

Enfermedad Troflobástica-estudio de 30 casos.

Dr. Guillermo Isaza Sánchez

Se llevó a cabo un estudio de 30 casos de Enfermedad Trofoblástica que se presentaron en el servicio de obstetricia del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infantil Universitario "Lorencita Villegas de Santos", durante el periodo comprendido entre el 1o. de Febrero de 1970 y el 31 de Diciembre de 1977.

Se pretende en éste estudio hacer un análisis comparativo de frecuencia de signos y síntomas, de métodos diagnósticos y de manejo, de complicaciones y de evolución de la Enfermedad Trofoblástica.

1- MATERIAL Y METODOS

En éste estudio se analizan 27.499 casos obstétricos atendidos en el Hospital Infantil Universitario "Lorencita Villegas de Santos" del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, durante el periodo comprendido entre Febrero 1o. de 1970 y el 31 de Diciembre de 1977, de lo cual, se logran individualizar 30 casos de Enfermedad Trofoblástica; correspondiendo a un incidencia de 1.09 por 1.000.

2- CLASIFICACION

La clasificación anatomopatológica adoptada, siguió los criterios de Herting y Mansell.

Para su estudio, se siguieron treinta casos, que aparecen agrupados en el cuadro No.1

CUADRO No. 1	
CLASIFICACION DE CASOS	
MOLA	CASOS
Grado I	20
Grado II	8
Grado III	1
Cariocarcinoma	1

* Del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Infantil Universitario "Lorencita Villegas de Santos". U. del Rosario. Bogotá. D. E.

Se hallaron dos (2) casos de Molas embrionadas incluidas en la clasificación anatomopatológica Grado I.

3- FRECUENCIA

La Enfermedad Trofoblástica tiene grandes variaciones de frecuencia como se observa al ver diferentes publicaciones tanto nacionales como extranjeras.

En el presente estudio, la frecuencia de la Mola fue de 1 X 948 casos y de cariocarcinoma de 1 X 27.499 casos, lo que corresponde a la frecuencia más baja del país. (Cuadro No. 2)

CUADRO No. 2	
FRECUENCIA EN COLOMBIA	
Mola	Cariocarcinoma
Valencia y Cols (40) 1 x 155	1 x 2.832
Acosta-Bendek (1) 1 x 311	1 x 4.363
Vergara T. (41) 1 x 508	1 x 5.084
Duarte (9) 1 x 543	1 x 7.068
Gómez Palacino (17) 1 x 680	1 x 10.214
Presente estudio 1 x 948	1 x 27.499

4- EDAD Y PARIDAD

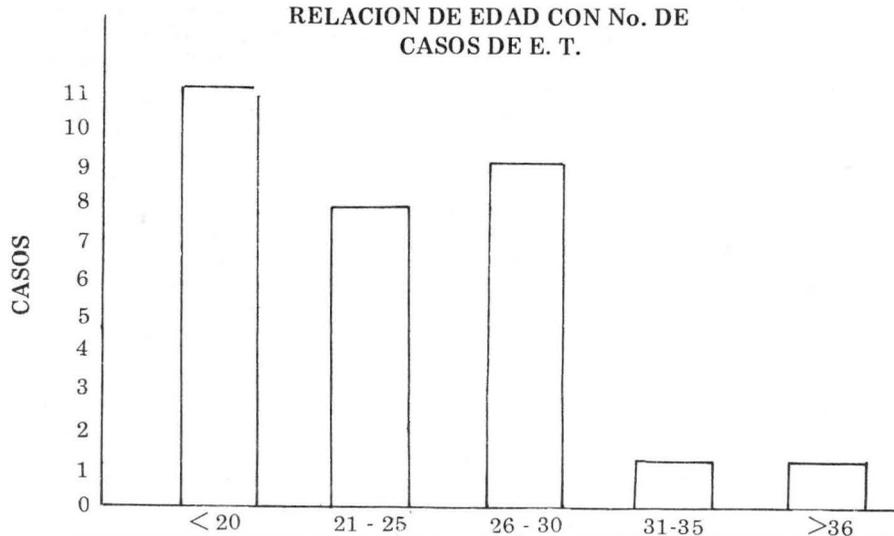
La edad más común en que se presentó la enfermedad Trofoblástica fue entre los 21 y los 30 años, lo cual no difiere con lo reportado por otros autores. (cuadro No. 3).

CUADRO No. 3	
Primigestantes	10 casos
Secundigestantes	7 casos
Tercigestantes 3	5 casos
Multigestantes	8 casos

Se relacionó la paridad y la Enfermedad

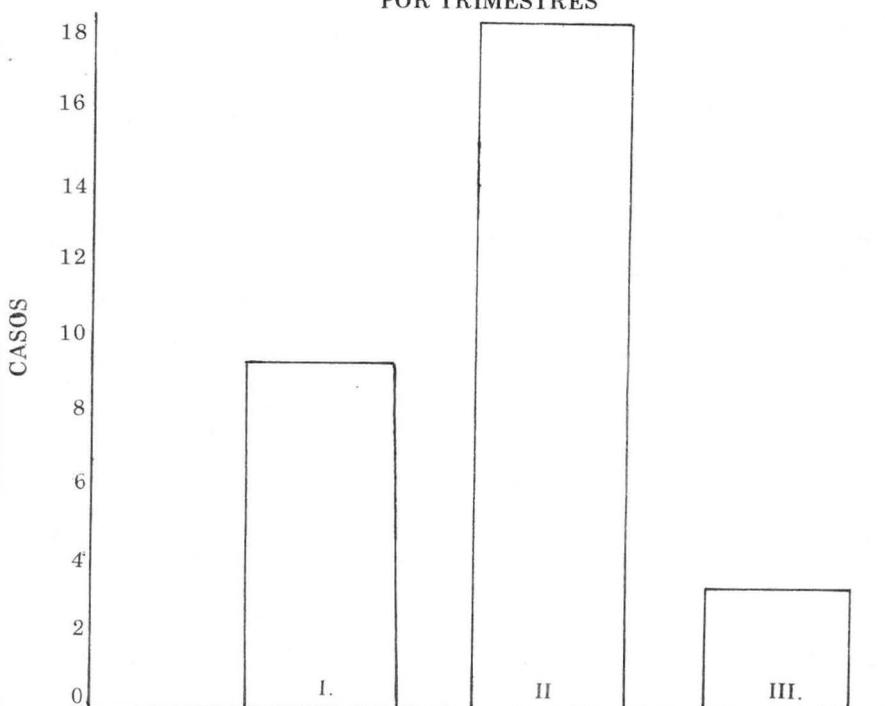
GRAFICA No. 1

RELACION DE EDAD CON No. DE CASOS DE E. T.



GRAFICA No. 2

RELACION DE NUMEROS DE CASOS POR TRIMESTRES



Trofoblástica encontrándose el mayor número de casos en primigestantes (cuadro No. 3). El único caso de carcinosarcoma se presentó en una multípara joven sin antecedentes de Mola, estando de acuerdo con lo (G3P2) reportado por el profesor Gómez Palacino. (Gráfica No. 1).

5- SIGNOS Y SINTOMAS:

Los signos y síntomas de la Enfermedad Trofoblástica se presentaron con mayor frecuencia en el segundo trimestre de gestación. (Gráfica No. 2).

La hemorragia fue el signo que se presentó con mayor frecuencia en 26 casos (86.6%) siendo el dolor en hipogastrio el síntoma más frecuente (73.3%). (Gráfica No. 5).

CUADRO No. 4	
Toxemia y Grado de Mola:	
Grado	No. de Casos
I	4
II	2
III	0

La toxemia se presentó en 6 casos (cuadro No. 4) y en todos ellos la altura uterina esperada de acuerdo con la edad gestacional era mayor. (Cuadro No. 5). En ningún caso en las pacientes que presentaron masa ovárica se encontró toxemia.

CUADRO No. 5	
Correlación o nó con Altura Uterina	
Crecimiento Uterino esperado según amenorrea	Mayor 9 (30%)
	Igual 9 (30%)
	Menor 12 (40%)

La altura uterina fue menor a lo esperado en 12 casos (40%) y era igual a la esperada

en 9 casos (30%) y solamente en 9 casos la altura uterina era mayor de lo esperado. Estos porcentajes están en desacuerdo con lo reportado por otros autores. Cuadro No. 5)

CUADRO No. 6		
Síntomas en 30 casos de E.T.:		
Hemorragia	26 casos	86.6%
Dolor	22 casos	73.3%
Toxemia	6 casps	20.0%
Masas Ováricas	5 casos	16.6%
Hiperemesis	2 casos	6.6%

La hiperemesis se presentó en sólo dos casos (6.6%) siendo un síntoma poco frecuente.

Sólo en un caso (Mola I) los Rx de Tórax fueron compatibles con metástasis pulmonares, siendo su control negativo a los 8 días de evacuada la Mola.

6- DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de la Enfermedad Trofoblástica se basó inicialmente en el examen clínico y en los casos del aborto molar en el examen del material expulsado. En las pacientes atendidas en el Hospital se hizo un diagnóstico correcto de ingreso en 13 casos (43.33%) y equivocado en 17 casos (56.67%), (cuadro No. 7) siendo la amenaza del aborto y el aborto completo las causas más frecuentes de error. (cuadro No. 8). Se encontraron 3 casos de aborto séptico con antecedentes de maniobras abortivas. (cuadro No. 8).

CUADRO No. 7		
Diagnóstico de Ingreso:		
Correcto	13 casos	43.34%
Erróneo	17 casos	56.66%

La titulación de gonadotrofinas al ingreso solamente se practicó a 10 pacientes, encontrándose en 4, títulos altos; y en uno de éstos, síntomas de toxemia.

CUADRO No. 8

Distribución de diagnóstico erróneo:

Amenaza de aborto	4 casos
Aborto incompleto o en curso	9 casos
Trabajo de parto placenta previa	1 caso
Aborto Séptico (Antecedentes de maniobras).	3 casos

Se tomaron Rx de tórax encontrándose solamente en una paciente imágenes compatibles con metastásis, siendo su control posterior negativo. Se practicaron a 4 pacientes amniografías observándose en ellas la imagen de panal de abejas.

7- TRATAMIENTO:

Como conducta en la Enfermedad Trofoblástica, se practicó inducción hormonal en un caso, raspado uterino en 22 casos, hysterectomía en un caso (embarazo de 24 semanas con diagnóstico de placenta previa), hysterectomía con Salpingo-Ooforectomía bilateral en un caso (G5 P4 0 1 4) de 42 años con Mola Grado II. Evacuación digital en tres casos. Raspado uterino a los 8 días después del primer raspado a 23 pacientes (conducta adoptada en el Hospital para clasificación patológica).

CUADRO No. 9

Conductas adoptadas:

Inducción más raspado	1 caso
Raspado	22 casos
Histerotomía (PP)	1 caso (245 M.G. II)
Histerectomía más SOB	1 caso (42 a.M.G. II)
Revisión Diagnóstica	3 casos
Sin datos	2 casos
Raspado diagnóstica-do a los 8 días	23 casos

El tratamiento complementario con Metrotexate fue utilizado en 7 casos (uno

para cariocarcinoma, que además recibió actinomicin D en dos series y fue remitido posteriormente al Instituto Materno Infantil).

Como complicaciones inmediatas al tratamiento, se encontraron dos casos de endometritis y un caso de infección urinaria; y en las pacientes que recibieron metrotexate dos casos de estomatitis y un caso de leucopenia, los cuales evolucionaron satisfactoriamente.

8- CONTROLES Y EVOLUCION:

Con excepción de 6 pacientes perdidas, todas las pacientes han sido controladas en forma periódica, siendo su evolución satisfactoria. No se ha presentado ningún caso posterior de malignización hasta la fecha. Sólo 14 pacientes aceptaron planificar con D.I.U. después de la evacuación y tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica; una de ellas quedó embarazada a los 6 meses de evacuada, evolucionando su embarazo normalmente. Nueve pacientes, incluyendo el caso de cariocarcinoma, han tenido embarazos y partos normales. Una paciente tuvo un aborto espontáneo cuatro años después del tratamiento para una Mola II. (cuadro No. 10).

CUADRO No. 10

Controles y Evolución:

Pacientes perdidas (sin control)	6 casos
Tratamiento metrotexate	7 casos
Tratamiento con metrotexate más actinomicin D.	1 caso (corio)
Planificación con D.I.U.	14 casos
Embarazo con D.I.U.	1 caso
Aborto (4años después tratada)	1 caso

9- COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La frecuencia de la Mola (1/948 casos) y del cariocarcinoma (1/27.499 casos) en el presente estudio es la más baja reportada en el país y se asemeja a la reportada por Meyer (30) y Fernández (10) en casos de la Mola y por Soberson (35) en casos de cariocarcinoma. Esta baja incidencia fue

de ser debida al nivel socioeconómico de las pacientes atendidas en el Servicio cuya mayoría pertenecen a la clase media.

La clasificación se llevó a cabo siguiendo los criterios de clasificación de Herting y Mansell (19).

La mayoría de los casos de Enfermedad Trofoblástica se presentaron entre los 20 y los 30 años (56.66%) lo que se explica por ser ésta década la de mayor fecundidad, lo cual está de acuerdo con lo informado por la mayoría de los autores.

El mayor número de las molas ocurrió en primigestantes, (30% de los casos) estando de acuerdo con lo reportado por el Doctor Gómez Palacino (17) y Baja - Panlilio (2). El único caso de coriocarcinoma fue en una multigestante (Giii) joven, sin antecedentes de Mola.

El signo más importante que se presentó, fue la hemorragia (86.6%) estando de acuerdo con lo descrito por los demás autores colombianos; siendo el dolor en hipogastrio el síntoma más frecuente. La atención en el presente trabajo la relación de la altura uterina con la edad gestacional, encontrándose una altura menor en 12 casos (40%) e igual en 9 casos (30%) lo cual está en desacuerdo con la mayoría de los autores. Esta disminución de la altura uterina puede ser debida a un aborto incompleto de la Mola antes de su ingreso al Hospital.

La toxemia se presentó en el 20% de los casos y en todos ellos la altura uterina esperada, de acuerdo a la edad gestacional era mayor, estando ésto de acuerdo con los autores que relacionan toxicosis gravídica con sobredistensión uterina (8).

La hiperemesis gravídica es un síntoma poco frecuente, pero asociado a los otros signos y síntomas puede orientar al diagnóstico correcto.

No se estudiaron en el presente trabajo los síntomas cardiovasculares, debido a falta de datos en las historias clínicas.

El diagnóstico de ingreso fue correcto en el 43.33% de los casos, erróneo en el 56.67%, siendo el aborto incompleto y el aborto séptico las causas más frecuentes de error. La altura uterina disminuída de acuerdo a la edad gestacional pudo haber desorientado al examinador inicial para el

diagnóstico correcto.

Solamente se solicitaron pruebas biológicas al ingreso, a 10 pacientes debido a: error en el diagnóstico de ingreso y a deficiencias en el laboratorio del Hospital.

En el Servicio, se tiene como norma, practicar un raspado uterino a los 8 días de haber evacuado la Mola, para clasificación patológica definitiva y de acuerdo con dicha clasificación seguir el esquema de tratamiento del Instituto Materno Infantil de Bogotá publicado por el doctor Gómez Palacino (17).

A excepción de 6 pacientes perdidas, las 24 restantes recibieron el tratamiento adecuado y su evolución y controles posteriores han sido normales. Nueve han tenido partos normales y una presentó un aborto espontáneo. No se presentaron casos de malignización de molas ni muerte en pacientes afectadas por enfermedad trofoblástica.

RESUMEN

Se estudian 30 casos de enfermedad trofoblástica que se presentaron en un lapso de ocho años en el departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Universitario "Lorencita Villegas de Santos" de Bogotá.

La clasificación anatomopatológica adoptada siguió los criterios de Herting y Mansell. Veinte casos correspondieron a Mola Grado I; 8 al Grado II; 1 al Grado III y 1 caso de Coriocarcinoma. La frecuencia observada es la más baja en el país con un 1 x 948 casos en molas y 1 x 27.499 en coriocarcinoma. La edad de las pacientes fue entre 21 y 30 años. La mayoría de casos fue hallada en primigestantes. La hemorragia fue el signo que se presentó con mayor frecuencia. La toxemia se observó en 6 casos. El signo de desproporción entre la edad de embarazo y la altura uterina fue paradójica (40%). La conducta en la mayoría de los casos (73%) fue el raspado uterino con raspado diagnóstico a los ocho días siguientes. Como tratamiento complementario se usó el metotrexate en 7 casos. Veinticuatro casos fueron seguidos por más de un año; entre ellos nueve embarazos (uno el caso de coriocarcinoma) y un aborto es-

pontáneo fueron atendidos en el Servicio. No se presentaron casos de malignización en molas, ni muertes en pacientes que sufrieran la enfermedad trofoblástica.

SUMMARY

30 cases of trophoblastic illness that arouse during an 8 year period in the Obstetrics and Gynecology Department of Bogota's Hospital Universitario "Lorencita V. de Santos", were studied.

The anatomopathological classification adopted followed the criteria of Herting and Mansell: 20 cases fitted in Mole Category I; 8 in Category II; 1 in Category III and 1 case of Coriocarcinoma. The observed frequency is the lowest in the country with 1 c 948 cases in moles and 1 x 27.499 in coriocarcinoma. The age of the patients was between 21 and 30 years. Most of the cases were primigestants. The most frequent sign was hemorrhage. Toxemia was found in 6 cases. The disproportional sign between the pregnancy age and the uterine height was paradoxical (40%). In most of the cases (73%) the behavior was the uterine's erosion with diagnostic erosion 8 days after Methotrexate was used in 7 cases as a complementary treatment. 24 cases were followed for more than a year, of which 9 pregnancies (1 coriocarcinoma) and one spontaneous abortion were attended in the Service. Nor malignancy in mole nor death in patients suffering from trophoblastic illness did arouse.

BIBLIOGRAFIA

1. Acosta - Bendek, E. - Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 15:234,1964.
2. Baja - Panlilio, M. - International Surgery. V. 54:1970, P.210.
3. Bellas, S. y Cols. - Diagnosis of hydatiform mole with an Without coexistent fetus by mostered. image ecography. Obs. Gin., V. 50:182,1977
4. Cadkin, Alan V. Diagnóstico Ultrasónico de embarazo anormal. Clin. Obs. Gin., jun. 263,1977.
5. Camacho, Luis G. - Estudio de 37 gestaciones de mola hidatidiforme. Maternidad Isidro Ayora. Temas de Obstetricia y Ginecología. :157,1974
6. Cerebral manifestations - of metastatic Trophoblastic disease. Am. Jour. Obs. Gyn. V. 122:989,1977.
7. Chapman, Kenneth David K. Arey. Eclampsia complicating a seven-month pregnancy associated with hydatiform change in the placenta. Jour. Obs. Gyn. Brit. Comm., Vol. 78:649,1971.
8. Chun y Cols. Citado por Kaser ginecología y obstetricia; funciones sexuales específicas de la mujer y sus transtornos. Barcelona, Salvat, 1976. T.I. P. 705.
9. Duarte, A., Rolón, R., Palauo, M.: Rev. Col. de Obs. y Gin. 6: 585, 1970.
10. Fernández, M. y Márquez, C. - Rev. Gyn. Obs., Vido, 1957, P. 15.
11. Fox, H. y N.F. Kharkonger. Jour obs. Gyn. Brit. Comm, V. 78:652,1971. P. 652.
12. Goldstein, Donald Peter. Five years: experience With. The prevention of trophoblastic tumors by the prophylactic use of chemotherapy in pasients with molar pregnancy. Clin. Obs. Gyn., V. 13, m 4, Dic. 1970, P. 945.
13. Goldstein Donald Peter et Cols. - Methotrexate. With citrovorum factor resene for gestational trofoblastic neoplans. Obs. Gyn. V. 51, n 1, jan. 1978.
14. Goldstein Donald P. y Cols. Methotrexate with citrovirun trophoblastic neoplans. Obs. Gyn. V. 48, n 3, Sep. 1976 P. 321.
15. Goldstein Donald Peter. Prevention of gestational trophoblastic disease by use of actinomycin D. in molar pregnancies Obs. Gyn., V. 43, n 4, Abril 1974, P. 475.
16. Goldstein, Donald Peter. Quimioterapia profiláctica en la mola hidatiforme. Excerpta Médica. VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Moscú. Rev. Col. Obs. Gin., V. 24:61,1974ro, Febrero 1974, P. 61
17. Gómez - Palacino, Jesús Alberto y Cols - Enfermedad trofoblástica gestacional. Rev. Col. Obs. Gin., V 23:469,1972
18. Govender, Narian S.K., and Donald P. Goldstein Metastatic mole and coexisting intrauterine pregnancv. Obs. Gyn. V 49, n 1. (Suplement), 49:67,1977
19. Herting A. Mansell, H.: Atlas of Tumor Pathology Armed Forces Institute of pathology, Washintong, D.C.; 1956.
20. Hidatiform mole and diseminatd intravascular coagulation. Am. Jour. Obs. Gyn. V 121:1122,1975
21. Hidatiform mole with coexistent fetus. Am jour. Obs. Gyn. V 122, n 3, jun. 1, 1975 P. 267.
22. Hytten, Frank E. y Tom Lind. Hormonas proteinicas de la placenta. Indices para diagnóstico durante el embarazo, 1974. P. 67.
23. Ishiguro, Tatsya. Serun alpha fetoprotein in hydatiform mole, choriocarcinoma, and twin pregnancy. Am. jour. Obs. Gyn., V. 121, n. 4, 15 Feb., 1975. P. 539.

24. Jones Walter B. y Cols. Mola hidatiforme embrionada. *American Journal of Obstetrics and Gyn.* V. 122, n 3, jun., 1975 P. 267.
25. Jones, Walter B. Tratamiento de los tumores coriónicos. *Cli. Gin. Obs.*, Sep. 1975.
26. Kaser, O. y Cols. *Ginecología y Obstetricia; las funciones sexuales específicas de la mujer y sus trastornos.* Barcelona, Salvat, 1976, T1. P. 705.
27. Kaser, O. y Cols. *Ginecología y Obstetricia, las funciones sexuales específicas de la mujer y sus trastornos.* Barcelona, Salvat, 1974, T. 1. P. 260.
28. M. Yosuff Dawood, Eng Soon tean y S.S. Ratman Abo Blood group in trophoblastic disease. *Jour. Abs. Gyn. Beit. Common.* X, V. 78, Oct. 1971, P. 918.
29. M. Yosuff Dawood (Facog), Brij B Saxena and Robert Landesman. Human Chorionic granadotropin and it's subunits in hydatiform mole and choriocarcinoma. *Obs. Gyn.* V. 50,
30. Mansell H., Herting A. *Atlas of tumor pathology.* Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D.C., 1956.
31. Meyer, R.R. *tratado de Obstetricia.* Barcelona, Labor, 1951, (Tomo II: P. 591.).
32. Milan, Albert R. Surveillance of hydatiform mole with the Milan - Markley Helix. *Obs. Gyn.* V. 48, n. 3, Sep. 1976. P. 328.
33. Mola hidatiforme o hipertiroidismo El Médico; año 16, n 1, Oc., 1971, P. 54.
34. Novac, Jones Hones. *Tratado de Ginecología.* México, Interamericana, 1970, P. 591.
35. Panerstein, Carl J. Fisiopatología de la trompa de falopio; tumores trofoblásticos (Mola hidatidiforme). *Clin. Obs. Gin.*, Jun 1974, P. 109.
36. Soberson, A. Citado por Duarte A., Rolón R., y Palau, M: *Rev. Col. de Obs. y Gin.* 6: 587, 1970.
37. Soberson. *Rev. Col. Obs. Gin.*, V.G., 1970, P. 587.
38. Thompson, Horace E. Valoración de la paciente obstétrica y ginecológica por ultrasonido como método diagnóstico. *Clin. Obs. Gin.*, Dic., 1974, P. 16.
39. Ufer, Joachin *Hormonoterapia en ginecología y obstetricia, Mola hidatídica.* Alemania, Alhambra. (Shering Alemana).
40. Willians. *Obstetrics.* New York, Appleton-Century - Crofts 1976. P. 1003.
41. Valencia, F. Góngora, H. Vélez, O., Mejía, F., Mejía E: *Rev. Col. de Obs. y Gin.* 15:345 1964.
42. Vergara Támara, Roberto y Hugo Rodríguez. Tumores trofoblásticos. *Rev. Col. Gin. Obs.*, 18, n.3, mayo, junio, 1967.
43. *Year Book de Ginecología y Obstetricia - 1974, P. 95.-*