

EDITORIAL

NEO-FORMACIONES DE ORIGEN CORIAL MOLA HIDATIDIFORME Y CORIOCARCINOMA

DR. GUILLERMO ALFARO DE LA VEGA

EN EL LAPSO COMPRENDIDO entre enero de 1935 y diciembre de 1961, hemos acumulado un número significativo de casos de Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma, que aprovechamos en esta ocasión para hacer una serie de consideraciones de carácter general y que en un futuro próximo delinearemos.

En principio estimamos que el Embarazo Molar se ha calificado por el Médico General como un accidente hemorrágico del estado gravido-puerperal de grave pronóstico, pero que se ha sub-estimado el futuro ginecológico de la mujer que sufre este cuadro, una vez conjurado el aspecto hemorrágico, olvidando la posible malignización del tejido residual que queda en la cavidad uterina. Esto exige desde luego, que la vigilancia de la mujer problema se lleve a cabo, en forma acuciosa, cuando menos durante el año que sigue a la interrupción de su embarazo patológico.

El aspecto genético de la mola hidatidiforme ofrece muchas incógnitas, pero en el grupo de enfermas estudiado parecen tener cierta importancia, factor socio-económicos, geofísicos y algunos de carácter biológico.

Se invoca que la hiponutrición, en hacinamiento y las condiciones precarias higiénicas que sufren las clases desamparadas son hechos importantes que determinan la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales. Esta aseveración la podemos establecer porque la citada degeneración la hemos encontrado en el grupo de enfermas estudiadas y que corresponden a las clases menesterosas que acuden a la Unidad Materno Infantil del Hospital General de México, con una frecuencia mucho muy superior a la que presenta el grupo formado por la clientela privada, cuya capacidad económica es ostensiblemente superior. Aún más esta opinión se robustece cuando la apoyamos en la experiencia de investigadores extranjeros, como Acosta Sison que encuentra que en el Oriente, en donde las condiciones socio-económicas de la población son similares a las de nuestro pueblo

bajo, la incidencia de la Mola Hidatidiforme es muy superior a la de otras regiones, como Estados Unidos de Norteamérica, Europa y algunos países de Sudamérica en los que, la situación socio-económica es a todas luces superior que en las regiones asiáticas.

El aspecto geofísico y correlativamente racial parecen también tener cierta influencia en el desarrollo del cuadro que se discute, puesto que los grupos raciales que llamaremos blancos arrojan una frecuencia inferior a la que dan los orientales.

El carácter biológico, la multiparidad también parece tener cierta importancia en este aspecto, pero creemos que este hecho es más discutible que los anteriormente mencionados.

Se han invocado también algunos hechos patológicos, como el antecedente de tuberculosis pulmonar, curada o evolutiva, las infecciones localizadas de la esfera genital y algún tipo de dismrias, circunstancias que no hemos podido comprobar en el grupo de enfermas que nosotros hemos estudiado.

La solución del problema diagnóstico, no ofrece en sí grandes dificultades, a pesar del corto número de síntomas y signos, que aunque no característicos de este cuadro, son lo suficientemente significativos para elaborar el diagnóstico clínico, que se robustece con la estimación biológica de la capacidad productora de gonadotropinas del tejido corial degenerado. Sin embargo debemos anotar que esta capacidad es muy variable, puesto que, hemos encontrado cifras compatibles con embarazos normales con cifras compatibles con degeneraciones coriales. A pesar de todo la dosificación de gonadotropinas coriónicas da un promedio frecuentemente alto, que justifica su valor coayuda diagnóstica. Más importantes es aún para nosotros, el estudio histopatológico del tejido degenerado, que nos brinda la oportunidad de la posible o no malignización potencial del tejido problema.

La vigilancia ulterior de una mujer que ha sufrido esta entidad nosológica, se justifica porque el coriocarcinoma habitualmente se deriva de un embarazo molar y porque la cualidad de malignización del trofoblasto molar es muy superior al del trofoblasto del aborto simple o embarazo ortotópico de término. Esta vigilancia será completa cuando todos los medios clínicos, los de laboratorio y los de gabinete sean aprovechados con la frecuencia que exija el buen criterio del clínico, ante la mujer problema, para descubrir un coriocarcinoma incipiente.

El coriocarcinoma, cuya génesis señalábamos anteriormente, se inicia en el trofoblasto degenerado del embarazo molar, también puede derivar de uno que no presente la citada degeneración como sucede en un corto número de ocasiones, cuando éste, el coriocarcinoma deriva de un trofoblasto que no presenta degeneración hidrópica, como el aborto simple, el embarazo ortotópico que llega a su término o menos frecuentemente en el embarazo ectópico.

El problema diagnóstico del coriocarcinoma, es también de relativa fácil solución, si se valora correcta y completamente los componentes de esta entidad noso-

lógica, y cosa muy importante, no se pasan por alto los antecedentes mediatos e inmediatos de carácter obstétrico que puedan presentarse.

Aquí nuevamente insistimos que la cuantificación gonadotropínica por medios biológicos, es de gran significación, pero que ofrece las mismas variaciones en su producción que la de la mola hidatidiforme.

Lógico sería suponer que la identificación histopatológica del tejido corial malignizado sería la base del diagnóstico definitivo, pero dadas las características celulares del coriocarcinoma, el patólogo en muchas ocasiones no las considera características y no se siente por este hecho para asegurar un diagnóstico definitivo y sólo lo hace cuando tiene la frecuente oportunidad de establecerlo por medio de la autopsia.

Es por esta serie de consideraciones y por el carácter biológico de este cáncer corial, de marcada capacidad invasora y de muy rápida evolución, lo que nos obliga a establecer un diagnóstico oportuno y una terapéutica lo más eficaz posible, para conjurar el riesgo a que está sujeta una mujer que sufre cualquiera de estas dos entidades nosológicas.

La evacuación completa de un embarazo molar, eligiendo la vía más adecuada en función de la expresión clínica del padecimiento y el control ulterior es una primera premisa que podemos establecer. Podemos agregar que en aquellas mujeres que han traspasado los 35 años y que han satisfecho plenamente su misión genética y siempre que acepten la solución del problema que adelante señalamos, serían tributarias de una histerectomía total, puesto que su edad las coloca en situación más favorable hacia la degeneración maligna.

El coriocarcinoma en la actualidad tiene sólo una posibilidad curativa definitiva cuando se encuentra localizado en la esfera genital, la histerectomía simple o mejor todavía ampliada.

Suponemos y creemos con una base sólida de justicia que la quimioterapia ofrece en la actualidad un buen número de posibilidades curativas, como lo demuestran los trabajos del grupo de investigadores del Japón y algunos de Estados Unidos de Norteamérica y la nuestra propia, y que seguramente en el futuro, cuando se encuentren otras drogas de carácter anticarcinogénico superior, la solución del problema se simplificará notablemente.