

SUMMARY

The most important recent aspects of trophoblastic disease are reviewed. New therapeutic procedures have drastically modified the histologic picture, aside of changing the prognosis. Twelve cases are described, and their unusual clinical and anatomical characteristics are stressed.

REFERENCIAS

- Hertig, A. T., y Sheldon, W. H.: *Hydatidiform mole a pathologico-clinical correlation of 200 cases*. Amer. J. Obstet. Gynec. 53: 1, 1947.
- Gore, H., y Hertig, A. T.: *Problems in the histologic interpretation of the trophoblast*. Clin. Obst. and Gynec. 10: 269, 1967.
- Hertig, A. T., y Mansell, H.: *Atlas of Tumor Pathology. Tumors of the female sex organs*. Parte I. Hydatidiform mole and choriocarcinoma. Washington, D. C. Armed Forces Institute of Pathology, 1956.
- Hertig, A. T., y Gore, H.: *Trophoblastic lesions*. En: *Management of the patient with cancer*, T. F. Nealon, Jr. (Ed.) Philadelphia, Saunders, 1965.
- Ross, G. T.; Hammond, Ch. B., y Odell, W. D.: *Chemotherapy for non-metastatic gestational trophoblastic neoplasm*. Clin. Obst. and Gynec. 10: 323, 1967.
- Bardawil, W. A.; Hertig, A. T., y Velardo, J. T.: *Regression of trophoblast. I. Hydatidiform mole; a case of unusual features, possible metastasis and regression; review of literature*. Obstet. and Gynec. 10: 614, 1957.
- Bardawil, W. A., y Toy, B. L.: *Natural history of choriocarcinoma: problems of immunity and spontaneous regression*. Ann. N. Y. Acad. Sci. 80: 197, 1959.
- Lewis, J.: *Chemotherapy for metastatic gestational trophoblastic neoplasm*. Clin. Obst. and Gynec. 10: 330, 1967.
- Dockerty, M. B., y Craig, W. McK.: *Chorionepithelioma, An unusual case in which cerebral metastasis occurred four years after hysterectomy*. Amer. J. Obstet. Gynec. 44: 497, 1942.
- Maqueo, M., y Torres, H. I.: *Coriocarcinoma. Consideraciones generales y presentación de 3 casos*. Rev. Invest. Clin. 12: 187, 1960.

COMENTARIO OFICIAL

DR. CARLOS MACGREGOR¹

EL PROBLEMA que plantea el presente trabajo, resulta particularmente interesante si observamos que aún en el momento actual son tan pobres los conocimientos sobre su etiología, que prácticamente nos encontramos en el punto de partida.

Sin embargo, en el manejo diagnóstico y terapéutico se ha avanzado lo suficiente pa-

ra modificar en forma significativa, las tasas de mortalidad por esta causa.

El coriocarcinoma, encuentra índices de presentación acordes con los patrones de distribución del embarazo molar o sea, que los autores con mayor frecuencia los autores de países en los que existe un nivel socio-económico más bien bajo; así por ejemplo, Acosta Sison¹ en Filipinas, reporta un coriocarcinoma por cada 500 embarazos, mientras que la mayor parte de los autores norteamericanos y europeos lo hacen oscilar de

¹ Académico numerario. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social.

uno por cada 30,000 a uno por cada 70,000. En nuestro medio, en el Hospital de Gineco Obstetricia Uno, se ha observado una proporción de uno por cada 44,000 embarazos.²

Así mismo, en diversas estadísticas^{3, 4, 5} se puede ver que 50% de los casos provienen de un embarazo molar previo; 25%, de un aborto; en 22.5% de un embarazo normal y en el 2.5%, de embarazo ectópico y en forma ocasional, de un teratoma ovárico; resulta interesante, en relación a lo anterior, el modo de pensar de Acosta Sison,¹ que intenta explicar el hecho de que la mola es el medio más propicio para el desarrollo del coriocarcinoma invocando que la gran secreción hormonal de ésta vuelve el útero susceptible, por el señalado aumento del tamaño de sus vasos, a la penetración del trofoblasto y a su desarrollo; en el caso de aborto, considera que el trofoblasto se encuentra aún muy activo, no así en el caso del parto normal, en el que la placenta se encuentra finalizando su función. Además, también se intenta explicar la frecuencia relativa en el embarazo ectópico, en función de que la mayoría de dichos embarazos presentan las primeras manifestaciones de la degeneración hidática.

Es interesante el hecho que mencionan Maqueo y col., en el sentido de que la gradación histológica de la mola no es un buen índice pronóstico para prever posibilidades de aparición subsecuente de coriocarcinoma; así en una revisión realizada por nosotros, corroboramos que, indistintamente, se puede presentar en molas clasificadas como benignas o como malignas. Resulta más útil analizar algunos aspectos estadísticos, como la relación entre edad de la paciente y las posibilidades del coriocarcinoma; así vemos que, en las series de la Dra. Acosta Sison, la mayor parte de este tipo de tumores se presentaron en pacientes cerca de los 40 años; sin embargo, puede ocurrir en cualquier edad, existiendo reportes en mujeres de 14 años. Los tumores del trofoblasto se presentan con mayor frecuencia en pacientes multiparas.

Se ha especulado mucho sobre el tiempo que puede transcurrir entre el embarazo que

condiciona el problema y la aparición de las primeras manifestaciones de un coriocarcinoma. Este hecho es particularmente confuso, pues frecuentemente se injertan nuevos embarazos no diagnosticados; como quiera que sea, en general se acepta que en la mayoría de los casos las manifestaciones clínicas de un coriocarcinoma se hacen aparentes dentro del primer año, aún cuando existen reportes hasta con intervalos de 19 años. Nosotros hemos tenido la oportunidad de observar, en uno de los casos reportados por los autores que comentamos, la aparición de las manifestaciones, cuatro años después del último episodio gestacional.

Hemos mencionado estos datos de tipo estadístico, porque nos parecen particularmente interesantes para enfocar nuestro comentario a los aspectos prácticos del manejo del coriocarcinoma. Es útil tener presente siempre la posibilidad de coriocarcinoma, después de un embarazo, especialmente si se ha tratado de un embarazo molar, si existe persistencia de sangrado uterino anormal y subinvolución uterina. En la vigilancia de las pacientes que han sido objeto de un vaciamiento molar, seguimos el esquema siguiente:⁶ (Tabla 1)

Como se puede observar, esta vigilancia se prolonga por lo menos durante dos años y se basa fundamentalmente en observar la evolución clínica e investigar la presencia de actividad gonadotropa; con este fin deben practicarse titulaciones seriadas de gonadotrofina coriónica. Si se practica legrado uterino y no se demuestra tejido trofoblástico que justifique el sangrado y simultáneamente observamos que tiende a ser progresiva la elevación de las gonadotrofinas, de inmediato investigamos la presencia de metástasis óseas y pulmonares y aún cuando éstas no estén presentes, la sola actividad gonadotropa es suficiente para que consideremos que existe un probable coriocarcinoma. Seguimos siendo partidarios, en estos casos, de practicar de inmediato histerectomía total, con objeto de corroborar el diagnóstico en la pieza quirúrgica, y con la idea de extirpar el tumor primario, pero simultáneamente se instituye tratamiento quimioterápico. La quimioterapia

pia constituye seguramente, como señalan en su trabajo Maqueo y col., el avance más evidente en el tratamiento de los tumores del trofoblasto.

Si bien no participamos del criterio preconizado por la Dra. Acosta Sison de instituir quimioterapia a toda paciente mayor de 35 años, portadora de un embarazo molar, esto se explica en virtud de que en nuestras pacientes la frecuencia de coriocarci-

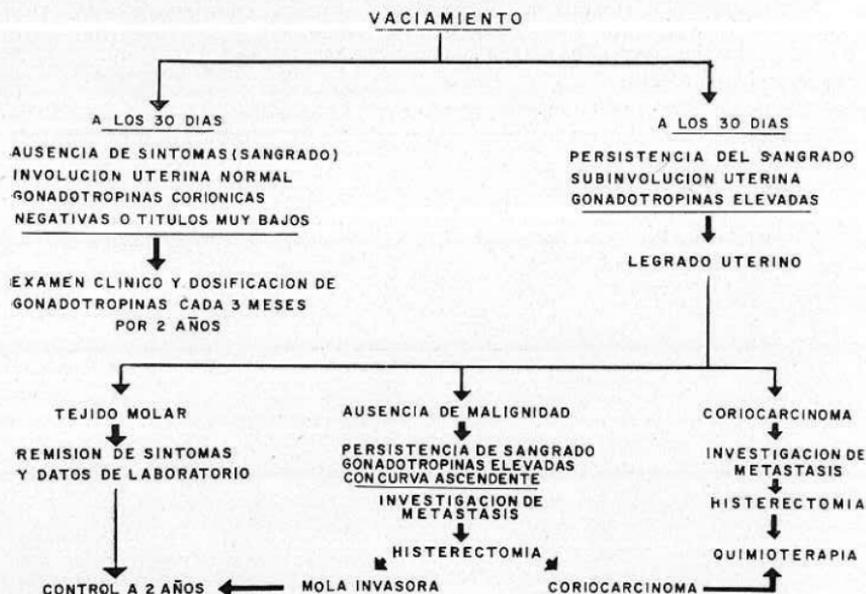
jido trofoblástico demostrable en cavidad uterina.

El tratamiento a base de quimioterapia, iniciado hace pocos años, ha venido a mejorar notablemente el pronóstico de este padecimiento. Las sustancias más frecuentemente usadas son: metrotrexate, 6-mercaptopurina, vincleucoblastina y clorambusin.

Hertz,^{7, 8, 9} empleando el metrotexate en 44 casos de coriocarcinoma, encontró regre-

Tabla 1

MANEJO CONSECUTIVO AL VACIAMIENTO DE EMBARAZO MOLAR



noma es solo de uno por 44,000; en cambio la autora mencionada reporta una frecuencia de 1×500 , lo que justifica toda medida profiláctica que se tome. Consideramos que debe de instituirse el tratamiento con quimioterapia ante el diagnóstico evidente de coriocarcinoma hecho por estudio histopatológico, o bien por comprobación radiológica de metástasis o ante la evidencia de actividad gonadotropa, en ausencia de te-

sión completa en 21 casos (48%), en 4 casos (9%) remisión incompleta y un total de 19 fallecimientos (43%); no encontró diferencia significativa entre los grupos de pacientes en las que se practicó histerectomía y en aquellas en las que solamente se practicó la quimioterapia. Por otro lado, el analizar el efecto de estas sustancias sobre el sitio de la metástasis, señala que, en 52 casos de metástasis al pulmón, en 22 tuvo remi-

sión incompleta y 24 fallecieron. En términos generales, los efectos que se han observado en nuestro medio son comparables con los mencionados anteriormente. Debe de tenerse presente que el uso de estas sustancias oncolíticas exige vigilancia adecuada y criterio clínico, con práctica de biometría hemática y prueba de función renal y hepática frecuentes. Un criterio adecuado, los cuidados necesarios y la quimioterapia, han significado que las pacientes con enfermedad trofoblástica, con metástasis o no, sean susceptibles de curación. El efecto tóxico del medicamento se puede prever oportunamente. Resulta importante enfatizar la utilidad tanto para el diagnóstico como para la evaluación del padecimiento durante el tratamiento, de la dosificación de hormona gonadotropina coriónica, por un método suficientemente sensible.

REFERENCIAS

1. Acosta Sison, H.: *Statistical study of chorionepiteloma in Philippine General Hospital*. Am. J. Obst. and Gynec. 58: 125, 1949.
2. Mac Gregor, C.: *Análisis estadístico del embarazo molar en el Hospital de Gineco-Obstetricia Uno del I.M.S.S.* Ginec. y Obst. Méx. 21: 611, 1966.
3. González, E.: *Mola hidatiforme (tumores coriales)*. Tesis U.N.A.M., México, 1963.
4. Maqueo, M.: *Coriocarcinoma. Consideraciones generales y presentación de 3 casos*. Rev. Inv. Clin. 12: 187, 1960.
5. Parson, L.: *Hydatiforme mole and chorioepitelioma*. Gynecology. New York, Saunders Comp. 1963, Cap. 53, p. 422.
6. Ontiveros, E.: *Resultado del control a largo plazo consecutivo a aborto molar*. Ginec. Obst. Méx. 21: 603, 1966.
7. Hertz, R.: *Chemotherapy in women with throphoblastic diseases*. Ann. N. Y. Acad. Sc. 114: 881, 1964.
8. Hertz, R.: *Chemotherapy of choriocarcinoma and related throphoblastic tumors in women*. J.A.M.A. 168: 845, 1958.
9. Hertz, R.: *Five years experience with the chemotherapy of metastatic choriocarcinoma and related throphoblastic tumors in women*. Am. J. Obst. and Gynec. 82: 631, 1961.