Degeneración corioepitelial después de un embarazo a término

FERNANDO MERA GONZALEZ
Jefe de Clínica del servicio de Maternidad

Creo conveniente hacer un estudio somero del corioepitelioma antes de relatar la historia clínica de una paciente que estuvo hospitalizada en el servicio del Profesor Rodríguez Aponte (Instituto de Protección Materno-infantil), y a quien me correspondió observar y tratar en mi condición de Jefe de Clínica de la sala de Aislamiento.

Es el corioepitelioma una neoplasia de gran poder destructor y metastásico, constituída por elementos ectodérmicos de origen fetal, con proliferación exagerada de células sincitiales y de Langhans, y que recuerda la estructura íntima de las vellosidades coriales. Esta neoformación hace saliente dentro de la cavidad uterina, y es de color rojizo con manchas azuladas, por la formación de espacios sanguíneos con trombosis y por la destrucción de las paredes vasculares, debidas al sincitio proliferante. Penetran sus elementos en las paredes del útero, hasta perforarlo algunas veces, y de allí, la malignidad del tumor, ya que estos tejidos normales proliferados aumentan la agresividad trípsica mientras disminuyen las defensas locales antitrípsicas de la decidua materna, que en el embarazo normal frenan al sincitio y su ofensiva histolítica.

Fue Marchand, quien por primera vez enunció la naturaleza ectodérmica del corioepitelioma y lo diferenció totalmente: a) de los deciduomas de Sanger, quien le atribuía naturaleza decidual de origen materno, y b) de los teratomas del testículo, que probablemente provienen del ectodermo fetal incluído en el teratoma congénito. Hoy en día se puede comprobar que la existencia de un corioepitelioma requiere, como condición previa, la participación de células fetales.

Ya aclarado el origen de esta neoformación, es lógico suponer que ella aparece en la mujer con gestación normal o anormal, ya durante el embarazo o bien después de evacuado el contenido uterino. La mayor frecuencia de esta neoplasia (50%) ocurre después de los embarazos molares, por la transformación del ectodermo fetal, pues existe una similitud en su constitución anatómica, ya que en la mola vesicular o hidatiforme se halla una degeneración edematosa de las vellosidades con proliferación de las células epiteliales coriales, con edema de su estroma, que está sustituído por una masa gelatinosa, y además, el proceso se retiene en la barrera decidual, dejando el útero libre de los elementos ectodérmicos, conservando,

hasta cierto punto, el cuadro de benignidad.

El estudio microscópico anatomopatológico de la neoformación en el corioepitelioma demuestra un sinnúmero de vasos trombosados, con abundancia de células redondas y leucocitos polimorfonucleares, las células de Langhans y sincitiales proliferadas, y todo el estroma de la tumoración profundamente vascularizado. En ocasiones el sincitio avanza hasta la luz capilar, y los elementos epiteliales aparecen agrupados desordenadamente acusando múltiple carioquinesis y monstruosidades.

Como tumor maligno que es, da diversas metástasis, mas prefiere localizarse en la vagina por implantación superficial, e invade al pulmón, hígado, bazo y encéfalo por trasporte sanguíneo de las células carcinomatosas.

La sintomatología del corioepitelioma se sintetiza en: a) metrorragias, que pueden ser erráticas, frecuentes o repetidas, de mediana intensidad o profusas y espaciadas, y que aparecen en la mujer que ha tenido embarazo normal, un aborto eutópico o un aborto molar. La persistencia de hemorragias, rebeldes al tratamiento hemostático y útero-tónico, agota a la enferma y pone de presente fenómenos anémicos, con palidez de la piel y conjuntivas, subictericia, albuminuria, edemas maleolares y de los párpados, es decir, los signos claros de caquexia; b) leucorrea fétida y maloliente por la desintegración de los tejidos alterados, y c) dolor, que es inconstante y aparece cuando hay propagación del contenido uterino a la cavidad peritoneal.

En la evolución de esta entidad hay a veces temperaturas discretas, debida a los procesos infecciosos por la alteración de los tejidos carcinomatosos, cuyo medio es propicio para estas infecciones sobreagregadas. Al tacto vaginal, combinado con la palpación, se aprecia un útero blando, aumentado de tamaño, con su orificio cervical entreabierto y permeable, que da salida a los tejidos modificados, fácilmente confundibles con restos placentarios u ovulares, y que inducen, en no pocas ocasiones, a practicar legrados uterinos por el convencimiento equivocado de ser restos retenidos de una gestación. Por lo tanto siempre es necesario, en casos como este, enviar el producto del legrado al examen microscópico, para que su estudio aclare en definitiva el diagnóstico clínico.

Además, y esto es muy importante, en los casos probables de degeneración corioepitelial, deben practicarse reacciones de laboratorio, de Friedmann y Gailli-Mainini, que hoy en día son las más usadas. Preciso es recordar que el corioepitelioma modifica las reacciones elevando y sosteniendo las titulaciones después de un aborto eutópico o ectópico o de un embarazo normal. Después del aborto molar la excreción hormonal se negativiza en el término de 7 a 10 días, pero si los restos molares ya provocaron alteraciones epiteliomatosas, la eliminación hormonal persiste con aumento progresivo.

El tratamiento de la neoformación epiteliocorial, una vez establecido el diagnóstico, consiste en la inmediata extirpación del cuerpo y cuello uterinos por vía vaginal o abdominal; los ovarios pueden conservarse si no se encuentran invadidos por la neoplasia, fenómeno apreciable durante el acto quirúrgico. Los quistes luteínicos regresan después de la extirpación de

órgano degenerado que les dió origen. La radioterapia únicamente se aconseja cuando es peligrosa la histerectomía total, o si el corioepitelioma tiene metástasis varias. El tratamiento paliativo se reduce entonces a mejorar la sintomatología uterina mientras sobreviene la muerte.

El éxito del tratamiento depende de la precocidad en el diagnóstico, y de la extirpación del tumor antes de producirse la metástasis. Las estadísticas recientes de Payne arrojan resultados curativos en el 95% de los casos, sobre un total de 36 observaciones.

Debo aclarar que, después del tratamiento quirúrgico, conviene continuar la investigación biológica periódica, para comprobar el resultado terapéutico. En caso de metástasis persiste la eliminación hormonal alta aunque no haya sintomatología clínica; si hay curación se negativiza la reacción rápidamente.

Hecha la descripción del diagnóstico, sintomatología y tratamiento del corioepitelioma, paso a relatar la historia clínica correspondiente.

Nombre: M. del C. M. Edad: 22 años.

Fecha de ingreso: agosto 2 de 1949. Fecha de salida: agosto 19/49.

Historia Nº 1.583 de 1949. Servicio del Profesor Rodríguez Aponte. Sala general.

Examen obstétrico: Ultimas reglas: octubre 30/48.

Tensión arterial: 13.5 x 8. Pulso, 84.

Hora en que inició trabajo: agosto 2/49 a las 6 a. m.

Marcha de las contracciones uterinas desde su iniciación: irregular. Estado de las membranas: intactas. Secreción vaginal: muco-sanguinolenta.

Inspección: estado general de la enferma: bueno.

Senos: calostrorrea, aréolas secundarias. Desarrollo del vientre: embarazo de 9 meses. En trabajo.

Organos genitales externos: normales.

Palpación: altura uterina, 30 centímetros. Consistencia de la matriz: normal. Situación longitudinal. Forma globulosa. Superficie regular. Contracciones uterinas en el momento del examen: frecuencia, cada 15 minutos; duración 30 segundos. Intensidad regular.

Datos fetales:

Feto único. Situación longitudinal. Presentación cefálica de vértice deflejada. Posición izquierda. Altura de la presentación: insinuada. No hay desproporción cefalopélvica.

La paciente dice haber tenido un dolor fuerte el 2 de agosto a las 7 y media, seguido de hemorragia vaginal discreta, y dejó de sentir movimientos fetales.

Auscultación: ruidos cardíacos fetales negativos.

Tacto vaginal (agosto 2/49 a las 12 y 20 horas): Vulva y vagina normales, cuello blando, borrado casi completamente con dilatación de 1½ centímetros. Membranas íntegras.

Parto: agosto 3/49. Hora: 5 y 5 a. m.

Estado del niño al nacer: normal, anatómicamente.

Alumbramiento: espontáneo. Peso de placenta: 720 gramos. Membranas completas. Hemorragia no. Longitud del cordón: 35 centímetros.

Niño: número único. Sexo: femenino. Peso 2.880 gramos.

PUERPERIO Fecha	Senos	Altura uterina	Loquios
VIII-3	B.	17	Hemorrágicos
VIII-4	B.	19	Hemorrágicos
VIII-5	B.	12	Sangrientos
VIII-9	B.	13	Purulentos
VIII-12	B.	7	Serosangrientos

Se suministraron durante el puerperio los siguientes medicamentos: gotas involutivas, sulfadiazina, 30 tabletas, tintura de belladona, XX gotas 2 veces al día.

Cuadro térmico: puerperio sub-febril.

El estado de la paciente en la fecha de alta es satisfactorio.

La paciente reingresa el 16 de septiembre/49 y queda hospitalizada en el servicio de Aislamiento del Profesor Mojica. Historia Nº 1.669 de 1949.

Se hace diagnóstico de puerperio febril. Se le administran los siguientes medicamentos: penicilina 1.000.000 de unidades, sulfadiazina, 30 tabletas; extracto hepático inyectable, cápsulas férricas, y sale por mejoría el día 4 de octubre/49.

Cuadro térmico: temperaturas oscilantes entre 39 y 36.5 grados.

La paciente reingresa al servicio del Profesor Acosta, sala general, el día 14 de octubre/49.

Historia Nº 1.887 de 1949.

Diagnóstico: Retención de cotiledones placentarios. Anemia intensa.

Pulso 100 p. m. Tensión arterial, 9 x 5.

Se copia de la historia: «La paciente tuvo su primer parto hace dos meses en el servicio del Profesor Rodríguez Aponte; salió a los 10 días en condiciones satisfactorias. Reingresa a los 10 días al servicio de aislamiento por hemorragia abundante y dolores del bajo vientre. Allí la ponen en reposo y salió a los 20 días habiendo cesado las hemorragias.

Hace cinco días experimenta nuevamente hemorragia genital y dolores del bajo vientre. Llega al servicio a las 22 horas.

Tacto vaginal: vulva y vagina normales. El cuello uterino se encuentra abierto y hacen hernia a través del orificio cervical los restos placentarios. No se pueden extraer digitalmnte.

Se le aplica anestesia general y se extraen con pinzas de cuerpos extraños.

Se aplica ginergeno, coramina, solución dextrosada al 10%, 500 c. c. con vitamina K».

El cuadro térmico de esta paciente durante el tiempo de su hospitalización en este servicio osciló entre 39 grados (después de la intervención) y 36 grados.

Sale por mejoría en octubre 26/49.

Se le suministró como medicación post-operatoria: cápsulas férricas, extracto hepático y sulfadiazina.

En noviembre 17/49 se hospitaliza en el servicio del Profesor Rodríguez Aponte. Sala de Aislamiento.

Historia Nº 2.369.

En esta ocasión la paciente no da datos de sus hospitalizaciones anteriores en el Servicio de Maternidad. La paciente da los siguientes datos: menarquia a los 16 años. Ciclo 30-3. Menalgia. Ha tenido flujos con sangre. Antecedentes obstétricos: un embarazo a término con feto muerto, hace tres meses.

Enfermedad actual: se queja de dolor abdominal, cefalalgia, vómitos, diarrea, hemorragia vaginal, tos sin

expectoración. Se ordena: examen de orina, pues hay puntos ureterales dolorosos.

Se establece un tratamiento a base de antibióticos (penicilina estreptomicina) y tónicos generales extracto hepático, cápsulas férricas).

Noviembre 21/49: Se queja de diarrea abundante. Tratamiento: sulfasuxidina, atrinal.

Noviembre 23: hay hemorragia vaginal abundante. Tratamiento: ergotrate, dos tabletas —Ginergeno una ampolla— Sulfadiazina.

Noviembre 29: Tacto vaginal: vulva y vagina normales. Cuello borrado, dilatado tres centímetros. Se aprecia la salida de restos ovulares por el orificio cervical. Cuerpo de la matriz blando, en posición normal, ligeramente aumentado de tamaño correspondiendo a un embarazo de dos meses. Diagnóstico: Aborto incompleto de dos meses.

Tratamiento: Raspado uterino y taponamiento, bajo anestesia con Pentothal sódico.

Noviembre 30/49: Se le extrae la mecha del taponamiento. Se le prescriben antibióticos (penicilina-estreptomicina) Tónicos generales, utero-tónicos.

Diciembre 3/49: Continúa la metrorragia. Tensión arterial: 9 x 3.

Se toma biopsia de endometrio y se lo ordena reacción de Friedmann cuantitativa.

Transfusión de sangre total: 500 c. c.

Diciembre 4/49: continúa la hemorragia vaginal. Mal estado general. Tensión arterial: 9.5 x 3. Taquicardia, soplo sistólico de origen anémico en todos los focos de auscultación cardíaca.

Tratamiento: solución dextrosada al 5% 1.000 c. c. Corti-renal una ampolleta. Normoclotín —Vitamina K— Extracto hepático inyectable y calor permanente.

Diciembre 10/49: Disminuyó la hemorragia vaginal. Mejor estado general.

Diciembre 12/49: Continúa disminuyendo la metrorragia. El resultado de la radiografía de vía biliares llega con diagnóstico de exclusión vesicular.

Diciembre 13/49: El resultado de biopsia de endometrio pone de presente elementos de inflamación. La hemorragia ha disminuído.

Se establece diagnóstico de endometritis, post-aborto.

Diciembre 14/49: Contestan a la reacción biológica de Friedmann que se había pedido, en los siguientes términos: «Imposible hacerla por falta de conejos».

Diciembre 15/49: No hay hemorragia vaginal. Leucorrea clara.

Diciembre 19/49: Aparece una tumefacción en la raíz del muslo derecho que es inflamatoria

Diciembre 21/49: Punto cístico muy doloroso. Aumenta el flujo vaginal. Pulso 115 p. m. Tensión arterial 9 x 0. Tos sin expectoración. Temperatura: 39.2 grados.

Se formula antibióticos y tónicos generales.

Diciembre 23/49: Mal estado general. Dolor epigástrico y en el hipocondrio derecho. Vómito. Leucorrea abundante.

Diciembre 30/49: Hemorragia vaginal abundante, con coágulos y dolores tipo cólico. Vómitos. Dolor en punto vesicular.

Enero 2/50. Tos con expectoración hemoptoica. La matriz se palpa dura y dolorosa. Leucorrea abundante.

Enero 10/50. Pulso 140. Tensión arterial, 9.5 x 0. Abdomen muy doloroso. Continúa el vómito. Como los datos clínicos denotan que hay un tumor uterino maligno y la metrorragia continúa, agravándose el estado general, se resuelve prepararla para posible histerectomía. Se pide transfusión sanguínea pero es imposible practicarla por el mal estado de sus venas.

Enero 12/50. Empeora el estado general y se aplaza la intervención debido a las malas condiciones en que se halla la paciente. Tensión arterial, 6.5 x 2. Tiene retención de orina. Continúan el vómito y la hemorragia vaginal. Abdomen muy doloroso.

Enero 13/50. Muere la paciente y se envía su cadáver al laboratorio de Anatomía Patológica con el fin que se le practique una autopsia. Lleva diagnóstico posible de tumor uterino maligno.

El cuadro térmico marca temperaturas oscilantes entre 39.5 y 37 grados durante el tiempo de su hospitalización hasta la muerte.

EXAMENES DE LABORATORIO

Flujo vaginal: Examen bacteriológico. (Dbre. 20/49).

Diplococos gram negativos morfológicamente semejantes al gonococo, extracelulares.

Análisis parcial de orina

(Enero 11/50). Albúmina: ligeras huellas. Sedimento uratos amorfos ++++. Leucocitos +.

Resultado anatomopatológico de la biopsia. Tejido órgano o región: Endometrio. Descripción macroscópica: Varios fragmentos de tejido blando color gris rojizo. Dimensiones: IxIxO,2 centímetros.

Diagnóstico microscópico: Inflamación aguda. El material enviado para examen está compuesto por tejido, aparentemente conjuntivo, en estado de completa desintegración. Se ven depósitos de fibrina y de pus. Hay áreas de hemorragia.

(Fdo.) El Jefe de la Sección: **Sánchez Herrera.**

Diciembre 12/49.

Análisis parcial de orina

(Noviembre 19/49). Densidad: 1.015. Reacción ácida. Albúnima: muy ligeras huellas.

Sedimento: leucocitos +; células epiteliales +.

Resultado anatomopatológico de la autopsia: «Tejido órgano o región: Pulmones. Descripción macroscópica: hay adherencias íntimas entre las dos hojillas pleurales y de éstas a la reja costal, al diafragma, al pericardio y al mediastino. Pulmón derecho: peso, 425 gramos. La superficie es de color gris rosado pálido y muestra congestión en la base, lo cual se confirma al corte. En el lóbulo superior se aprecian dos nódulos de consistencia firme, de 3.6 centímetros de diámetro el mayor de ellos que al corte presenta una zona exterior de color pardo obscuro y una zona inferior de color rojo. En uno de éstos se ve una cavidad central de contenido purulento. Pulmón izquierdo:

peso 350 gramos. Con caracteres semejantes a los del derecho y con un nódulo de 3.8 centímetros de diámetro de aspecto carcinomatoso semejante a los descritos en el pulmón derecho.

Diagnóstico microscópico: Metástasis corio-carcinomatosa. Los cortes practicados sobre los nódulos descritos anatómicamente, dejan ver áreas extensas de necrosis y de hemorragia rodeadas por zonas de reproducción de un neoplasma maligno, especialmente rico en vasos sanguíneos y cuya estructura recuerda de manera muy imperfecta, la de la placenta. Los elementos neoplásicos son hipercromáticos, de tipo Langhans los más y sincitiales otros. Los nódulos están rodeados por parenquima pulmonar que presenta zonas de neumonía. En otros campos hay enfisema y antracosis moderada.

Tejido, órgano o región: Hígado. Descripción macroscópica: Peso 1.525 gramos. La víscera se encuentra bañada por líquido purulento viscoso fétido, de color amarillo y con numerosas falsas membranas. Este líquido en cantidad de 1.050 c. c. baña todas las vísceras abdominales y pélvicas. La cápsula propia se encuentra cubierta de falsas membranas y presenta adherencias íntimas a las vísceras vecinas. Al corte el parenquima es semifirme, de color carmelita claro y con arquitectura poco aparente. La vesícula biliar contiene escasa cantidad de barro biliar. Vías biliares permeables.

Diagnóstico microscópico: Hepatitis sub-aguda. El estroma muestra infiltración leucocitaria mono y polinuclear. Los vasos centrales están dilatados y también los capilares vecinos. En todos los campos se ve degeneración grasosa de la célula hepática. En el peritoneo hay edema abundante acompañado de infiltración densa por leucocitos polinucleares. La vesícula biliar muestra cambios post-mortem. Tejido: Organo o región: Riñones. Descripción macroscópica: Derecho, peso, 100 gramos, espesor de la corteza, 0.6 centímetros. La superficie exterior es de color rojo sombreado. La cápsula se desprende con facilidad. Al corte es de consistencia firme, de color rojo amarillento y de arquitectura bien aparente. Izquierdo, peso, 110 gramos. Espesor de la corteza 0.9 centímetros. Es de color rojo obscuro y la cápsula bien adherente. Al corte es de consistencia firme y muestra un parenquima hemorrágico.

Diagnóstico microscópico: Nefritis crónica. Se ve esclerosis moderada de los glomérulos. Los vasos sanguíneos están muy dilatados. Con frecuencia se aprecian cilindros hialinos. No es posible dar más detalles histológicos debido a que hay extensa desintegración post-mortem.

Tejido-órgano o región: Utero. Descripción macroscópica: Peso, 428 gramos. Dimensiones: 10 x 9 x 8 centímetros. Tanto el miometrio como el endometrio están reemplazados por un tejido blando de color rojizo con abundante áreas de necrosis. Este proceso ha afectado también al cuello uterino. La serosa se encuentra espesa y encapsula completamente al órgano. Sobre el fondo, hacia la región izquierda y dos centímetros por encima de la implantación de la trompa correspondiente se aprecia un orificio anfractuoso de bordes irregulares de 2.5 centímetros de diámetro por el cual emerge hacia la cavidad pélvica el tejido intra-uterino. En la cavidad vaginal se

encuentra líquido purulento del mismo aspecto del que se encontró en la cavidad peritoneal.

Diagnóstico microscópico: Corio-carcinoma: Los cortes practicados sobre el fondo, muestran un neoplasma maligno de origen placentario, enormemente infiltrante, que invade los vasos sanguíneos y que se acompaña de grandes áreas de necrosis, en ocasiones con formación de pus. Los elementos que lo forman son hipercromáticos de tipo Langhans unos y otros, agrupados formando sincitio. Todos estos elementos presentan alguna tendencia a agruparse formando pseudovellosidades de estroma muy escaso. En el cuello hay dilatación muy marcada de los vasos sanguíneos e infiltración leucocitaria mononuclear».

El Jefe de la Sección,

(Fdo.) **M. Sánchez Herrera**

Enero 26/50.

La historia clínica nos enseña que sí es posible la degeneración corioepitelial en nuestro medio, y que si las publicaciones al respecto y las estadísticas propias nada nos indican, no por ello debemos concluír que esta entidad es extraña en Colombia, sino que, por el contrario, debemos esforzarnos por un mejor estudio clínico de esta afección; con mejores exámenes anatomopatológicos y reacciones biológicas seriadas, en todos aquellos casos en que la sintomatología acuse un diagnóstico probable de corioepitelioma.

La historia relatada es tánto más elocuente cuanto que ella se produjo con embarazo que evolucionó normalmente hasta culminar en parto a término, realizado en forma espontánea, sin que al examen macroscópico del feto o de los anexos se hallara nada anormal. Cuántos abortos molares no sufrirán la misma transformación maligna de sus elementos sincitiales, si se tiene en cuenta que es allí, en ese tejido de proliferación exagerada, donde se inicia la degeneración maligna? Pero es que, en verdad, para el diagnóstico exacto del corio-epitelioma se requiere su estudio anatomo-patológico, y en muy pocas ocasiones se practica.

JUAN N. BAQUERO

Se hace cargo de la Administración de Revistas de carácter científico.

Calle 16, número 7-91. Oficina 4. Teléfono 23-901.
Apartado Nacional 276. Bogotá.