UN CASO DE CORIOEPITELIOMA

Por el doctor HUMBERTO H. CORREA,
Profesor de Ginecología

Presento un caso de *Corioepitelioma*, tratado no por el método radical clásico, sino por otro menos mutilante. Si bien es cierto que un solo caso no es suficiente para sacar conclusiones definitivas, por lo menos sirve para sentar las bases de un estudio más extenso que más tarde nos puede decir si las conclusiones a que llegamos en este trabajo estaban bien encaminadas o eran totalmente erróneas.

Antes de entrar a relatar la historia clínica correspondiente a esta comunicación, he creído conveniente hacer un recuento de lo que es el Corioepitelioma en la actualidad.

El Corioepitelioma es un tumor maligno de las vellosidades coriales, cuyos epitelios formados por las células sincitiales y las de Langhans, proliferan de manera atípica. Sanger, de Leipzig en 1888, fue el primero que hizo un estudio a fondo de este neoplasia, pero sosteniendo que se formaba a expensas de la decidua o caduca y por eso le dió el nombre de Deciduoma que prevaleció por mucho tiempo, hasta que Marchand en 1895, estableció su verdadero origen epitelial del corion fetal. Posteriormente aparecieron muchas comunicaciones al respecto, destacándose la de Polloson y Violet en 1914, donde pre-

sentaron la recopilación de 455 casos, cifra record jamás alcanzada, por ser este tumor bastante raro. Después vinieron las de Merger, Brindeau y Hinglais, en donde hacen resaltar las propiedades gonadotropas de este tumor y aconsejan la dosificación sistemática de las gonadotropinas urinarias y séricas, después de un embarazo molar.

El Corioepitelioma es un tumor raro, aparece una vez sobre 15.000 embarazos, después de un tumor que precede a una preñez, salvo en casos primitivos que son siempre de origen congénito o teratomatoso, aún más raros. Puede aparecer el Corioepitelioma, después de un embarazo normal o de un aborto, pero casi siempre su aparición se hace después de una mole hidatiforme. Polloson y Violet traen el 54% después de una mole, el 30% después de un aborto y el 16% después de un parto normal, pero Merger sostiene que el 95% de los Corioepiteliomas son precedidos de una mole y que aparece un tumor por cada 10 embarazos molares.

Caracteres macroscópicos — Algunos autores dividen el Corioepitelioma en tres tipos que son: el Corioadenoma, el Coriocarcinoma y el Sincicioma y los describen por separado. Otros autores dicen que son diferencias en cuanto a

proliferación, tamaño y grado de malignidad, pero que en sí el proceso es idéntico y hacen la descripción global. Sea una cosa o la otra, nosotros describiremos solamente el Corioepitelioma.

El útero se encuentra aumentado de tamaño, pero nunca pasa el tamaño de una cabeza fetal, contiene en su interior el tumor, que se localiza en el sitio de la inserción placentaria y que es del tamaño de una nuez, o un poco más, de consistencia sólida, friable, de color rojo oscuro o violeta, muy vascularizado e incrustado en el músculo uterino, pero que hace saliente en la cavidad uterina. Su estructura es uniforme y característica por la presencia de bandas y masas de células sincitiales acidófilas, entremezcladas con islotes en proliferación activa de células de Langhans y ausencia del estroma de las vellosidades. El tumor está compuesto de tres capas que son: la capa superficial, es delgada y formada por fibrina, leucocitos y eritrocitos; la capa media está formada por células sincitiales y de Langhans; y la profunda por células cancerosas agrupadas en forma de vellosidades que penetran en el interior mismo del músculo uterino. Estas células penetran en los senos venosos, los invaden y hasta los obstruyen, adhiriéndose a sus paredes o permaneciendo desprendidas para producir más tarde las metástasis a distancia. Las metástasis del Corioepitelioma en los casos avanzados se presentan siempre y tiene su asiento principal en el pulmón, en la vagina y en el cerebro.

Las modificaciones que se operan en el ovario son de naturaleza quística; son quistes bilaterales que llegan al tamaño de una naranja y son luteínicos; son debidos a la gran secreción de

Prolanes B., por el tumor y se presentan en el 62% de los casos.

Estudio clínico — El diagnóstico puede ser difícil si no hay el antecedente de aborto molar, si lo hay, se debe hacer la dosificación de las gonadotropinas en la orina, periódicamente y cuyos resultados junto con los síntomas clínicos son suficientes para precisar el diagnóstico.

El primer síntoma que presenta la enferma es la hemorragia que aparece de las tres semanas a los tres meses después de la expulsión del huevo. Estas hemorragias se suceden a breve intervalo y son a veces muy profusas y pueden traer la muerte por anemia aguda, a veces no se presentan en esa intensidad, pero traen de todas maneras la anemia a la enferma, que no guarda proporción con la sangre perdida y que le da a la paciente el color amarillo paja característico del cáncer. Se presenta también, disnea, edemas, estado nauseoso y vómito. Al tacto genital se encuentra el útero aumentado de volumen y blando, con cuello entreabierto que a veces puede dejar pasar el dedo y apreciarse una masa friable, sangrante y poliposa. Además se aprecia en el 62% de los casos, los ovarios aumentados de tamaño por los quistes luteínicos de que hablamos anteriormente. Otras veces se encuentran un nódulo vaginal de color azulado que no es otra cosa que una metástasis retrógrada y que es un signo patognomónico de corioepitelioma. Algunas veces se presenta solamente el síntoma hemorrágico y entonces el diagnóstico se dificulta y viene a hacerse tardíamente por el raspado, porque se creyó fuera solamente restos placentarios. Pueden faltar todos los síntomas pelvianos y comenzar la

enfermedad por hemoptisis, hemiplegia, peritonitis, vómitos graves o la aparición de un nódulo vaginal. El dosaje de las hormonas gonadotropas nos orientará en el diagnóstico, pues se aumentan 10 y hasta 20 veces su cantidad en la orina, y esta diluyéndola al centésimo, puede dar todavía la reacción de Friedmann positiva como en un embarazo normal. También se encuentran estas hormonas en el líquido cefalorraquídeo, cosa que no aparece en el embarazo normal. Normalmente se encuentran 30.000 unidades coneja por litro de orina, pero en el Corioepitelioma suben estas unidades a 500.000 y más por litro.

Evolución — Desgraciadamente hay muchos casos en que no se encuentra el antecedente claro de Mole y entonces el diagnóstico se retarda, el cáncer continúa evolucionando y no se descubre sino tardíamente, cuando ya no es tiempo de intervenir con éxito y la enferma muere entre los 4 y los 18 meses, víctima de las metástasis o por la caquexia peculiar del cáncer.

El diagnóstico diferencial se hace con la retención placentaria, por el raspado y el examen histológico de lo extraído. Con la inercia uterina, pero aquí las hemorragias no son tardías como en el corioepitelioma sino precoces. Con el pólipo placentario que no da la reacción intensa de las gonadotropinas.

Tratamiento — Profiláctico: algunos autores aconsejan hacer la histerectomía preventiva en casos de aborto molar, pero esta conducta actualmente no se justifica. El raspado después de una Mole es aconsejable para limpiar la cavidad del útero, este curetaje debe ser prudente y con cureta roma por la fra-

gilidad de la pared uterina especialmente en el sitio de la inserción placentaria.

Todos los autores están de acuerdo en que el tratamiento del Corioepitelioma es la histerectomía total con extirpación de anexos y si es posible radioterapia post-operatoria, dada la malignidad del tumor. James Ewing, Profesor de Oncología, dice: con histerectomía o sin ella, el proceso dura ordinariamente de 6 a 18 meses. En ocasiones se observan casos mucho más rápidos en los cuales la muerte es provocada por la infección o la hemorragia. Nosotros no hemos encontrado publicado ningún caso de curación operatoria del coriocarcinoma y agrega, cuando se han producido metástasis, la operación está contraindicada, si bien cabe afirmar que la extirpación de un foco uterino, e incluso de las metástasis accesibles, puede en raros casos dar lugar a la curación. Schmauch destaca el carácter necesariamente fatal del proceso y previene contra la intervención como aceleradora del desenlace funesto.

Dicho todo lo anterior, entramos ahora a analizar la historia clínica que ha motivado este trabajo.

Fui llamado a ver una paciente que estaba sufriendo de fuertes hemorragias desde hacía dos meses y que guardaba cama, porque al levantarse sangraba copiosamente. En el interrogatorio encontré un dato interesante y fue el de que había tenido hacía dos meses un aborto molar y que el médico que le atendió aconsejó que llevaran ese producto al laboratorio para examen histológico, cuyo resultado fue el de Mole Hidatiforme (protocolo número 409 de abril 29 de 1946, Doctor Miguel Mariño Z.). Esta señora de 26 años

tenido dos hijas y había gozado perfecta salud, hasta que sobrevino un embarazo, cuyo aborto molar se efectuó a los cuatro meses de embarazo. Presentaba palidez, taquicardia, estado nauseoso y decaimiento además de profusa hemorragia. A la palpación abdominal no se alcanzaba a apreciar ninguna tumoración, solamente una pequeña hernia de la cicatriz de una apendicectomía aguda supurada. Al tacto había un cuello entreabierto, pero que no dejaba pasar el dedo, y el cuerpo de la matriz un poco aumentado de volumen. Los fondos de saco, libres, pues no se encontraban los quistes luteínicos de los ovarios tan frecuentes en estos casos. Su aparato respiratorio, clínicamente normal, lo mismo el aparato cardiovascular y el urinario; tampoco había nada especial del lado del sistema nervioso, salvo una irritabilidad nerviosa, que la exasperaba en alto grado.

Aconsejé una reacción de Friedmann que dió resultado fuertemente positivo.

Aconsejé radiografía pulmonar y examen clínico cuidadoso en el consultorio para ver si había alguna metástasis vaginal. Estos exámenes dieron resultado negativo.

Hice, pues, el diagnóstico de Corioepitelioma sin metástasis apreciables y aconsejé la operación. Fue hospitalizada en el pensionado de la Samaritana y procedí a la operación el día 17 de julio de 1946, previos exámenes de sangre y orina. Hice la laparotomía y encontré una matriz aumentada de tamaño, unos ovarios de aspecto absolutamente normal, unas trompas muy congestionadas, sin varicocidades. En vista del aspecto casi normal de estos genitales internos, procedí a hacer so-

extirpación de ambas trompas y conservación de ambos ovarios, técnica esta, que se apartaba totalmente de lo aconsejado por la escuela clásica. El post-operatorio fue normal y la enferma abandonó el pensionado en buenas condiciones, a los nueve días de la intervención.

Las piezas extraídas fueron enviadas al laboratorio de anatomía patológica, para examen con el diagnóstico clínico de Corioepitelioma. El jefe del laboratorio, doctor Méndez Lemaitre, experto patólogo, contestó lo siguiente, según protocolo número 49.959: Conclusión: Corioepitelioma.

No cabía, pues, duda de que se trataba de un Corioepitelioma con todos sus síntomas clínicos. Aconsejé a la enferma repetir la prueba cuantitativa de Friedmann, cada tres meses, para darme cuenta exacta de la evolución del proceso; ésta fue negativa al mes de practicada y se sostuvo negativa en diciembre 6 de 1946. Según protocolo número 154.453, del laboratorio del doctor Almánzar y Sánchez; y posteriormente ví otra reacción negativa. Cada año he tenido la oportunidad de chequear a esta paciente y actualmente se encuentra gozando de perfecta salud, después de cinco años de la operación.

De todo lo expuesto anteriormente, podemos sacar las siguientes sugerencias:

1ª El pronóstico del Corioepitelioma no es tan sombrío, debido a la dosificación de las gonadotropinas.

2ª El diagnóstico precoz es la base del éxito.

3ª Las metástasis no son una contraindicación formal para la operación.

por cuanto estas son radiosensibles y pueden desaparecer con la irradiación o con la extracción del foco primario.

4ª No hay necesidad de hacer la histerectomía total, porque casi nunca el Corioepitelioma se propaga al cuello; ni la operación de Wertheim, porque

la propagación del Corioepitelioma no se hace por vía linfática.

5ª Vale la pena ensayar la Paraoxy-propiofenona, producto de oxidación del Estilbestrol que ha dado resultados magníficos a Perrault, Vignaleu y Etienne en Francia.

INFORMACION CIENTIFICA

SECCION DE ESTERILIDAD

Primera Convención de la Sociedad Brasileira de Esterilidad.

El 14 de octubre de 1951 se reunió en la ciudad de Río de Janeiro, la Primera Convención Brasileira para el estudio de la Esterilidad. Fue presidida por el doctor A. Campos Da Paz Filho.

19 temas fueron incluidos, correspondiendo a cada uno de los aspectos de esta especialidad. Fueron presentados 130 trabajos; asistieron delegados de 15 naciones por cuatro Continentes. Los Estados Unidos de Norteamérica, estuvieron representados por Robert Hotchkiss, Philip Levine W. T. Pomeroy, Samuel Siegler, Irving F. Stein, Somers Sturgis, B. Bernard Weinstein, Abner I. Weisman y Walter W. Williams.

Los temas fueron desarrollados en inglés, español, portugués y francés.

En la sesión de clausura del 19 de octubre, entre otras resoluciones, fue aprobada la de intensificar los estudios en el campo de la infertilidad y el cambio de ideas al respecto entre los diferentes países. También fue conside-

rado el plan de una Sociedad Internacional para estos estudios.

OCTAVA CONVENCION ANUAL

La Sociedad Americana para el estudio de la Esterilidad, celebrará en Chicago la reunión de este año, en los días 7 y 8 de junio.

Los temas serán los siguientes:

Sábado 7, en la mañana:

Uso y abuso de substancias endocrinas en infertilidad. Presidirá la sesión Charles Lee Buxton, New York City.

Sábado, sesión de la tarde:

Aspectos psicosomáticos de la Infertilidad. Preside la sesión, Alan F. Guttmacher, Baltimore.

Domingo 8, sesión de la mañana:

Infertilidad masculina. Preside la sesión, Ernest W. Page, San Francisco.

Domingo, sesión de la tarde:

Acercamiento clínico a la pareja infértil. Preside la sesión, Carlos D. Guerrero, México.

M. EDWARD DAVIS
Jefe del Comité

5841 Maryland Avenue - Chicago
37, Illinois.