CORIOEPITELIOMA

Doctor Mario González Montoya (*)

“Tumor de naturaleza maligna, de evolución clínica caprichosa, originado en el epitelio de las vellosidades coriales placentarias; dicho epitelio muestra desarrolladas al máximo las propiedades: histolíticas, angioclástica y anticoagulante, desarrolladas por el trofoblasto joven”. En casos excepcionales se desarrolla a partir de gérmenes celulares disembrionoplásticos, como teratomas del testículo o del ovario.

Según las distintas estadísticas representa el 0,56% de los cánceres genitales.

En íntima relación con el embarazo, se presenta en plena actividad sexual, siendo excepcional su aparición en la menopausia, aunque autores como Meigs sostienen que el tumor puede tener un período de latencia hasta de 13 años.

El corioepitelioma se puede desarrollar:

- 1º En un embarazo normal o después de ser expulsado éste.
- 2º Simultáneamente con una mola hidatiforme o después de ser expulsada ésta. La transformación o evolución de mola hacia corioepitelioma es del 1 al 10%.
- 3º Después de un aborto simple.

El tumor puede nacer o formarse dentro o fuera del área placentaria, distinguiéndose así dos tipos:

Corioepitelioma Ortotópico: el más frecuente, se origina en el área de implantación placentaria.

Corioepitelioma Ectópico: se origina fuera del área placentaria; el complejo trofoblástico es deportado por vía venosa para localizarse en vagina, pulmón, miometrio etc., tomando malig-

(*) Resumen de tesis de grado.

nidad en dichos sitios. Se discute si esos complejos deportados son de naturaleza maligna o la adquieren una vez fijados fuera del área placentaria.

Se presenta el corioepitelioma como una masa neoplásica de color rojo violáceo, de aspecto hemorrágico, distinguiéndose cuatro formas:

1. Nodular.
2. Poliposa.
3. Difusa.
4. Plana o ulcerosa.

Entre sus principales características se cuenta su rápido crecimiento debido a la hemorragia intratumoral y al poder histolítico del mismo.

Propagación

1) Local: las células coriocarcinomatosas al infiltrar y disolver los tejidos se asemejan al trofoblasto normal. Inicialmente la propagación se hace a partir de un espacio inter vellositario por penetración activa de masas neoplásicas en los senos venosos del área placentaria. La infiltración del miometrio se hace en forma de masas neoplásicas compactas; localmente se ve la reacción del tejido materno y se observa una zona más o menos apreciable de necrosis fibrinoide por coagulación.

2) Propagación General. Metástasis: Es debida exclusivamente a la embolización de células neoplásicas por vía venosa, la invasión ganglionar es excepcional como lo reconocen la mayoría de los autores. Microscópicamente las metástasis reproducen exactamente el cuadro histológico del tumor primitivo. La aparición de los metástasis se observa generalmente entre los dos y tres primeros meses, después de intervenciones quirúrgicas (biopsia endometrial, legrados, histerectomía), después de seis meses son poco frecuentes.

La principal localización es la vaginal y se presenta en el 50% de los casos, generalmente la lesión es única, de tamaño variable preferentemente localizada en la cara anterior de vagina y tiene poca tendencia a la propagación de los tejidos vecinos.

Luego sigue en frecuencia la localización pulmonar, ya que este órgano representa el papel de filtro entre la circulación de la cava inferior y el sistema arterial, pues como es ya reconocido,

las metástasis se efectúan por vía venosa, explicando de esta manera la gran frecuencia del corioepitelioma pulmonar.

Sigue en frecuencia las localizaciones: cerebral, ovárica y cuello uterino. La localización ovárica produce grandes cambios somáticos y sexuales debidos al hiperestrogenismo que se produce en estos casos.

La sintomatología se caracteriza por metrorragia o flujo serohemático de duración y cantidad muy variable; la metrorragia persistente después de uno o varios legrados, con antecedentes de embarazos, aborto o mola es un indicio clínico de importancia. Prontamente se instala anemia hipocrómica, gran alteración del estado general, tinte ceniza de la piel y leucocitosis marcada, lo mismo que elevaciones térmicas de tipo séptico debido a la infección secundaria que en la mayoría de los casos se presenta en el tumor.

El examen ginecológico muestra en la mayoría de los casos matriz aumentada de tamaño, globulosa, lisa o deformada por presencia de nódulos, cuello reblandecido a veces entreabierto que lo asemejan a un útero en estado de subinvolución.

Gracias a las modernas técnicas de laboratorio se puede valorar la eliminación de gonadotropinas, siendo de gran ayuda para el diagnóstico y control de las pacientes aquejadas de corioepitelioma.

El trofoblasto patológico produce cantidad exagerada de factor gonadotrópico de acción luteinizante, muy semejante al producido por la hipófisis anterior. La titulación en estos casos pasa de 100.000 Unidades por litro.

Durante el embarazo normal se encuentra en un 10% de los casos una reacción de Ascheim Zondek positiva en líquido cefalorraquídeo, lo cual le resta valor como signo patognomónico de corioepitelioma que describen varios autores.

En casos de pacientes en las que se practique histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral puede persistir por largo tiempo la positividad de las reacciones cualitativas, debido a la supresión brusca de la función inhibidora de las gonadas sobre el lóbulo anterior de la hipófisis. Las cuantitativas permanecen positivas a títulos bajos 50 a 70 Unidades por litro, pudiendo en estos casos inducir a errores de diagnóstico.

Las reacciones biológicas son de gran utilidad para el diagnóstico y control de los casos tratados quirúrgicamente, indicando metástasis cuando hay persistencia o aumento del título de

gonadotropina. La mayoría de los autores están de acuerdo en afirmar que si las reacciones biológicas permanecen negativas después de 2 años de haber sido tratada la paciente, se puede considerar definitivamente curada.

En gran porcentaje de las pacientes que sufren la transformación maligna del trofoblasto se encuentran quistes luteínicos generalmente bilaterales; la formación de dichos quistes según los autores modernos se debería a la cantidad exagerada de gonadotropina producida por el trofoblasto patológico que actuaría como "activador" estimulando la producción de L. H. por la hipófisis, la cual estimularía en forma exagerada el tejido ovárico y daría lugar a la formación de dichos quistes.

Evolución

El corioepitelioma lleva a las pacientes a la muerte en un plazo de seis a doce meses, siendo las causas principales las siguientes: 1) Hemorragia: de punto de partida tumoral, intraperitoneal por ruptura uterina. 2) Infección secundaria del tumor o las metastasis. 3) Metastasis a órganos vitales como pulmón, cerebro, etc.

Durante ciertas y determinadas condiciones se presenta la regresión histológica con desaparición en el pulmón. Este hecho único en patología tumoral y aceptado por la mayoría de los autores modernos, parece tratarse de una eventualidad muy poco frecuente, y como causa determinante sugieren: Atresia del tumor por carencia de vasos propios, o trombosis de los vasos venosos del área placentaria, lo mismo que compresión y aplastamiento del tumor por hemorragias vecinas.

Tratamiento

El corioepitelioma es un tumor poco sensible al radium y en general de malos resultados. El tratamiento de elección es la histerectomía total con resección de dos tercios superiores de vagina y salpingooforectomía bilateral, con sutura previa del cuello uterino.

La laparotomía está indicada cuando los exámenes histopatológicos de muestras obtenidas por biopsia endometrial o legrados, son negativas pero las reacciones biológicas permanecen positivas y a títulos altos.

Caso	Edad	Número de Embarazos	Tiempo entre el último embarazo o a aparición de los síntomas	Tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta	Tiempo entre el tratamiento y la aparición de otros síntomas	Antecedentes de Mola o Hidatiformes	Antecedentes inmediatos de embarazo o aborto	Tratamiento	Resultado	Control
1	38	2	3 meses	1 mes	---	Sí	Sí	Quirúrgico	Bueno	2 Meses
2	28	4	4 meses	2 meses	3 meses	Sí	Sí	Quirúrgico	Muerte	---
3	25	2 meses de amenorrea	---	18 días	---	Sí	Sí	Quirúrgico	Bueno	18 meses
4	40	8	4 meses	4 meses	---	Sí	Sí	Quirúrgico	Bueno	2 meses
5	26	3	---	1 mes	1 mes	Sí	Sí	Quirúrgico	Bueno	12 meses
6	30	1	20 días	4 meses	---	---	Sí	Quirúrgico	Bueno	4 meses
7	42	10	1 mes	4 meses	---	---	Sí	Quirúrgico	Muerte	---
8	22	2	8 días	5 meses	1 mes	---	Sí	Quirúrgico	Muerte	---
9	23	2	1½ meses	5 meses	2 meses	Sí	Sí	Ninguno	---	---
10	26	4	2 meses	4 meses	1 mes	---	Sí	Radium Rayos X	Muerte	---
11	52	14	1 año	1 año	6 meses	---	---	Radium Rayos X	---	---
12	18	4	3 meses	4 meses	9 meses	---	Sí	Radium Rayos X	Muerte	---
13	40	1	3 años	3 meses	2 meses	---	---	Radium Rayos X	---	---
14	37	3	22 meses	22 meses	---	---	---	Radium Rayos X	---	---
15	63	2	18 años	9 meses	---	---	---	Ninguno	---	---
16	60	5	18 años	1 año	---	---	---	Ninguno	---	---

Modernamente se emplean dosis gradualmente progresivas de Estilbestrol, que parece tiene cierto efecto frenador sobre el tumor y las metástasis.

Casuística

Se presenta a continuación la correspondiente a 16 casos, cuyas características principales están resumidas en el presente cuadro.

Para la realización de este trabajo se revisaron los archivos de las siguientes instituciones: Hospital de San José, Hospital de La Samaritana, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital de La Providencia, Clínica Primero de Mayo; los archivos de los patólogos Profesor Latorre Latorre y Méndez Lemaitre.

Conclusiones

Por la biopsia endometrial o por el producto de legrado uterino es difícil llegar a un diagnóstico correcto de corioepitelioma prestándose a errores y confusiones.

La titulación de gonadotropina coriónica es el método de elección para concluir un diagnóstico, para adoptar una conducta y luego como medio indispensable de control.

BIBLIOGRAFIA

1. BRIONES A.—"El Corioepitelioma", *Semana Médica*. Vol. 11, Nº 985' Pág. 52 de 1945.
2. CHEVALIER-SALABER.—"Corioepitelioma", *Obst. Ginec. Latinoamericana*. Nº 335. Pág. 3 de 1945.
3. JAKOB T.—"Dos Casos de Corioepitelioma". *Obst. Ginec. Latinoamericana*. Nº 335. Pág. 3 de 1945.
4. AHUMADA, CHEVALIER-SAMMATINO.—"Cáncer Ginecológico". Edit. "El Ateneo". Pág. 477 de 1953.
5. MAYORGA A.—"Corioepitelioma". *Revista de Obstetricia y Ginecología Chilena*. Nº 136. Pág. 11 de 1946.
6. STOTT-KLEY, E. C., and COHEN.—"Corioepitelioma". *Naval (Med-Bull)*. Nº 702. Pág. 47 de 1947.
7. USANDIZAGA C.—"Diagnóstico Hormonal de Mola y Corioepitelioma". *Revista Española*. Nº 27. Pág. 7 de 1944.
8. VILLAVICENCIO G. G.—"Un caso de Corioepitelioma". *Revista Chilena de Obst. Ginec.* Nº 15. Pág. 11 de 1946.
9. ZUCKERMANN.—"Neoplasias Trofoblásticas y Placentarias". *Revista Mexicana de Ginecología*. Nº 219. Pág. 17 de 1949.
10. NOVAK E.—"Textbook of Gynecology". Pág. 631 de 1948. 3ª Edición.
11. NOVAK E.—"Ginecología y Obstetricia". Pág. 529 de 1954. Edit. "Alhambra".
12. FERNANDEZ BASTIDAS, MIGUEL A.—"Corioepitelioma". *Revista Colombiana de Obst. Ginec.* Pág. 13. Diciembre-enero de 1954.
13. MERA GONZALEZ F.—"Nuevas Observaciones de Corioepitelioma". *Revista Colombiana de Obst. Ginec.* Vol. V. Pág. 11. Agosto-Sept. de 1953.
14. TESTUT-LATARJET A.—"Anatomía Humana". Pág. 1.927 de 1949.
15. MEIGS.—"Progresos de la Ginecología". Pág. 452 de 1953.
16. CORREA, HUMBERTO H.—"Un caso de Corioepitelioma". *Revista Colombiana de Obst. Ginec.* Vol. III. Nº 2. Febrero-marzo de 1952.