Enfermedad trofoblástica

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE 1962-1972

Dr. Jorge E. Zuñiga C.*

Con la colaboración

Dres.: Augusto Botero y Carlos Saieh.

INTRODUCCION

El término Enfermedad trofoblástica designa una condición clínica producida por neoplasias que pueden originarse de la placenta, del epitelio coriónico conteniendo células del cito y del sincitotrofoblasto o que pueden originarse en las células germinativas de ambos sexos.

Así pues, los tumores del trofoblasto pueden ser gestacionales o no gestacionales, ya sea que tengan su origen en placenta o en las células germinativas de las gonadas de ambos sexos. De acuerdo a su diseminación se dividen en metastásicos y no metastásicos.

Los primeros se clasifican en:

1. Mola hidatidiforme que presenta degeneración hidrópica de las vellosidades.
2. Corioadenoma destruens o Mola invasora que invade tejido miometrial.
3. Coriocarcinoma: Tumor anaplásico epitelial formado por células del sincito y del citotrofoblasto. Las vellosidades como tal, han desaparecido.

El estudio de esta enfermedad se inició hace muchos años y fue Sanger quien en 1889 sugirió la existencia de un tumor derivado de la decidua del embarazo.

Marchand en 1895 demostró las células del cito y sincitotrofoblasto. Willian en 1895 describió y revisó 26 casos de decíduoma maligno. En la literatura nacional han aparecido últimamente una serie de artículos que hacen referencia a investigaciones o análisis retrospectivos a cerca de la incidencia de la enfermedad. (1, 6, 7, 12,).

Preocupados por la alta incidencia reportada, se ha querido hacer un estudio retrospectivo de los casos atendidos en el Hospital Universitario del Valle, en el período de 1962-1972.

Etiopatogenia: Las teorías para explicar la génesis de la mola son múltiples, pero ninguna comprobada hasta el momento.

Hertig y Edmonds sugieren que esta transformación es causada por insuficiencia vascular del tejido placentario, con muerte, resolución del feto y edematización del tejido vellosos. (15).

---

* Profesor Asociado, Jefe servicio de Ginecología. División de Salud. Depto. de Obst. y Ginec., Universidad del Valle.

Acosta y Sison recalcan que una nutrición deficiente durante el embarazo o embarazos frecuentes con edad materna avanzada o una T.B.C. pulmonar activa concomitante son fuentes contribuyentes al desarrollo de la enfermedad. Lean rebate esta teoría con un cuestionario dietético para las pacientes. Baggish y colaboradores (2) reportaron la cromatina sexual en 90 casos de mola hidatidiforme; 88% de las muestras contenían 15 células o más de cromatina positiva. No hubo casos enteramente cromatino negativos. Se trató entonces de explicar la preponderancia de células femeninas o cromatino-positivas en las molas. Así mismo se han encontrado porcentajes muy altos de elementos triploides en embarazos molares.

Tow supone que el tumor pueda existir en diferentes etapas de diferenciación y que esta diferenciación de fase está en alguna manera relacionada con el tiempo.

MATERIAL Y METODOS

El estudio comprende el análisis de 248 casos de neoplasia trofoblástica, benignas y malignas, atendidos en el Hospital Universitario del Valle en Cali, en la década de 1962 a 1972.

En esta época se presentaron un total de 59.874 partos, 20.464 abortos, 5.129 cesáreas y 1.113 embarazos ectópicos. La incidencia de la enfermedad trofoblástica según cifras es bastante alta en nuestro medio, siendo 1 x 348 embarazos, 1 x 241 partos y 1 x 81 abortos.

Se hace un análisis retrospectivo de los informes de anatomía patológica y de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de mola hidatidiforme, corioadenoma destruens y coriocarcinoma, en un lapso de 10 años, tratadas en las salas generales del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario del Valle, en Cali, Col. S.A. En cada caso se analizó: Edad, paridad,

tiempo de embarazo en el momento de la consulta, síntomas, signos, diagnóstico clínico, título de gonadotrofina coriónica al ingreso y su control posterior, estudios radiográficos, grupo sanguíneo, diagnóstico anatómo-patológico, tratamiento, morbilidad asociada al tratamiento, malignización.

La mayoría de las pacientes son de un nivel socio-económico bajo, procedentes del Departamento del Valle y especialmente Cali. Col. S.A.

RESULTADOS:

Se presentaron un total de 218 molas (85%). 12 corioadenomas 9 (6%). y 18 coriocarcinomas (9%).

Figura No. 1

MOLA Corioadenoma Coricarcinoma

Se encontró el mayor número de molas entre 20 y 30 años. (Cuadro No. 1).

Entre los 20 y 30 años es la edad en que ocurren mayor número de embarazos en la población general.

Distribución por número de embarazos: Se observó un número mayor de molas en los primeros embarazos. 36.3% de 1-3 embarazos incluyendo la mola. (Cuadro No. 2).

Grupo sanguíneo y RH. En pacientes con enfermedad trofoblástica.

No se encontró tendencia importante de analizar; la distribución de los grupos corresponde a la de la población en general.

Diagnóstico Histológico: Para su clasificación se siguieron los criterios de Hertig y Shaldon, (14) teniendo en cuenta:

A. Grado de proliferación del trofoblasto

B. Pleomorfismo y anaplasia celular

C. Preservación de la membrana basal.

D. Presencia o ausencia de vasos sanguíneos.

Ver distribución (Cuadro No. 3).

Título de gonadotrofinas en relación con el grado histológico en pacientes con enfermedad trofoblástica. (Ver Cuadro No. 4.).

Menos de 20.000 unidades de gonadotrofinas coriónicas en 32 casos.

Cuadro No. 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD TROFOBlastica

Edad	Menores de 20 años	20 - 30 años	31 - 40 años	Mayores de 40 años	Sin da to	Total
No.	42	100	67	36	3	248
%	17 %	40 %	27 %	16 %	1 %	100

Cuadro No. 2

DISTRIBUCION POR NUMERO DE EMBARAZOS

1 - 3	4 - 6	Más de 6	Sin Dato	Total
90	50	73	35	248

Cuadro No. 3

MOLA G I	128 casos	51.6 %
MOLA G II	72 casos	29.2 %
MOLA G III	15 casos	6.4 %
CORIOADENOMA	12 casos	4.3 %
COPIOCARCINOMA	18 casos	7.4 %
MOLA EMBRIONADA	3 casos	1.1 %

Cuadro No. 4

TITULO	MOLA G I	MOLA II	MOLA III	CORIOADEN	CORIOCARC	TOTAL
Menos de 20.000	13	12	3	1	3	32
80 - 160.000	7	6	2	-	-	15
16 - 320.000	13	13	-	4	4	34
Mayor de 320.000	2	9	1	2	2	16
T. Cuas- litati- va	14	16	2	1	2	15
T. Nega- tivo	18	7	1	1	1	28
Sin Da- to	61	11	7	3	6	88

Cuadro No. 5**SINTOMAS Y SIGNOS PREDOMINANTES**

Hemorragia vaginal	227	91 %
Dolor abdominal	81	32 %
Fiebre y escalofríos	72	29 %
Desproporción entre crecimiento Uterino y amenorrea	69	27 %
Exacerbación de síntomas simpáticos	41	16 %
Aumento de tensión arterial y edemas	30	12 %

Se encontraron masas anexiales solamente en 8 pacientes (3.2 %)

Cuadro No. 6

Diagnóstico clínico al ingreso en pa-
cientes con enfermedad trofoblástica.

Aborto Molar	Aborto in- completo.	Cario- carcin- ma	Amenaza de abor	Otros	Coria- adeno- ma.	Sin da- to
161	41	5	14	22	1	4

Títulos negativos por la prueba bioló-
gica de Galli-M (rana) en 28 casos.

99 pacientes, de las cuales 13 fueron
positivas por metástasis.

Otros diagnósticos fueron:

Aborto frustrado	Hematoma de vulva
Embarazo ectópico	Ruptura uterina
Hematometria	Polihidramnios
Hemorragia disfuncional	Embarazo y toxemia
Miomatosis uterina	Abrupto pla- centae.
Pólipo cervical	Shock séptico
Endometritis.	

Dx. Histológico**Positivo
para metástasis**

Mola hidatidiforme	5
Corioadenoma destruens	3
Coriocarcinoma	5

A pesar de las metástasis el diagnósti-
co histológico fue de mola, corioadeno-
ma o coriocarcinoma. Es preciso concluir
que cualquiera de estas lesiones puede
dar metástasis.

**Estudio radiográfico en pacientes con
enfermedad trofoblástica**

Se efectuaron radiografías de tórax en

Se recalca la importancia de la radio-
grafía de torax en toda paciente con
diagnóstico de enfermedad trofoblástica.

Cuadro No. 7

Metastasis encontradas en pacientes con enfermedad trofoblástica

Se encontraron metástasis en un total de 19 casos, distribuidos así:

Pulmones	13 casos
Vagina	5 casos
Vulva	1 caso

Se comprueba la agresividad de la enfermedad produciendo metástasis en un 7.7 de los casos.

Se emplearon como tratamientos definitivos: curetaje uterino-histerectomía y Methotrexate o una combinación de estos. Se excluyen tres casos de salpingectomía por embarazo molar ectópico, uno de los cuales evolucionó a coriocarcinoma.

Cuadro No. 8

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFOBlastica

TRATAMIENTO	MOLA					
	G I	G II	G III	Corioaden	Coriocar	Mola Embr
Curetaje	103	58	10	-	-	1
Curetaje-Histerectomía	7	7	3	7	6	-
Curetaje-Histerectomía-Methotrexate	5	-	2	3	10	-
Curetaje-Methotrexate	12	6	-	2	1	-
Histerectomía	-	-	-	-	-	2
Salpingectomía	1	1	-	-	1	-

Tiempo de control después de tratamiento en pacientes con Enfermedad trofoblástica.

No. de pacientes (Ver cuadro)

58 casos tuvieron control de 1 a 6 meses

Cuadro No. 9

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DESPUES DE TRATAMIENTO EN 16 PACIENTES

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	TIEMPO DE EVOLUCION	RESULTADO FINAL
1- MOLA G I	4 meses	Coriadenoma
2- MOLA G II	13 meses	Coriocarcinoma
3- MOLA G II	4 meses	Coriadenoma
4- MOLA G II	3 meses	Coriocarcinoma
5- MOLA G II	6 meses	Coriadenoma
6- MOLA G II	1 año	MOLA G II
7- MOLA G II	18 meses	Coriadenoma
8- MOLA G II	?	Coriocarcinoma
9- MOLA G II	3 meses	Coriadenoma
10- MOLA II	A 1 año Mola II	
11- MOLA II	A los 15 meses	Coriadenoma
12- MOLA III	A los 2 meses	Coriadenoma
13- MOLA II	---	Coriadenoma
14- MOLA II	A los 3 meses	Coriadenoma
15- MOLA II	A los 8 meses	Coriadenoma
16- ATIPIA CELULAR	A los 3 meses	Coriadenoma.

23 casos controlados de 6 meses a 1 año.

56 casos seguimiento más de 1 año.

44 casos sin control

4 muertes

63 casos sin datos en la historia clínica.

Mortalidad en pacientes con diagnóstico de enfermedad trofoblástica:

En las historias clínicas hay constancia de 4 muertes informadas así:

Por toxicidad de la droga (Methotrexate) 2 pacientes

Shock séptico por Gran Negativos 1 paciente

Metástasis diversas 1 paciente

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La enfermedad trofoblástica tiene una alta incidencia en nuestro medio como lo podemos apreciar en el siguiente cuadro comparativo.

La enfermedad no tiene preferencia por ningún grupo de edad; se presentó

AUTOR	No. de Casos / No. de Partos	Región
Herting (4)	1 x 2.000	U.S.A.
Fernández (11)	1 x 1.071	Brasil
Mc. Gregor (16)	1 x 609	México
Cabrera (94)	1 x 609	Chile
Duarte (97)	1 x 543	Cúcuta
Gómez Palacino (12)	1 x 521	Bogotá
Vergara (25)	1 x 508	Bogotá
Acosta Bendek (1)	1 x 311	Barranquilla
Presente Estudio	1 x 241	Cali
Valencia (923)	1 x 155	Manizales
Wei — Ping (25)	1 x 82	Formosa

con mayor frecuencia entre los 21 y 30 años, pues es la edad de mayor fecundidad en la mujer.

En cuanto a la paridad, al parecer hay preferencia por presentarse en las primigestas o en los primeros embarazos. Se encontraron 73 casos (29%) en grandes multiparas; Baja-Panillio informan que el mayor número de molas se encuentra en las multiparas (3).

En Estados Unidos Divaek (16) encontró en pacientes mayores de 50 años una mola por cada 384 partos; es decir, 5 veces más que la frecuencia general en ese país.

Título de Gonadotrofinas

Llama la atención el alto número de títulos negativos (11.2%) en comparación con datos de otros autores que utilizan los mismos métodos de medición y quienes obtienen 2.77% de falsos negativos.

Se ha informado como sumamente rara la aparición de títulos negativos, pues todo tejido trofoblástico produce sustancia gonatropica corionica; sin embargo, debemos analizar 3 causas principales de títulos de gonadotrofinas negativos, medidas por el método de Galli:

1. Este método da negativo con valores por debajo de 3.750 U.I.

2. Hay tumores con mínima actividad trofoblástica cuyas cifras no sobrepasan los valores mínimos para que aparezcan positivos: es una prueba biológica.

3. Los carcinosomas indiferenciados no poseen el tejido trofoblástico productor de sustancia gonadotrófica.

Es sabido que los títulos de gonadotrofina coriónica no reflejan la cantidad de tejido trofoblástico presente pero si hacen correlación con los cambios observados en el crecimiento tumoral.

25% de los tumores trofoblásticos no tratados tienen títulos por debajo de 3.000 U, l./litro de orina.

Sabemos que la medición de gonadotrofinas por el método de Galli es negativa por debajo de 3.750 U.I. pudiendo existir masa tumoral.

De todas maneras se deberán tener métodos más precisos para detectar algunos casos tales como radioinmunoensayo o bioensayo. Una combinación de estos dos mostrarían el cuadro más exacto de actividad tumoral.

En nuestro medio creemos que se pueda establecer la prueba de bioensayo (Delfs) (4) (8).

Delfs (8) piensa que un título correspondiente a un nivel de gonadotrofinas persistente por encima de 20.000 U.I./litro, por más de 30 días después de la evacuación de la mola, es un indicativo de peligro.

Chun y colaboradores (5) reportaron 60% de mola residual con desarrollo de coriocarcinoma si las gonatropinas no varían o persisten positivas después de 4 semanas de evacuación completa de la mola.

El 91% de pacientes, presentaron hemorragia vaginal en cantidad variable.

Las masas anexiales, (quistes luteínicos), sólo se encontraron en 3% de las pacientes.

Se encontraron metástasis pulmonares en 13 pacientes de 99 estudiadas por Rx, lo que nos da un porcentaje muy alto de metástasis (13%).

De acuerdo a Albert Mathicu Memorial Chorioepithelioma Registry (17), 46% de coriocarcinoma gestacional es precedido por mola hidatidiforme; 41% se presenta después de un parto o aborto normal y 12—(14%) es transformación de corioadenoma.

87% de pacientes con embarazo molar tienen remisión completa de la enfermedad, después de evacuación uterina. El otro 15% tienen enfermedad persistente.

En corto tiempo puede aparecer una enfermedad maligna después de una mola. No tenemos datos de aparición de mola o coriocarcinoma después de parto o aborto normal, pero un estudio practicado en Medellín y publicado hace dos años (6) muestra que, 42.8% de molas III dio origen a enfermedad maligna trofoblástica. 75% de coriocarcinoma apareció después de aborto molar y 25% después de parto normal.

De acuerdo a Eiston y Bagahan de Inglaterra, no existe relación entre el grado histológico de la mola y su subsecuente malignización (10).

Tow en un estudio de 400 casos de mola hidatiforme tratadas dice que la rata de malignización a la edad de 40 años o más es de 36.6%. Se encontró un porcentaje de malignización en mujeres con más de 3 hijos de 14.3% y 3.8% en mujeres con 2 hijos o menos.

En base a este hallazgo se ha evocado la conducta de la histerectomía con mola en mujeres con más de 3 hijos o mayores de 40 años.

Se observó malignización en un lapso de tiempo muy corto lo que exige hacer énfasis en el control y seguimiento de estas pacientes.

La mortalidad fue bastante baja con menos del 2% y sólo un caso se debió a compromiso directo de las enfermedades. Dos muertes se presentaron por toxicidad al methotrexate.

Como parámetros de tratamiento seguimos el esquema que actualmente se utiliza en John Hopkins Hospital, desde 1967.

PACIENTES POR GRUPO DE EDAD

MEÑORES DE 20 AÑOS	20-30 AÑOS	31-40 AÑOS	MAYORES DE 40 AÑOS	SIN DATO	TOTAL
42	100	67	36	3	248

GRUPO Y Rh EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFOBlastica

O +	A +	B +	AB +	O -	A -	B -	SIN TIPO DEFINIDO	TOTAL
73	34	13	1	2	2	1	122	248

EDAD DE LAS PACIENTES Y DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

DX. HISTOLOGICO	< 20	21-30	31-40	< 40	SIN DATO	TOTAL
I	23	57	35	12	1	128
II	16	29	18	11	0	74
III	2	3	6	3	2	16
CORIOADE-NOMA	1	4	2	5	0	12
CORIOCAR-CINOMA	0	7	6	5	0	18
TOTAL	42	100	67	36	3	248

SINTOMAS Y SIGNOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFOBlastica

HEMORRAGIA VAGINAL	227
DOLOR ABDOMINAL	81
PIEBRE Y ESCALOFRIO	72
DESPropORCION ENTRE CRECIMIENTO UTERINO Y AMENORREA	69
EXACERBACION SINTOMAS SIMPATICOS	41
AUMENTO DE TENSION ARTERIAL	17
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES	13
MASAS ANEXIALES	8
PERDIDA DE PESO	3
SIN DATOS	3

DIAGNOSTICO CLINICO AL INGRESO

ABORTO MOLAR	ABORTO INCOMPLETO	CORIO- CARCINOMA	AMENAZA DE ABORTO	OTROS *	SIN DATO	CORIO- ADENOMA
161	41	5	14	22	4	1

* ABORTO FRUSTRADO
EMBARAZO ECTOPICO
HEMATOMETRA
HEMORRAGIA DISFUNCIONAL
MIOMATOSIS
POLIPO CERVICAL

* ENDOMETRITIS
HEMATOMA VULVA
RUPTURA UTERINA
POLIHIDRAMNIO
EMBARAZO Y TOXEMIA
ABRUPTIO PLACENTA

SHOCK - SEPTICO

EDAD DEL EMBARAZO EN SEMANAS DE ACUERDO A LA FECHA ULTIMA MENSTRUACION

MENOS DE 6 SEMANAS	6 - 12 SEMAMAS	MAYOR DE 12 SEMANAS	SIN DATOS	TOTAL
3	74	96	75	248

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO EMBARAZO Y LA ENFERMEDAD

MENOR DE 1 AÑO	MAS DE 1 AÑO	SIN DATO	TOTAL
50	57	141	248

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

MOLA I	MOLA II	MOLA III	CORIO- ADENOMA	CORIO- CARCI- NOMA	MOLA EMBRIO- NADA	TOTAL
128	72	15	12	18	3	248

SITIO DE LA METASTASIS

PULMONES	VAGINA	OTROS LABIO VULVA	TOTAL
13	5	1	19

TITULO DE GONADOTROPINAS Y GRADO HISTOLOGICO

TITULO	I	II	III	CORIO- ADENOMA	CORIO- CARCI- NOMA	TOTAL
MENOS DE 80.000.	13	12	3	1	3	32
80 - 160.000	7	6	2	-	-	15
160 - 320.000	13	13	-	4	4	34
MAYOR DE 320.000	2	9	1	2	2	16
CUALITATIVO	14	16	2	1	2	15
NEGATIVO	18	7	1	1	1	28
SIN DATO	61	11	7	3	6	88
TOTAL	128	74	16	12	18	248

NUMERO DE EMBARAZOS Y DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

DX. HISTO- LOGICO	< 3	4 - 6	> 6	SIN DATO	TOTAL
I	47	27	31	23	128
II	35	15	20	4	74
III	1	1	3	11	16
CORIOADE- NOMA	3	1	6	2	12
CORIOCAR- CINOMA	3	5	7	3	18
TOTAL	89	49	67	43	248

TRATAMIENTO

CURETAJE UTERINO	173
CURETAJE + METROTExATE	20
CURETAJE + HISTERECTOMIA	22
CURETAJE + HISTERECTOMIA + METROTExATE	16
HISTERECTOMIA	8
HISTERECTOMIA METROTExATE	4
HISTEROTOMIA	2
OTROS	3
TOTAL	248

TIEMPO DE CONTROL DESPUES DE TRATAMIENTO

MENOS DE 6 MESES	6 MESES- 1 AÑO	MÁS DE 1 AÑO	SIN CONTROL	MUERTES	SIN DATOS	TOTAL
58	23	56	44	4 *	63	248

* 2 PACIENTES TOXICIDAD POR DROGA.
1 PACIENTES SHOCK SEPTICO.
1 PACIENTES POR METASTASIS DIFUSAS.

INFORMES RADIOGRAFIAS DE TORAX

POSITIVO PARA METASTASIS	NEGATIVO PARA METASTASIS	SIN RADIO- GRAFIAS	SIN DATO	TOTAL
13 *	86	86	63	248

* MOLA 5
CORIOADENOMA 3
CORIOCARCINOMA 5

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE LA ENFERMEDAD TROFOBlastICA Y TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	I	II	III	CORIO- ADENOMA	CORIO- CARCINOMA	TOTAL
CURETAJES	103	58	10	1	1	173
CURETAJE + HISTERECTOMIA	7	7	2	4	2	22
CURETAJE + HISTERECTOMIA + MTX	4	—	1	3	8	16
CURETAJE + MTX	12	6	1	1	—	20
HISTERECTOMIA —	—	1	3	4	8	
HISTERECTOMIA + MTX	1	1	—	—	2	4
SALPINGECTOMIA	1	1	—	—	1	3
HISTEROTOMIA	—	1	1	—	—	2
TOTAL	128	74	16	12	18	248

RESUMEN:

En 248 casos de enfermedad trofoblástica en el Hospital Universitario de Cali-Col. S.A., se da una incidencia de 1 caso por 4.348 embarazos.

La mayoría de las pacientes son de nivel socio-económico bajo.

Se encontraron 218 molas, 12 corioadenomas y 18 coriocarcinomas.

El mayor número de casos estuvo entre los 20-30 años.

NUMERO DE EMBARAZOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROFOBlastICA

1 - 3	4 - 6	MÁS DE 6	SIN DATO	TOTAL
90	50	73	35	248

TIPO DE SANGRE Y GRADO HISTOLOGICO

	0 +	A +	B +	AB +	0 -	A -	B -	SIN TIPO DEFINIDO	TOTAL
MOLA I	33	11	6	—	—	2	—	77	128
MOLA II	25	12	7	—	2	—	—	29	74
MOLA III	5	3	—	—	—	—	1	7	16
CORIO- ADENOMA	3	4	—	1	—	—	—	4	12
CORIO- CARCINOMA	7	4	—	—	—	—	—	8	18
TOTAL	73	34	13	1	2	2	1	122	248

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD TROFOBlastICA DESPUES DE TRATAMIENTO

1) MOLA I	A LOS 4 MESES	CORIOADENOMA.
2) MOLA II	A LOS 13 MESES	CORIOCARCINOMA (MURIO).
3) MOLA EMBRIONADA	A LOS 3 AÑOS	CORIOCARCINOMA.
4) MOLA II	A LOS 4 MESES	CORIOADENOMA.
5) MOLA II	A LOS 3 MESES	CORIOCARCINOMA (VAGINA).
6) MOLA III	A LOS 11 MESES	CORIOCARCINOMA.
7) MOLA II	A LOS 6 MESES	CORIOADENOMA.
8) CORIOADENOMA	A LOS 2 AÑOS	CORIOCARCINOMA.
9) MOLA III	A LOS 2 MESES	CORIOADENOMA.
10) MOLA II	AL AÑO	MOLA II.
11) MOLA II	A LOS 15 MESES	CORIOADENOMA.
12) MOLA III	A LOS 2 MESES	CORIOADENOMA.
13) MOLA II	—	CORIOCARCINOMA.
14) MOLA II	A LOS 3 MESES	CORIOADENOMA.
15) MOLA II	A LOS 8 MESES	CORIOCARCINOMA.
16) ATIPIA CELULAR	A LOS 3 MESES	CORIOCARCINOMA.

El síntoma predominante fue la hemorragia genital (91%). En 99 radiografías de tórax se encontraron metástasis en 13 casos (13%).

El tratamiento fue basado en la evacuación de la Mola, histerectomía y quimioterapia (METHOTREXATE).

Sólo 56 casos tuvieron control más de un año. Se logró evidenciar 4 muertes en este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA. BENDEK. E. Mola Hidatiforme. Comentarios a propósito de 168 observaciones. *Rev. Col. Obs. Gin.* 15: 233. 1964.
2. BAGGISH. Ms., WOODENFF. J.D. TOW S.H., JONES H.W. Sex chromatin pattern in hydatidiform mole. *Am. J. Obst. Gynec.* 102: 362. 1968.
3. BAJA. PANLILIO. H. *International Surgery* 54: 210; 1970.
4. CABRERA H. *Bol. Zaz. Chilena Obst. Clin* 11: 107; 1946.
5. CHUN D.J. *Obst. Gynecol. Brit. Comm.* 71: 180; 1964.
6. DE CALLE C., JUBIZ A. y MALABET C.; Estudio clínico patológico de las enfermedades trofoblásticas gestacionales. *Rev. Col. Obst. y Ginec.* 23: 531, 1972.
7. DUARTE A.; ROLM, R. PALAU. M; *Rev. Col de Obst y Gynec* 21: 587; 1970. Enfermedad trofoblástica en el hospital San Juan de Dios, Cúcuta.
8. DELFS E.; An assay method for human chorionic gonadotrophin. *Endocrinology* 28: 196. 1941.
9. DELFS E. Quantitative chorionic gonadotrophin pronostic value in hidatidifurm mole and chorioepitheliona. *Obs. Gyn.* 9: 1, 1957.
10. ELSTON. C.W. BAGSHAW, K.D. The value of histological grading in the management of hydatidiform Mole-Jour. *Obst. Gyn. of Brit. Comm.* 79: 717, 1972.
11. FERNANDEZ. M. MARQUEZ
12. GOMEZ. P.J.A. ALVARADO. P.R. CANTILLO, J., de RUIZ H. "Enfermedad trofoblástica gestacional". *Rev. Col. Obst. y Ginecol.* 23. 469. 1972
13. HANMGARATNAN MUIR. TOW. CLIENG. CHRISTINE PEDERSEN. *Int. J. Cancer* 8: 165, 1975.
14. HAERTIGAND SHLEDON. Hydatidiform-Mole. A. Pathologic Clinical Correlation of 200 cases. *An. J. Obst. Gynecol.* 53: 1, 1947.
15. HERTIG at. EDMONS H.W. Genesis of hydatiform mole *Arch. Pathol.* 30: 260. 1940.
16. Mc GREGOR, C. ONTIVEROS, E. VARGAS. E. CASTELAZO. L. *Gin y Obst. de Mexico* 21: 611, 1966.
17. NOVAK. E. SCAH, Cs: Choriocarcinoma of the uterus study of 74 cases from the Mathieu Memorial Chorioepithelioma Registry. *Am. J. Obst. Gynecol.* 67: 933. 1954.
18. NOVAK. JONES. JONES. *Tratado de Ginecologia.*