo reportado.
- 2.- El número total de pacientes con enfermedad del trofoblasto es de 47, en el período investigado. De la siguiente manera: 43 de mola hidatiforme y 4 de coriocarcinoma.
- 3.- Hemorragia vaginal fue el mayor motivo de consulta.
- 4.- En las pacientes multíparas fue donde se encontro la mayor incidencia de enfermedad del trofoblasto correspondiéndoles un 72o/o.
- 5.- Si la edad del embarazo esta comprendida en las primeras 20 semanas, correspondiéndole un 65o/o
- 6.- El 69o/o de los casos fueron sospechadas o diagnosticadas clínicamente y en el 53o/o de ellas se trato de confirmar el diagnóstico con dosificación cualitativa y cuantitativa de gonadotropinas coriónicas urinarias.
- 7.- El mayor porcentaje fue resuelto por legrado uterino y correspondió al 74.41o/o. Sin embargo debe hacerse notar que hay una gran diferencia entre lo dicho en el tratamiento de las pacientes y lo efectuado, puesto que solamente un 43o/o tenían embarazos menores de 15 semanas. Pero esto puede ser consecuencia que la mayoría estaba en fase expulsiva.
- 8.- Una paciente después de un primer legrado por hemorragia presenta amenorrea diagnosticada como sinequias intrauterinas (Síndrome de Ascherman).

- 9.- La complicación más frecuente fue anemia secundaria a la hemorragia vaginal.
- 10.- No se encontro ningún método específico de control de dichas pacientes. Continuan en control extrictamente sólo dos pacientes.
- 11.- El coriocarcinoma correspondió al 8.5o/o de la enfermedad del trofoblasto.
- 12.- De las 4 pacientes con coriocarcinoma solamente 1 falleció, otra se desconoce su seguimiento y las otras 2 estan vivas, por mola hidatiforme no hubo fallecimientos.
- 13.- La frecuencia de la mola hidatiforme en nuestro estudio es de una mola por cada 423 partos, lo cual consideramos que es una relación bastante alta.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se recomienda a los médicos del Departamento de Ginecostetricia del Hospital General San Juan de Dios, que sea establecido un método de seguimiento para dicho tipo de pacientes.
- 2.- Hacer más conciencia a los pacientes sobre los riesgos y consecuencias que pueden presentar por no asistir a control.
- 3.- Se recomienda usar más frecuentemente la técnica del ultrasonido para diagnóstico.
- 4.- Evitar el embarazo por lo menos durante un período de un año.
- 5.- Se recomienda al personal médico correspondiente del Hospital General San Juan de Dios que la historia clínica de las pacientes sea sacada lo más completamente posible.

BIBLIOGRAFIA

Acta obstetricia Gynecología Scandinava Vol. 55, 1976 No. 5
"Scrum Human Placental Lactogen" Levile Impatients with intact
Hydatiforme mole.

Vol. 54 1975 No. 2 Gartner Larson. "Immuno Histochemical
demostration of chorionic gonadotrophin tumors".

Vol. 52 1973 No. 3 "Invasive Mole and gestacional
choriocarcinoma".

American Journal of obstetrics and gynecology. June 1o. 1975.
Vol. 122 No. 3. "Hydatidiform mole with coesistent fetus".

October 15, 1976. Volumen 126. No. 4. "Hydatidiforme mole and
eclampsia with coesistent living fetus in the second trimester of
pregnancy".

December 15, 1976. Volumen 125 No. 8.
"Hydatidiform mole combined with fetus extended diagnostic
arsenal".

January 15, 1977. Volumen 127 No. 2
"Hydatidiform mole twoontities".

Ginecología y Obstetricia de México. Septiembre 1975
Volumen 38 No. 227. "Coriocarcinoma".

Ginecología y Obstetricia de México. Abril 1974.
Vol. 35 No. 210. "enfermedad Trobablastica".

Obstetrics Ginecology. August. 1977. Vol./50. No. 2
"Humanan Chorionic Gonadotripin and its sobunits in Hydatidiform
mole and choriocarcinoma.

February 1976. Vol. 47. No. 2 "Haydatidiform mole a vascular congenital anomaly".

January 1975 Vol. 45 No. 1.

"Hayditidiform mole Diagnosis, Managemint and longterm followup of 347 patients."

Tesis: "Mola Hidatiforme del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt 1977". Roberto Edo Diammattei Toriello.

Tesis: "Mola Hidatidiforme y su Diagnóstico por Ultrasonido". Ronaldo Antonio Molina Pelaez. 1974.

Tesis: "Revisión de Coriocarcinoma en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt. Mario Renberto Morán García. 1975.

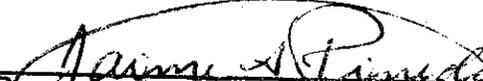
Tesis: "Coriocarcinoma" INCAN. Mario Vinicio Conde Carpio. 1977.

"Clinicas de Ginecología y Obstetricia de Norteamérica. Marzo 1974. "Neoplacia Trofoblastica Gestacional".

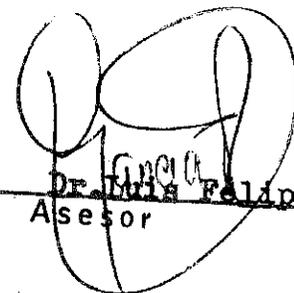
Obstrecia de Williams. "Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma".

Obstetricia de Schawarcs Sala Duberges. "Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma".

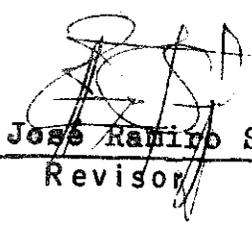
Ginecologia de Novak. Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma".



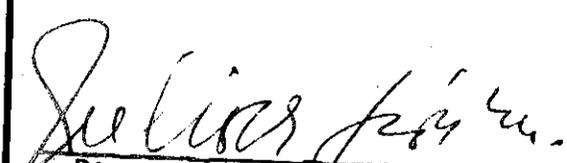
Dr. Jaime Antonio Pineda Colon



Dr. Julia Felipe Garcia Ruano
Asesor



Dr. Jose Ramiro Samayoa Ruiz
Revisor



Director de Fase III

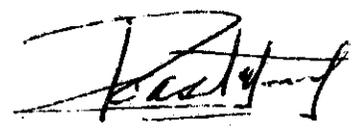
Dr. Julio de León M



Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo.Bo.



Decano

Dr. Rolando Castillo MONTALVO