CARIOCARCINOMA A PARTIR DE UN EMBARAZO TUBARICO

Reporte de un Caso.

Dr. Rubén Darío Guzmán A.*
Dr. Guillermo Castro M.**
Dr. Jaime Cantillo G.***

La enfermedad trofoblástica, es una entidad que cada día llama más la atención a todos los investigadores del mundo, por ser de evolución demasiado caprichosa, por el interés que despierta su comportamiento biológico y por las incógnitas que todavía no están bien dilucidadas.

El coriocarcinoma, puede originarse a partir de un teratoma de cualquier órgano: del ovario, del testículo, de la mola hidatiforme (50%), de los abortos (30%), de partos normales (20%). A veces el tumor primitivo desaparece quedando solo las manifestaciones metastásicas en múltiples órganos; puede también originarse de la embolización de células trofoblásticas, que normalmente ocurre en los partos normales (2).

Al revisar las estadísticas de las historias ginecológicas del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, encontramos un caso de embarazo tubárico que degeneró en coriocarcinoma, ocurrido en el año de 1961 y que hoy publicamos por el gran interés particular que en sí encierra.

Material:

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA
Nº 265908

Nombre: C. T. R.

Estado civil: Soltera.

Edad: 19 años.

Profesión: Oficios domésticos.

Origen: Restrepo (Meta).

Procedencia: Bogotá.

Fecha de ingreso: III-19-61.

Motivo de Consulta: Ingresa al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal, vómito de color amarillento, fiebre y escalofrío.

Enfermedad actual: Refiere la paciente que desde hace aproximadamente 1 mes se inició la enfermedad por dolor en fosa ilíaca derecha, vómito de color amarillento, fiebre y escalofrío, síntomas que se han agudizado desde hace 8 días. Además notó la presencia de una masa abdominal, la cual ha aumentado de tamaño con bastante rapidez; la sintomatología arriba anotada se ha exacerbado aún más, desde hace dos días.

Antecedentes Obstétricos: Negativos.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Relaciones sexuales desde hace 1 año.

---

* Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

** Instructor Asociado de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Médico especialista del Hospital Militar Central.

*** Instructor Asociado de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Ciclos: 30 x 8 con menalgia. U.R.: II-9-61 x 8 días. PUR.: XII-24-60 x 8 días.

Examen Físico: Enferma bastante pálida. T.A. 12 x 8; pulso 100 X'; Respiración: 24'; T. bucal: 37.2º C.; T. rectal: 37.8º C. Cabeza con cabello de implantación normal. Nariz y oídos: normales. Cuello: Hipertrofia discreta y difusa de todo el cuerpo tiroides. Tórax: Senos de tamaño y forma normales. no secretantes.

Corazón: Ruidos cardíacos bien timbrados con frecuencia de 100 x'. Abdomen: Dolor a la palpación profunda especialmente en hipogastrio y ambas fosas ilíacas. Se palpa una masa regular, de consistencia semiblanda, muy dolorosa, fija, de unos 15 x 10 cms. de diámetro, que ocupa el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha. Hígado y bazo: normales. Urinario: clínicamente normal. Extremidades: normales.

Examen Ginecológico: Genitales externos: normales; glándulas de S.B.U.: normales. Tacto vaginal: vagina caliente, cuello: anterior, doloroso a la movilización. En el fondo de saco posterior y lateral derecho se palpa una masa semiblanda, fija, muy dolorosa a la movilización de 15 x 10 cms. de diámetro, que engloba el útero y no permite apreciar las características de éste; dicha masa corresponde a la masa palpada en abdomen. TVR: confirmatorio, parametrios libres. Especuloscopia: Cuello de nulípara con epitelio sano; flujo: blanco, fétido, en regular cantidad.

Con la impresión diagnóstica de **Anexitis aguda** se solicitan exámenes de laboratorio: Cuadro hemático, sedimentación, orina. Se inicia tratamiento a base de penicilina, antiflogísticos, hielo en abdomen y reposo en cama.

Exámenes de Laboratorio: III-19-61: Cuadro hemático: Hb. 11.8; Htto. 37; Leuc. 11.450 segmentados: 80; Linf. 18; Monoc. 1 Sedimentación: 45. P. de orina: Ambar. Densidad 1015 PH. 5.5, el resto del examen es normal.

Se trató la enferma en el servicio de Ginecología durante 45 días como un cuadro de anexitis aguda, sin ninguna mejoría. Reacción de Galli-Mainini (IV-6-61): positiva: xxxx. Se piensa en un quiste semitorcido de ovario; Embarazo tubárico derecho con un proceso anexial sobreagregado; Disgerminoma de Ovario; Mola Hidatiforme; Embarazo en un útero bicornual; Mioma degenerado etc. Una reacción de Galli-Mainini cuantitativa mostró en dos oportunidades: 800.000 Us.

Una radiografía de Abdomen: (Nº 168-680), no visualiza partes fetales. Un nuevo examen ginecológico efectuado pocos días más tarde muestra un cuerpo uterino pequeño, desviado hacia la izquierda con una histerometría de 7 cms. Se solicita una radiografía de tórax que revela lesiones nodulares diseminadas con aspecto sugestivo de metástasis. Un frotis vaginal muestra: Atipias benignas; frotis con moderado efecto estrogénico; marcada cantidad de leucocitos, predominio de bacterias cocoïdes.

Con las hipótesis diagnósticas anotadas anteriormente se resuelve intervenir el día IV-20-61, encontrándose una gran masa de 20 x 10 cms. de diámetro, lobulada, dependiente del anexo izquierdo, de color rojizo, con numerosas adherencias al colon sigmoide y asas intestinales que ocupan el Douglas y fondo de saco lateral derecho; el útero es de tamaño normal y se encuentra rechazado hacia la derecha por la masa anotada; la trompa y el ovario derecho son aparentemente normales. Se toma biopsia por congelación de la masa descrita, cuyo resultado es el de "tejido placentario de un embarazo ectópico" y por ello se practica salpingooforectomía izquierda. Posteriormente el resultado de A.P. Nº 1622-61 es informado como coriocarcinoma a partir de embarazo tubárico izquierdo. En vista del diagnóstico anterior se interviene el V-2, habiéndosele practicado una histerectomía abdominal total con Salpingooforectomía derecha. (Figs. Nos. 1, 2 y 3).

En el post-operatorio presenta flebitis de la pierna derecha y el día V-11-61 la enferma se eviscera; se cierra la evisceración. Una reacción de Galli cuantitativa (V-13-61) dá: 200.000 Us., y una nueva radiografía de tórax mostró imágenes sugestivas de metástasis.

Informe anatomopatológico del útero: Nº 1799-61: Coriocarcinoma en peritoneo (cara posterior de la matriz). Cervicitis y salpingitis crónica; Granulomas por cuerpos extraños. Se ordena salida el V-26-61 y se envía al I.N.C.

El VI-3-61: reingresa la paciente al Servicio de urgencias por presentar fuerte dolor abdominal tipo cólico, constipación intestinal y hemorragia genital. Al examen se encuentra una enferma en regular estado general, pálida, T.A. 11/7 P. 78 x'; 37º C. Abdomen ligeramente distendido con ruidos intestinales débiles; al examen ginecológico se encuentra una masa de 10 cms. localizada en el Douglas, la cual se interpreta como una invasión tumoral. Como la paciente no ha defecado, se solicita una Rectosigmoidoscopia encontrándose una gran masa tumoral que infiltra la ampolla rectal; se toma biopsia de la masa, la cual confirma el diagnóstico de corioepitelioma (A.P. Nº 2392-61); posteriormente presentó un cuadro de obstrucción intestinal, motivo por el cual el

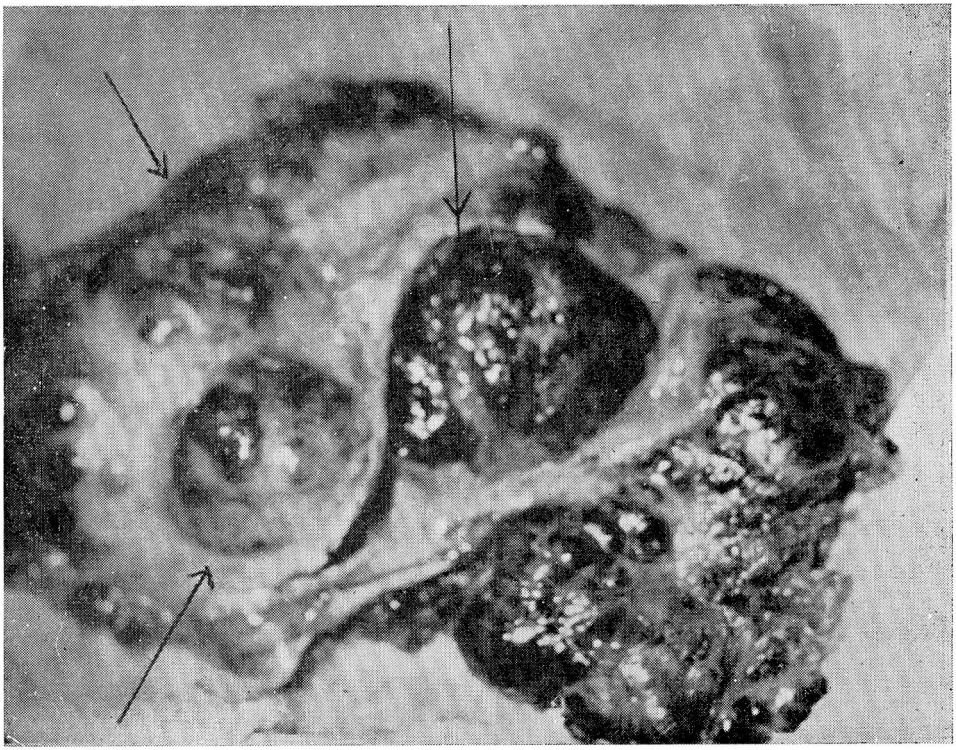

FIGURA Nº 1 — La masa extirpada de anexo izquierdo donde pueden verse los nódulos necróticos y hemorrágicos típicos del coriocarcinoma originado del embarazo tubárico como lo indican las flechas.

VI-6-61 se le practica colostomía. Un nuevo control de Galli-mainini cuantitativo da 800.- Us. y una placa de tórax revela progresión de las metástasis pulmonares; hay anemia severa la cual se trata con transfusiones repetidas de sangre; el estado general es malo y continuó con el dolor abdominal. El VI-24 se inicia tratamiento con Metrotexate en dosis de 4 comp. de 5 mg. al día, por sesiones de una semana por 7 días de descanso; se continúa aplicando sangre, antiespasmódicos, antibióticos de tipo del Cloranfenicol.

Exámenes de Laboratorio: VI-13-61: Hb. 5.7; Htto. 23; Leuc. 3.000; Lif. 30 Eos. 2 segmentados 68; plaquetas 230.000.

El VII-13-61: Comienza a sangrar profusamente por la colostomía y por el recto. El Depto. de Proctología conceptúa que se debe a extensión del proceso maligno al recto. Continúa en tratamenito con Metotrexate en la forma y dosis arriba anotadas; en algunas oportunidades las reacciones biológicas son negativas y otras positivas; la radiografía de tórax en algunas ocasiones reveló disminución de las metástasis y en otras aumento de las mismas. Un examen proctológico practicado el VII-5-61 mostró disminución de la masa rectal: 5 x 6 cms.

El tratamiento con metotrexate produce crisis diarreicas y brote de tipo alérgico los cuales cedieron al suspender la droga; el último Galli mainini fue de 800.000 Us.

El día VIII-28-61: a las 8 horas se encuentra una paciente inconsciente, con hipotonía de los miembros inferiores, shock, respiración soplante y rápida, palidez intensa e ictericia de las conjuntivas y a las 16:30 fallece.

Protocolo de Autopsia: Nº 478-61

Hallazgos principales:

FIGURA Nº 2 — Un corte de la masa del anexo izquierdo.

FIGURA Nº 3 — El producto de la histerectomía con S.O.D., con la infiltración tumoral de cara posterior de útero anexo derecho normal.

Cicatrices de resección de coriocarcinoma (a partir de un embarazo de trompa izquierda) y de salpingooforectomía bilateral e Histerectomía: (P. Nº 1799 - 1622 - 2407 - 2393 y 1685/61) 4 meses antes de la muerte.

Coriocarcinoma metastásico a pulmones, hígado y vagina.

Extensión tumoral al espacio vésico-vaginal con formación de abscesos y extensos hematomas (historias de hemorragias profusas vesicales y rectales y de oclusión intestinal).

Anemia.

Ictericia.

Degeneración grasa del hígado.

Herida quirúrgica reciente para colostomía.

Pielonefritis supurada izquierda con hidro-uretere e hidronefrosis moderada.

Colitis ulcerosa.

Aspiración bronquial de contenido gástrico.

Edema pulmonar moderado (peso de los pulmones: 580 grs.).

Resumen final

Mujer de 19 años que a partir de un embarazo extrauterino tubárico hace un coriocarcinoma con metástasis a pulmón e hígado. Se extirpa y posteriormente se extiende a vagina y recto, con fistulización, formación de extenso hematoma y hemorragia severa. Muere anémica; hace aspiración bronquial y edema pulmonar.

Comentario

Por tratarse de un hecho de ocurrencia excepcional y en vista de que la Literatura existente sobre este tema, es muy escasa, hemos querido presentar un caso de embarazo tubárico que degeneró en coriocarcinoma, en una mujer de 19 años de edad, quien jamás había estado embarazada; estamos seguros de que el tumor se originó a partir del embarazo tubárico y no del útero, a pesar de que este órgano estaba infiltrado por tumor de fuera hacia dentro, sin llegar a la cavidad endomertial; también se descartó la posibilidad de que el tumor se originara a partir de células teratogénicas de los ovarios (3), o que fuera metástasis de un teratoma de cualquier órgano, pues la autopsia negó claramente estas posibilidades (4). Gómez Palacino y col. (5), en 112 casos de enfermedad trofoblástica recolectados durante 30 meses (1 - II - 69 a 30 - VIII 71), no relata ningún caso de embarazo ectópico que haya degenerado en coriocarcinoma. Taylor y col (6), en 19 pacientes de enfermedad trofoblástica tratadas y vigiladas durante 15 años, solo menciona una paciente de 38 años que muere debido a múltiples metástasis. MacGregor (1), también reporta un caso dentro de los 147 de enfermedad trofoblástica analizado por él.

Resumen

1. Se presenta un caso de embarazo tubárico el cual degeneró en coriocarcinoma, caso de poca ocurrencia como lo atestigua la escasa literatura que existe sobre el tema.

2. Como lo demuestra la historia clínica, existió dificultad diagnóstica apreciable.

3. La evolución fué caprichosa: en algunas ocasiones las reacciones biológicas fueron negativas y en otras positivas, así como también las lesiones pulmonares metastásicas demos-

tradas por las radiografías de tórax, las cuales en una oportunidad aumentaron y en otra disminuyeron.

Summary

1. A case of tubal pregnancy is shown, where such developed into choriocarcinoma, a rare event as witnesseth by the scarce amount of literature that exists on the subject.

2. As shown from the clinical history, there was an appreciable difficulty in the diagnosis.

3. The evolution was irregular: on certain occasions the biological reactions were negative and positive in others, as well as the metastatic lung lesions shown by chest X rays increased in one instance and decreased in another.

BIBLIOGRAFIA

1 MAC GREGOR, C. "Análisis estadístico del embarazo molar". Rev. Obst. Ginec. Mex. XXI: 6í2, 1966.

2 CHAN, D. P. C., MMSA Frcog, and Wone W. P. (Singapore). Extrauterine gestational Choriocarcinoma. Report of Two cases. Obst. Gynec. 35: 730, 1970.

3 BARR, F. G., and OKTAY, A.: Primary hidatiform mole of ovary. Amer. J. Obst. Gynec. 79: 1088, 1960.

4 CRISP, W. E.: Choriocarcinoma of the Fallopian tube coincident with viable pregnancy, Amer. J. Obst. Gynec. 71: 442. 1956.

5 GOMEZ PALACINO, J. A. y col. Comunicación personal. 113 casos de enfermedad trofoblástica. Trabajo que se presentará en el IX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología en la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

6 TAYLOR, E. S., and DROGGEMUELLER, W.: Choriocarcinoma, Chorioadenoma destruens and syncytiel endometritis. Am. J. Obst. and Gynec. 83: 958, 1962.