

## TUMORES TROFOBlasticOS

*Dr. Roberto Vergara-Támara\**

*Dr. Hugo Ramírez\*\**

Al contribuir con este tema en las deliberaciones del VI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología, solo queremos demostrar, como se aprecia en el Cuadro N° 1, que la frecuencia de los Abortos, de los Embarazos Ectópicos y de los Tumores Trofoblásticos, es mayor de la que estamos acostumbrados a creer y que nuestras cifras son mucho más altas que la de los Estados Unidos y un poco más bajas que las de la China o Filipinas.

**CUADRO N° 1**

| Años                   | Partos    | Abortos | Ectópicos | Tumores trofoblásticos |
|------------------------|-----------|---------|-----------|------------------------|
| 1959                   | 854       | 50      | 4         | 2                      |
| 1960                   | 1.508     | 79      | 4         | 6                      |
| 1961                   | 1.635     | 90      | 4         | 2                      |
| 1962                   | 1.775     | 125     | 13        | 2                      |
| 1963                   | 1.729     | 146     | 11        | 2                      |
| 1964                   | 1.464     | 135     | 10        | 5                      |
| 1965                   | 472       | 62      | 7         | 1                      |
|                        | 9.428     | 687     | 53        | 20                     |
| Total de embarazos     | 10.168    |         |           |                        |
| Abortos                | 1 x 14.8  |         |           |                        |
| Ectópicos              | 1 x 191.8 |         |           |                        |
| Tumores trofoblásticos | 1 x 508.4 |         |           |                        |

Dos de los factores principalmente invocados para tratar de explicar la degeneración del trofoblasto no

conducen con nuestra escasa experiencia. Se ha dicho que la mayor frecuencia se encuentra en las gestantes viejas. En el Cuadro N° 2, nuestro mayor número se presentó entre los 21 y 30 años y en el Cuadro N° 3 observamos que los Tumores Trofoblásticos ocurrieron en gestantes de primera vez como en grandes múltiparas con 11 gestaciones.

Los síntomas más llamativos fueron, Cuadro N° 4, la Hemorragia y los Vómitos, siendo aquella, de sangre oscura y generalmente indolora. Pero los vómitos, en muy pocos casos tuvieron el carácter de graves. La presencia de estos dos síntomas

**CUADRO N° 2**

**FRECUENCIA POR EDAD**

|                        |         |
|------------------------|---------|
| 10 a 20                | 1       |
| 21 a 30                | 11      |
| 31 a 40                | 4       |
| 41 a 50                | 4       |
|                        | 20      |
| La paciente más joven: | 18 años |
| La paciente más vieja: | 50 años |

\* Profesor-Jefe de la Unidad Ginecológica de la Universidad Javeriana.

\*\* Residente 2. Departamento de Ginecología y Obstetricia. "Hospital San Ignacio". Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

tan constantes y en proporción tan elevada en todas, nos serán muy útiles en el diagnóstico.

La signología es muy semejante a la de los otros autores y en concordancia con la que encuentran en el extranjero. Solo que según el Cuadro N° 5 la Hiperreactio Luteinalis fue de un 10% pero la desproporción del tamaño del útero en relación con la última regla, la Consistencia Pastosa del Utero, la Ausencia de Ruidos y Partes Fetales así como la expulsión, de Vesículas, siguen siendo buenos elementos de juicio para un acertado diagnóstico.

La duración o el tiempo transcurrido entre la última regla y la fecha de consulta oscila entre los 50 y los 160 días. El Cuadro N° 6, revela que aun cuando la incidencia fue mayor entre los 121 y 130 días, no es la condición amenorreica o la franca amenorrea la que nos despierte la inquietud diagnóstica hacia la actividad trofoblástica patológica. Es la inteligente correlación de éstos y los demás datos anotados en una correcta historia clínica la

CUADRO N° 3

| Paridad     | Casos                            |
|-------------|----------------------------------|
| Gestante 1  | 2 Molas 1 Corioadenoma Destruens |
| Gestante 2  | 3 Molas 1 Coriocarcinoma         |
| Gestante 3  | 2 Molas                          |
| Gestante 4  | 2 Molas                          |
| Gestante 5  | 1 Molas                          |
| Gestante 6  | 2 Molas                          |
| Gestante 7  | 3 Molas                          |
| Gestante 8  |                                  |
| Gestante 9  |                                  |
| Gestante 10 | 1 Mola embrionada                |
| Gestante 11 | 1 Corioadenoma destruens         |

CUADRO N° 4

| Síntomas               | Casos | Porcentaje |
|------------------------|-------|------------|
| Hemorragia oscura      | 20    | 100%       |
| Vómitos                | 11    | 50%        |
| Cefalea                | 5     | 25%        |
| Edema de miembros Inf. | 3     | 10%        |
| Fiebre                 | 1     | 5%         |
| Epistaxis              | 1     | 5%         |
| Náuseas                | 1     | 5%         |

que en la mayoría de las veces, pueden aproximarnos a un diagnóstico, que a pesar de tenerlo presente en la investigación clínica, sigue siendo difícil. No pocas veces, por desgracia, es la Anatomía Patológica, la que en definitiva nos hace el diagnóstico.

CUADRO N° 5

| Signos                           | Casos | Porcentaje |
|----------------------------------|-------|------------|
| Hiperreactio luteinalis          | 2     | 10%        |
| Desproporción                    | 8     | 40%        |
| Consistencia pastosa             | 7     | 35%        |
| Ruidos y parte fetales negativas | 7     | 35%        |
| Expulsión de vesículas           | 6     | 30%        |

CUADRO N° 6

## AMENORREA

Tiempo transcurrido entre última regla y fecha consulta

| Días      | Casos |
|-----------|-------|
| 50 a 60   | 2     |
| 61 a 70   | 1     |
| 71 a 80   | 3     |
| 81 a 90   | 0     |
| 91 a 100  | 0     |
| 101 a 110 | 0     |
| 111 a 120 | 3     |
| 121 a 130 | 5     |
| 131 a 140 | 3     |
| 141 a 150 | 2     |
| 151 a 160 | 1     |

CUADRO Nº 7

RELACION EMBARAZO Y TUMORES  
TROFOBLASTICOS

|                                     |        |          |
|-------------------------------------|--------|----------|
| Womans Hospital                     | 70.171 | 1 x 974  |
| Margaret Hague                      |        |          |
| Maternity                           | 75.000 | 1 x 1321 |
| New York Hospital                   | 36.000 | 1 x 1400 |
| Hertingand Edmonds                  |        | 1 x 2063 |
| Novak                               |        | 1 x 2050 |
| Filipinas, Malaya                   |        | 1 x 140  |
| Hospital de Barranquilla            | 38.757 | 1 x 381  |
| Hospital de San Ignacio de Bogotá   | 10.168 | 1 x 508  |
| Hospital Universitario de Manizales | 14.163 | 1 x 155  |

Las reacciones biológicas de las Gonadotropinas continúan siendo eficaz ayuda en el diagnóstico y en el pronóstico. Pero afirmamos que de por sí sin las implicaciones clínicas que demandan, son un frío dato de laboratorio. Cuando la mensura es muy alta y el caso no es muy claro, sin afanes, debemos esperar. No hay que alarmarse. Después de una Galli-Mainini Negativo, en enferma bien tratada, la sola Positividad de la reacción, no nos debe llevar nunca a situaciones extremas o irreversibles. Es imperativo cerciorarnos de la manera como viven, como son tratados y cuál es el ambiente de los sapos. O repetir una o más veces la reacción en otro laboratorio.

Modernamente tenemos en la Transaminasa Oxalacética un elemento importante en el diagnóstico. En casos de Tumores Trofoblásticos se dobla de 80 a 90 y cuando ha habido la expulsión, extracción o la histerectomía o el trofoblasto metastásico se hace inactivo, las cifras bajan a lo normal.

Los antagonistas del ácido fólico como el Amethopterin (Metotrexate) no solamente son de una gran eficacia en el tratamiento del Coriadenoma Destruens y de las metástasis del Coriocarcinoma, sino que ayudan, después de un buen tratamiento, a Negativizar rápidamente las Reacciones Biológicas del Embarazo, lo que en realidad de verdad constituye un gran aporte en el tratamiento y en el pronóstico, de estas inquietudes del trofoblasto.

En el Cuadro Nº 7, hacemos una comparación de nuestras estadísticas colombianas, con el único motivo, no de justificar este trabajo sino con el más significativo que reclama un poco de autenticidad para nuestra medicina. Si ella, por motivos cono-

cidos y protuberantemente desfavorables, no puede investigar, que por lo menos presente estadísticas propias. Los datos de dos ciudades, Barranquilla y los parciales, pocos o escasos, de otra, Bogotá, nos están indicando que los abortos, los embarazos ectópicos y los tumores trofoblásticos, tienen una alta incidencia entre nosotros.

El grupo de enfermas aquí analizado pertenece a una blenda racial de mestizas, mulatas y algunas blancas, las menos. Su situación socio económica es la de la clase media, pero con un poco de menos pobreza que la que representa el grupo tan alto de Barranquilla. Por ello nos permitimos insinuar, no sin timidez, que el principal factor etiológico de la dismetabolía trofoblástica, no debe de ser exclusivamente el hambre o la desnutrición, como obviamente acontece en las Filipinas, China o Japón. Deberá haber sin duda, algún otro, que bien podría encontrarse en la determinación genética, puesto que probablemente sea cierto que nuestros prístinos cromosomas de raza amarilla transitaron desde Asia hacia América, por el estrecho de Bering.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 JAMES S. SCOTT: Am. J. Obst. and Gynec. 83:185, 1962.
- 2 E. STEWART TAYLOR: Am. J. Obst. and Gynaec. 83:958, 1962.
- 3 PING-YEN WEI: Am. J. Obst. and Gynaec. 85:846, 1963.
- 4 MOELJONO DOJOPRANOTO: Am. J. and Gynaec. 85:850, 1963.
- 5 HECTOR MARQUEZ MONTERO: Am. J. Obst. and Gynaec. 85:856. 1963.
- 6 ROY HERTZ: Am. J. Obst. and Gynaec. 86:808, 1963.
- 7 PHILIP BONANNO: Am. J. Obst. and Gynaec. 87:210, 1963.
- 8 SIDNEY M. TOBIN: Am. J. Obst. and Gynaec. 87:217, 1963.
- 9 CHIEN-TIEN-HSU: Am. J. Obst. and Gynaec. 87:543, 1963.
- 10 RALPH M. WYNN: Am. J. Obst. and Gynaec. 88:618, 1964.
- 11 H. ACOSTA SISON: Am. J. Obst. and Gynaec. 88:634, 1964.
- 12 J. I. BREWER: Am. J. Obst. and Gynaec. 90:566, 1964.
- 13 VALENCIA HURTADO FERNANDO y cols.: Rev. Col. de Obst. y Gin. 345:354, Julio-Agosto de 1964.
- 14 JORDAN GERMAN y G. LOPEZ ESCOBAR: Rev. Col. de Obst. y Ginec. 10 (1): 35. 1959.