

# ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES TROFOBlasticas GESTACIONALES

## Análisis Prospectivo de 36 Pacientes

Julio 15 de 1970 a Julio 14 de 1971. — Hospital Universitario San Vicente de Paúl. — Medellín - Colombia.

**Dra. Constanza Díaz de Calle\***  
**Dr. Alfonso Júbiz Hasbun\*\***  
**Dr. Carlos Malabet Santoro\*\*\***

### I — Introducción

Bien conocida es la importancia que en los servicios gineco-obstétricos tienen las enfermedades del trofoblasto. Revisando la literatura colombiana encontramos varios estudios (1, 2, 3, 4, 5, 6) todos de tipo retrospectivo que analizan una serie de problemas inherentes a estas entidades. Los autores coinciden en mencionar las dificultades que se presentan en el tratamiento y control de las pacientes, por la falta de un registro adecuado y porque la mayoría de ellas proceden de lugares lejanos y generalmente no regresan a revisión.

Sabemos que la mola hidatidiforme precede aproximadamente en la mitad de los casos a la aparición de los tumores malignos del trofoblasto.

Planteamos la duda sobre la utilidad de la clasificación anatomopatológica en la predicción del futuro evolutivo de la mola hidatidiforme.

Al revisar los archivos del Instituto de Anatomía Patológica y del De-

partamento de Estadística del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, encontramos un promedio de 30 casos anuales en los últimos siete años. Creemos que este dato no muestra la magnitud real del problema, posiblemente por la falta de un estudio sistemático de las placentas y del material extraído por legrado o curetaje.

Convencidos de la necesidad de fijar pautas en el tratamiento y control de estas entidades efectuamos esta investigación.

### II — Objetivos

Al proyectar el presente estudio fijamos los siguientes objetivos:

1º Determinar la incidencia de la enfermedad del trofoblasto en el Departamento de Antioquia.

---

\* Profesora Auxiliar del Departamento de Anatomía Patológica.

\*\* Profesor Agregado del Departamento de Obstetricia y Ginecología.

\*\*\* Residente de 3º año del Departamento de Obstetricia y Ginecología.

2º Determinar la relación entre la enfermedad del trofoblasto y la edad y paridad.

3º Determinar la relación entre la clasificación anatomopatológica y el pronóstico.

4º Evaluar los distintos tipos de tratamiento.

5º Proponer pautas definidas de tratamiento.

### III — Universo y Muestra

Está constituido por las 36 pacientes con enfermedad gestacional del trofoblasto, que fueron tratadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl entre el 15 de julio de 1970 y el 14 de julio de 1971.

La muestra es seleccionada y hospitalaria y se limita a la población antes mencionada.

### IV — Material y Métodos

De acuerdo con Lewis (7) las enfermedades trofoblásticas gestacionales son aquellas que presentan trastornos del desarrollo del tejido trofoblástico en relación con el embarazo. Por tanto excluye las neoplasias trofoblásticas de origen teratomatoso, en ovario y en testículo. Estas entidades son: La mola hidatidiforme, el corioadenoma destruens o mola invasora, que son las formas benignas y el corioepitelioma o forma maligna.

El trabajo consta de dos partes: en la primera se incluyen 36 pacientes, de las cuales 15 consultaron directamente y 21 fueron remitidas de las distintas Instituciones asistenciales de la ciudad de Medellín y municipios del Departamento de Antioquia. La segunda determina la incidencia de la enfermedad en esta sección del país.

El número de casos de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional lo obtuvimos de la revisión de los archivos de Anatomía Patológica de los laboratorios de la ciudad, que reciben y procesan los especímenes remitidos de los distintos municipios del Departamento. (En Medellín funcionan tres laboratorios de asistencia pública, ICSS., Clínica Luz Castro de Gutiérrez, Hospital Universitario San Vicente de Paúl y cinco laboratorios particulares).

Incluimos los casos de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, que fueron confirmados anatomopatológicamente, por carecer de otra fuente más exacta de información sobre la ocurrencia de estas entidades y los partos y abortos atendidos en Instituciones y Clínicas particulares de la ciudad de Medellín y demás municipios del Departamento. Durante el tiempo del estudio se atendieron en el Departamento de Antioquia 56.000 partos y 13.000 abortos (cálculo estadístico). Este último dato fue obtenido en la sección materno-infantil de la Secretaría de Salud Pública de Antioquia.

Se encontraron 13 casos de enfermedades trofoblásticas gestacionales en el ICSS. y 3 en los laboratorios particulares de la ciudad de Medellín. Se tuvo en cuenta que los casos no se repetirían.

El análisis de los resultados sólo incluye las 36 pacientes estudiadas y controladas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. A estas 36 pacientes se les elaboró un formulario (anexo N° 1) que incluye la edad, estado civil, historia gineco-obstétrica, edad del embarazo en semanas, altura uterina, hemorragia, síntomas vagosimpáticos de embarazo, estudio hematológico, tratamiento y evolución.

ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES DEL  
TROFBLASTO EN ANTIOQUIA. — JULIO 15 DE 1970 - JULIO 14 DE 1971.

I. - IDENTIFICACION.									
Caso No.	Historia No.	Nombre.			Edad	Estado civil			
						S	C	Vda.	S.P
Dirección actual :					Teléfono				
II. - ANTECEDENTES OBSTETRICOS				III. - EMBARAZO ACTUAL					
Grávida	Para	Abortos	Vivos	Fecha última Menstruación			Semanas Embarazo	Fecha de Ingreso	
				D	M	A			
IV. - EXAMEN FISICO									
R Arterial	Pulso	Temp.	Tamaño del Utero (cms.)	Hemorragia			Duración de la Hemorragia	Otros motivos de consulta	
				E	M	A			
V. - LABORATORIO									
Hb	Hto	Leucoc.	Sediment.	Galli	Gonadot.		Rx. de Torax.		
							No.	Fecha	Resultado
VI. - A. PATOLOGICA									
Fecha	No.	Resultado							
		Macroscópico				Microscópico			
VII. - TRATAMIENTO									
VIII. - EVOLUCION									
Fecha	Resultado								

En las pacientes que ingresaron con la sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional se procedió a confirmar el diagnóstico por medio del examen clínico y de pruebas biológicas. A todas se les hizo radiografía de tórax con el fin de descartar metástasis. En las que no tuvieron aborto espontáneo se procedió a la inducción con ocitocina en infusión continua. Una vez expulsada la mola se hizo un primer vaciamiento digital y ocho días más tarde un segundo vaciamiento instrumental. Todo el material obtenido fue sometido a examen histológico y la conducta se tomó de acuerdo al resultado de este estudio y a la evolución clínica.

En las pacientes remitidas de otros centros hospitalarios con el diagnóstico de mola, o que iniciaron la expulsión espontánea de ésta, se procedió a completar el estudio con los mismos exámenes y procedimientos del grupo anterior.

Las pacientes que tuvieron un diagnóstico de corioadenoma, corioepitelioma o mola III, exceptuando una que sigue en control, fueron sometidas a histerectomía. Previo estudio hematológico, algunas recibieron quimioterapia con methotrexate, según el siguiente esquema: 0.4 mgrs. por kilo de peso y por día durante cinco días y nuevo examen hematológico al finalizar el tratamiento. La serie se repitió dentro de los 15 días siguientes en las pacientes con corioepitelioma y corioadenoma o en aquellas que presentaron Galli positivo, en alguna oportunidad.

El plan original incluía revisión mensual de las pacientes con pruebas biológicas y examen ginecológico. En la práctica no fue posible llevarlo a cabo en su totalidad ya que por las circunstancias antes anotadas las pacientes no asistieron con regularidad.

Estos controles han continuado hasta el presente en las pacientes que están vivas y que aún permanecen vinculadas al servicio.

### Clasificación histológica

La clasificación de estas entidades se hizo de acuerdo a los criterios aceptados y usados en el laboratorio del Instituto de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (8).

**Mola Hidatidiforme:** El diagnóstico se hace cuando se demuestra una buena cantidad de vesículas grandes y edematosas, que al microscopio presentan vascularización disminuida o ausencia de ella, degeneración quística total o parcial del estroma e hiperplasia del trofoblasto, como condición imprescindible. Esta proliferación del trofoblasto varía dentro de una gama muy amplia, lo que ha llevado a tratar de predecir el futuro de las molas con base en su aspecto morfológico. Utilizamos la clasificación de Hertig y Mansell (21) a saber:

Mola hidatidiforme I ó aparentemente benigna: es aquella en que se observa hiperplasia pero no atipia del trofoblasto.

Mola grupo II ó potencialmente maligna: cuando la atipia trofoblástica es moderada.

Mola grupo III ó aparentemente maligna: cuando hay atipia trofoblástica severa o diferenciación extrema del trofoblasto.

**Corioadenoma Destruens:** Es una mola en la cual el tejido trofoblástico exhibe una anormal penetración en la pared uterina, con salida ocasional a la cavidad peritoneal, compromiso de los parametrios o invasión a la cúpula vaginal. De hecho, por tratarse de una mola debe exis-

tir la hiperplasia del trofoblasto y es necesario demostrar al microscopio la presencia de vellosidades coriales molares. Este diagnóstico se hace en el útero, después de practicada la histerectomía o cuando se demuestra la invasión en las estructuras antes mencionadas (9).

**Corioepitelioma:** Por definición es un tumor maligno epitelial compuesto por células trofoblásticas puras en ausencia de vellosidades coriales (10).

#### V — Resultados y Análisis

Características generales de 36 pacientes con enfermedad del trofoblasto. (Cuadro Nº 1).

En este cuadro hacemos un resumen de la edad, el estado civil y la procedencia de las 36 pacientes estudiadas. Apreciamos que la edad promedio fue de 32 años, dato acorde con el encontrado por la mayoría de los autores (11, 12). En relación con la procedencia, 15 consultaron directamente al Hospital y el resto fueron remitidas de otras Instituciones del Departamento.

#### Relación entre la edad y la paridad. (Cuadro Nº 2)

Podemos observar que en 7 pacientes (19.4%) el primer embarazo fue un aborto molar. Más de la mitad de las pacientes (58.3%) tiene una edad comprendida entre los 20 y 39 años.

### CUADRO Nº 2

RELACION ENTRE LA EDAD Y PARIDAD  
DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - H. U. S. V. de P.  
JULIO 15/70 — JULIO 14/71

Grupos de edad (años)	Nº de Partos					Total	
	0	1	2 — 5	6 — 9	> 9	Nº	%
15 — 19	4	1	—	—	—	5	13,9
20 — 24	3	—	4	—	—	7	19,4
25 — 29	—	1	1	1	—	3	8,3
30 — 34	—	—	4	2	—	6	16,7
35 — 39	—	—	2	1	2	5	13,9
40 — 44	—	—	1	1	2	4	11,1
45 — 49	—	1	—	—	3	4	11,1
50 y más	—	—	—	1	1	2	5,6
Nº	7	3	12	6	8	36	
TOTAL							
%	19,4	8,3	33,4	16,7	22,2		100,0

La mitad de las pacientes tienen una paridad de 2 a 9, dato este que está de acuerdo con otros autores quienes consideran que las enfermedades del trofoblasto son más frecuentes en múltiparas (11, 13, 14, 15). Se acepta, que después de los 40 años esta enfermedad es rara; sin embargo, nosotros encontramos que el 27,8% tienen una edad superior. Dos pacientes, una con mola III y otra con corioepitelioma tienen más de 50 años.

#### Relación entre la altura uterina y la edad del embarazo. (Cuadro Nº 3)

Este dato sólo lo analizamos en 21 pacientes porque de las 15 restantes, 9 ingresaron después de la expulsión de la mola, dos con diagnóstico de coriocarcinoma precedido por parto y cuatro en quienes no se consiguió este dato.

cuadro N° 1

## CARACTERISTICAS GENERALES DE 36 PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO

DPTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA H.U.S.V. de P.

Julio 15/70 - Julio 14/71

Edades	Mínima	15	
	Promedio	32	
	Máxima	53	
Estado civil	Casadas	28	77.7 %
	Solteras	8	22.3 %
Procedencia	Medellín	15	41.66 %
	Otros municipios	21	58.34 %

## CUADRO Nº 3

RELACION ENTRE LA ALTURA UTERINA Y LA EDAD DEL EMBARAZO  
DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - H. U. S. V. de P.  
JULIO 15/70 — JULIO 14/71

Semanas de embarazo	Altura uterina (ctms.)						Descon.	Nº	Total	%
	(10	11 — 15	16 — 20	21 — 25	26 — 30					
8 — 12	5	—	2	3	1	4	15	41,7		
13 — 17	—	—	1	2	1	2	6	16,7		
18 — 22	—	—	—	1	1	2	4	11,1		
23 — 27	—	—	1	1	—	—	2	5,5		
28 — 32	—	—	—	—	—	—	—	—		
) 33	—	—	—	1	—	—	1	2,8		
Desconocida	1	—	—	—	—	7	8	22,2		
Nº	6	—	4	8	3	15	36			
TOTAL										
%	16,7	—	11,1	22,2	8,3	41,7		100,0		

Encontramos que aproximadamente en la mitad de las pacientes (47,6%), la altura uterina fue mayor que la correspondiente a la edad gestacional determinada según la fecha de la última menstruación. Este hecho ha sido tradicionalmente aceptado en los textos de Ginecología (15, 16). Aunque algunos autores (17) estiman que sólo en la tercera parte de las pacientes es posible hallar este dato.

**Relación entre los diagnósticos histológicos inicial y final.**  
(Cuadro Nº 4 - 4-A. Gráfica Nº 1).

Hubo once molas del grupo I y once del grupo II. De estas 22, dos (una de cada grupo) fueron invasoras y por tanto su diagnóstico final fue de corioadenoma. De ellas no se originó ningún corioepitelioma, lo que está de acuerdo con el concepto de Hertig (18) de que muy excepcionalmente estas molas dan lugar a malignidad.

No ocurrió el mismo fenómeno en las siete pacientes con diagnóstico inicial de mola III, ya que en tres de ellas (42,8%) el diagnóstico final fue de corioepitelioma, lo que reafirma nuevamente el concepto antes citado (18).

## CUADRO Nº 4

RELACION ENTRE EL Dx. HISTOLOGICO INICIAL Y EL FINAL  
DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - H. U. S. V. de P.  
JULIO 15/70 — JULIO 14/71

Dx. A.P. inicial	Total	EVOLUCION					Total	
		I	Mola II	III	Subtotal	Corio-adenoma		Corio-carcinoma
Mola I	11	10	—	—	10	1	—	11
Mola II	11	—	10	—	10	1	—	11
Mola III	7	—	—	4	4	—	3	7
Corioadenoma	2	—	—	—	—	2	—	2
Coriocarcinoma	5	—	—	—	—	—	5	5
TOTAL	36	10	10	4	24	4	8	36

## CUADRO N° 4-A

RELACION ENTRE EL Dx. HISTOLOGICO INICIAL Y EL FINAL  
DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - H. U. S. V. de P.  
JULIO 15/70 — JULIO 14/71

Diagnóstico A.P.	Dx. inicial	Dx. final
Mola I	30,5%	27,8%
Mola II	30,5%	27,8%
Mola III	19,4%	11,1%
Corioadenoma	5,7%	11,1%
Coriocarcinoma	13,9%	22,2%
TOTAL	100,0%	100,0%

**Complicaciones relacionadas con la enfermedad gestacional del trofoblasto.**  
(Cuadro N° 5 - Gráfica N° 2).

La hemorragia, como es de habitual ocurrencia, fue el signo más frecuente tanto en las enfermedades malignas como en las benignas (19), seguida por sepsis y hematuria; esta última se presentó sólo en pacientes con corioepitelioma. La toxemia, que ocurrió en el (8,3%) de las pacientes, es para algunos autores una complicación bastante frecuente y puede encontrarse hasta en el 40% de los embarazos molares (19, 20). Complicaciones menos frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca congestiva, la ictericia y la perforación uterina, esta última en una paciente con corioadenoma.

Hasta el momento de redactar el presente estudio cuatro de las pacientes con corioepitelioma han muerto.

**Relación entre el diagnóstico histológico inicial y el Galli.**  
(Cuadro N° 6).

Se efectuó reacción de Galli a 30 pacientes y en el 73% fue positiva. No disponemos entre nosotros de una prueba más fidedigna para el diagnóstico de estas enfermedades. Sólo utilizamos el Galli como única prueba para detectar el título de gonadotropinas. De las pacientes con Galli positivo doce tienen diagnóstico de mola, siete de corioepitelioma y tres de corioadenoma. Estamos en mora de contar con pruebas más precisas para determinar con exactitud el título de gonadotropinas.

## CUADRO N° 5

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD DEL TROFOBlasto  
DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - H. U. S. V. de P.  
JULIO 15/70 — JULIO 14/71

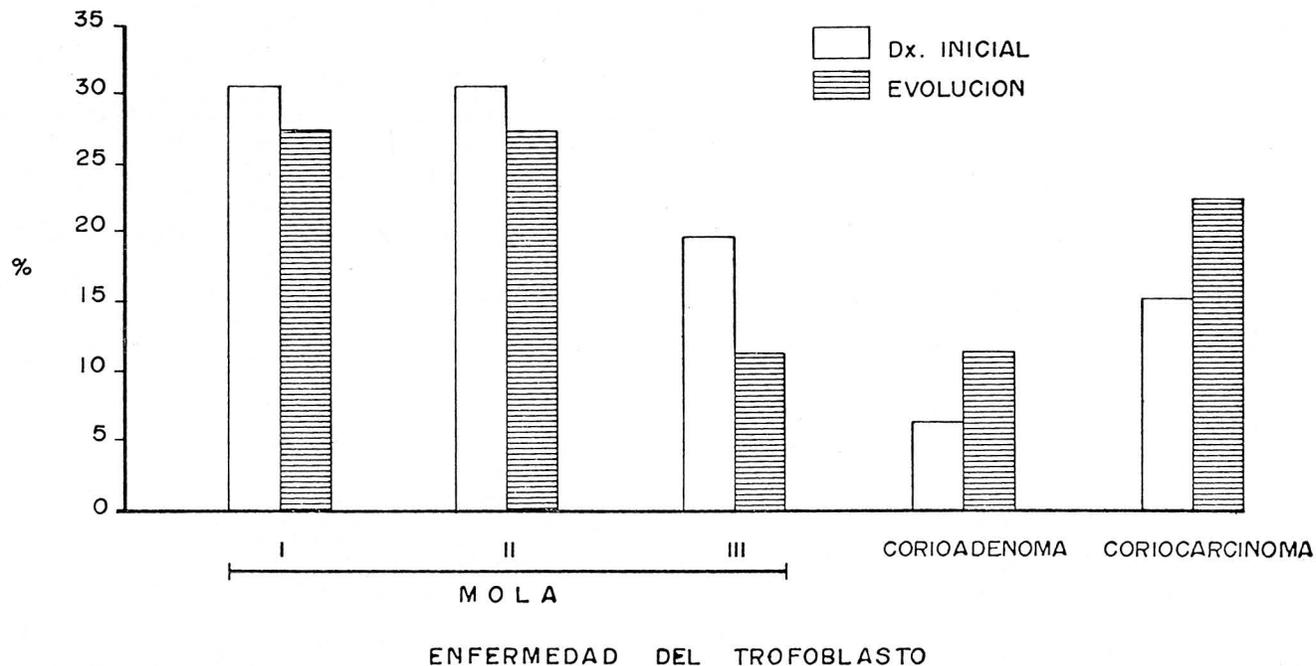
Complicaciones	Enfermedad del trofoblasto			Nº	Total %
	Coriocarcinoma	Mola	Corioadenoma		
Hemorragia	5	5	4	14	38,8
Sepsis	3	—	1	4	11,1
Hematuria	4	—	—	4	11,1
I. C. C.	2	1	—	3	8,3
Toxemia	—	3	—	3	8,3
Perforación uterina	2	—	—	2	5,6
Ictericia	—	—	1	1	2,8

grafica Nº I

## EVOLUCION ANATOMOPATOLOGICA DE LA ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO

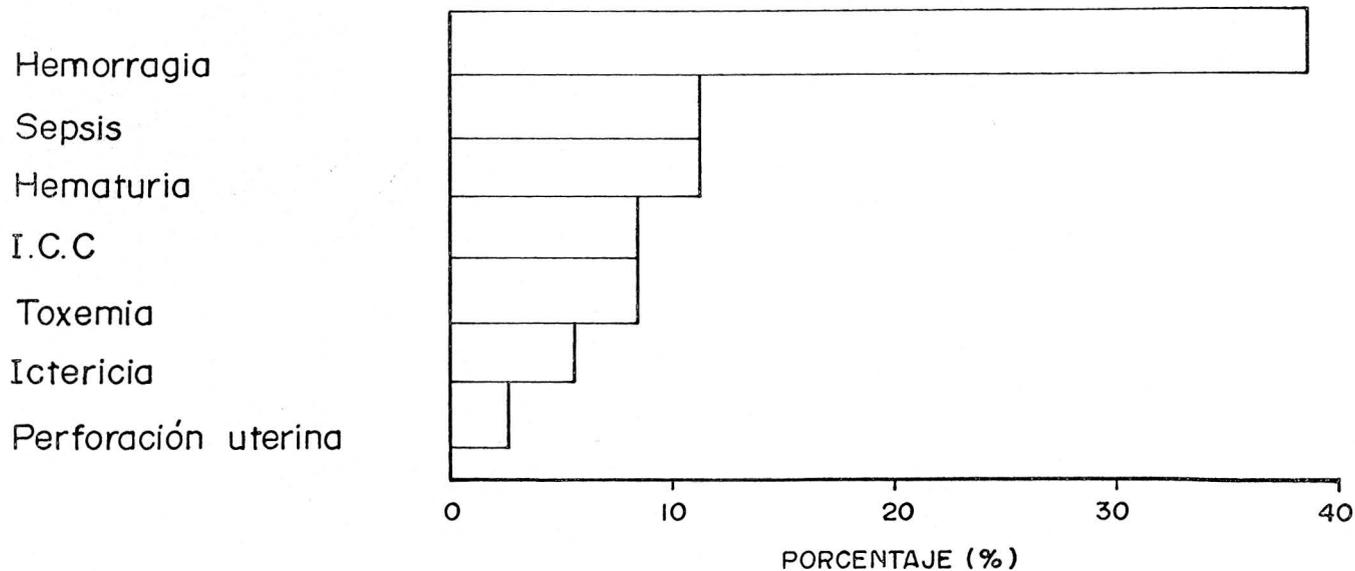
DPTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA H.U.S.V. de P.

Julio 15/70 - Julio 14/71



grafica N° 2

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA  
ENFERMEDAD DEL TROFOBlasto  
DPTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA H.U.S.V. de P.  
Julio 15/70 - Julio 14/71



## CUADRO Nº 6

RELACION ENTRE EL GALLI Y EL Dx. HISTOLOGICO  
 DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - H. U. S. V. de P.  
 JULIO 15/70 — JULIO 14/71

Galli	Dx. HISTOLOGICO				Corio- carcinoma	Corio- adenoma	Total	
	I	Mola II	III	Subtotal			Nº	%
+	4	2	1	7	—	1	8	26.7
++	—	1	—	1	2	—	3	10.0
+++	—	1	1	2	2	—	4	13.3
++++	—	2	—	2	2	2	7	23.3
Negativo	3	2	2	7	1	—	8	26.7
TOTAL	7	8	4	19	8	3	30	100.0

## Tratamiento

No seguimos una pauta uniforme en el tratamiento. Razones para ello fueron: el estudio histológico, variación en la edad y paridad, el buen o mal estado general, la evolución clínica y los controles con prueba de Galli.

En treinta y cuatro pacientes se hizo vaciamiento digital o instrumental del útero, y en diez y nueve fue la única terapia. A una de ellas se complementó con methotrexate, y a otra con histerectomía. Una paciente murió sin ningún tratamiento. Otra llegó remitida de un hospital regional donde le habían practicado histerotomía con diagnóstico presuntivo de placenta previa, recibió methotrexate y murió al 4º día de iniciada la terapia.

Quince pacientes recibieron quimioterapia y en trece de ellas se completó con histerectomía. El tratamiento quimioterápico se hizo con methotrexate en doce, biconjugado (methotrexate y leukerán) en una y triconjugado (methotrexate, leukerán y actinomycin D) en dos.

De las quince pacientes en quienes se utilizó el methotrexate, once presentaron una o varias manifestaciones tóxicas. (Cuadro Nº 7).

La estomatitis fue la complicación más frecuente y precoz y se presentó durante la primera semana en la mitad de las pacientes tratadas. En cuatro pacientes encontramos leucopenia, y fue preciso suspender el tratamiento temporalmente en una de ellas. Trombocitopenia, erupción cu-

## CUADRO Nº 7

EFFECTOS TOXICOS DEL METHOTREXATE  
 DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - H. U. S. V. de P.  
 JULIO 15/70 — JULIO 14/71

Complicaciones	Enf. benigna	Enf. maligna	Total
Leucopenia (3.000)	2	2	4
Estomatitis	5	2	7
Trombocitopenia	1	2	3
Erupción máculo-papulosa	2	1	3
Síntomas gastrointestinales		3	3
Alopecia	2	1	3

tánea, síntomas gastrointestinales y alopecia se presentaron en menor proporción. Es de anotar que todas estas complicaciones fueron transitorias.

### **Evolución clínica**

Diez de las 36 pacientes nunca se presentaron a control. Ninguna de las 10 pacientes que tuvieron diagnóstico histológico inicial y final de mola hidatidiforme I - II, que han seguido los controles periódicos en un tiempo que fluctúa entre 6 y 16 meses ha muerto, y todas permanecen asintomáticas.

Las pacientes con corioadenoma están vivas en la actualidad y su seguimiento varía entre cuatro y diez y seis meses desde el diagnóstico inicial. Cuatro de las ocho pacientes con corioepitelioma han muerto hasta la fecha. Una de ellas sin tratamiento, otra al cuarto día de iniciado el methotrexate, la tercera en la segunda semana del tratamiento y la última fue una paciente que tuvo un corioepitelioma latente durante 26 meses después de un aborto molar, sobrevivió a la terapia nueve meses y desarrolló metástasis generalizadas. Cuatro pacientes están asintomáticas y su supervivencia ha variado entre los cuatro y los doce meses.

### **Incidencia**

La incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional varía en las distintas áreas geográficas. En Antioquia encontramos un caso de enfermedad trofoblástica gestacional por 250 abortos y 1: 1.075 partos. En una revisión estadística efectuada en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los años 1961-1965, se encontró un caso de enfermedad trofoblástica gestacional, por 104 abor-

tos y uno por 230 partos (6). Anotamos que el estudio citado se hizo teniendo en cuenta únicamente los partos y abortos ocurridos en dicha Institución.

Novak (15), encuentra en los Estados Unidos una mola por cada 2.500 partos y Acosta Sisson (25) en Filipinas, 1: 173. Los datos de que disponemos en el Departamento de Antioquia nos permite calcular una mola por 325 abortos, y 1: 1.408 partos, cifra esta última comparable a la que dan Mueller y Lapp y otros (25, 26) en algunas áreas de los Estados Unidos.

Nosotros encontramos en Antioquia un coriocarcinoma por 7.042 partos y 1: 1.626 abortos. Yen y MacMahon (26) informan un coriocarcinoma por 40.000 partos y el proyecto Conjunto de Asia (27) para estudio de enfermedades trofoblásticas presenta datos que varían entre 1: 250 y 1: 3.708, la relación entre corioadenoma y corioepitelioma que entre nosotros es de 1 x 2, en otras series (28) varía entre 1 x 2 y 1 x 7. No creemos, sin embargo, que estos datos sean absolutos para el Departamento de Antioquia debido a que no se hacen estudios histológicos sistemáticos del material de abortos y de los úteros extirpados, y pensamos que sufrirán grandes modificaciones cuando se disponga de mejores estadísticas y se hagan dichos estudios.

### **VI — Discusión**

El 58,4% de las pacientes proceden de áreas rurales y pertenecen a un estado socio-económico bajo. Este factor también es cierto para las pacientes del Valle de Medellín. Aun cuando se revisaron los archivos de los laboratorios particulares en donde se procesa material de pacientes de clase económica alta y media, no

encontramos casos de enfermedad maligna trofoblástica y las molas fueron muy escasas. En el ICSS., hallamos únicamente molas de los grupos I y II. Hacemos énfasis en lo postulado por otros autores de que la incidencia es mucho mayor en los grupos socio-económicos bajos y de que la malnutrición puede ser importante factor epidemiológico (22, 24).

Tres de las pacientes tienen historia de mola anterior. Una de ellas dos molas previas. Esta última tuvo un embarazo normal un año después. Otros autores (23) han consignado este mismo hecho. El estudio anatómopatológico aun cuando no definitivo en el pronóstico, sigue siendo un auxiliar importante para establecer un criterio de estrecha vigilancia en las pacientes con mola poco diferenciadas (grupo III). Obviamente es aún insustituible en los corioadenomas y corioepiteliomas. En el actual estudio el 42,8% de las molas del grupo III dio origen a enfermedad maligna del trofoblasto. 75% de los corioepiteliomas se originaron de un aborto molar y 25% de parto, no hubo casos de corioepitelioma después de embarazo ectópico ni de aborto.

Nuestras pacientes presentaron los síntomas y signos conocidos como clásicos en esta enfermedad. La hemorragia ocurrió en grado variable en todas. Aproximadamente en la mitad se encontró un tamaño uterino mayor que el correspondiente al tiempo de amenorrea relatado. Los síntomas vagosimpáticos de embarazo sólo se presentaron en 13,9% de las pacientes.

## VII — Conclusiones

1º De acuerdo con los datos parciales de que disponemos en Antioquia, encontramos:

a) Una enfermedad trofoblástica gestacional por 250 abortos y una por 1.075 partos.

b) Una mola por cada 325 abortos y una por 1.048 partos.

c) Un coriocarcinoma por cada 1.626 abortos y uno por 7.042 partos.

d) Un corioadenoma por cada 2 coriocarcinomas.

2º La edad promedio de las pacientes es de 32 años.

3º El 58,3% de las pacientes son múltiparas.

4º Se justifica estudiar histológicamente las molas hidatidiformes y creemos que la clasificación en tres grupos, de acuerdo a la actividad del trofoblasto tiene validez en el pronóstico.

5º En vista de que en nuestro medio no hay uniformidad en el tratamiento de las enfermedades trofoblásticas gestacionales, no hallamos la manera de valorar comparativamente los resultados de cada uno de ellos. Sin embargo, cuatro pacientes con corioepitelioma vivas y asintomáticas entre 4 y 12 meses después del tratamiento, nos permiten recomendar la asociación de quimioterapia (bi o triconjugada) y cirugía como un buen tratamiento.

## Recomendaciones

a) Pacientes con mola I y II, además del vaciamiento, deben ser sometidas a control periódico por lo menos durante un año con examen clínico y pruebas biológicas. Debe evitarse el embarazo durante ese lapso.

b) Pacientes con mola del grupo III, que deseen más hijos, deben tra-

tarse con quimioterapia además del vaciamiento uterino, observando iguales precauciones que las del grupo anterior.

c) Pacientes de más de 35 años, multíparas, que presenten mola de cualquiera de los grupos, deben tratarse con histerectomía, completándose con methotrexate de acuerdo al resultado histológico.

d) A las pacientes con corioadenoma se les debe complementar el tratamiento quirúrgico con methotrexate.

e) Pacientes con coriocarcinoma, además de la histerectomía deben ser sometidas a quimioterapia bi o tri-cuadrada.

Lógicamente, todas las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional deben controlarse periódicamente con examen clínico y pruebas biológicas.

### VIII — Resumen

Se estudiaron 36 pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional en el Departamento de Antioquia.

El diagnóstico definitivo fue de mola hidatidiforme en veinticuatro casos, corioadenoma en cuatro y corioepitelioma en ocho.

Se buscó la incidencia de esta enfermedad y se da una clasificación anatomopatológica que consideramos útil para determinar el pronóstico.

### Summary

Thirty six patients with trophoblastic gestation were studied in the Department of Antioquia.

The final diagnosis was hydatidiform mole in twenty four cases, cho-

rioadenoma in four and chorioepithelioma in eight.

The incidence of this illness was studied and we supply an anatomopathological classification which we consider useful for determination of the prognosis.

### IX — BIBLIOGRAFIA

- 1 ACOSTA BENDEK, E. Tumores del Trofoblasto. Revista Sociedad Médico Quirúrgica del Atlántico. 8: 89-94, 1964.
- 2 DEL CORRAL, F. GHITHIS, J. TAKANO, J. Efecto del Methotrexate sobre el Coriocarcinoma Secundario. Rev. Col. Obstet. y Ginec. 13: 89-100, 1962.
- 3 OROZCO RIQUETT, F. Tumores Malignos del Cuerpo Uterino y Coriocarcinoma. Rev. Col. Obstet. y Ginec. 13: 195-215, 1962.
- 4 VALENCIA, F. Mola Hidatidiforme. Rev. Col. Obstet. y Ginec. 15: 344-54, 1964.
- 5 GONZALEZ MONTOYA, M. Corioepitelioma. Rev. Col. Obstet. y Ginec. 8: 371-76, 1957.
- 6 SALAZAR, H. OCHOA, G. Tumores del Trofoblasto. 1967. Sin publicar.
- 7 LEWIS, J. Jr. Gestacional Trophoblastic Neoplasma. Bull. Sloane Hosp. Women. 14: 121-28, 1968.
- 8 HERTIG, A. MANZELL, H. Tumors of the Female Sex Organs. Part I. Hydatidiform mole and Choriocarcinoma. Armed Forces Institute of Pathology. 1956.
- 9 GREENE, R. Chorioadenoma Destruens. Ann. N. Y. Acad. Sci. 80: 143-51, 1959.
- 10 HERTIG, A. Choriocarcinoma. Charles Thomas, (Ed.): 1a. Human Trophoblast. Springfield, 1968.
- 11 DERECK, LL. J. Trophoblastic Tumors. J. Obstet. Gynecol. Br. Commo. NW. 72: 242-46, 1965.
- 12 CHIEN TIEN HSU. Some Aspects of Trophoblastic Diseases in Taiwan. Am. J. Obstet. Gynecol. 90: 308-14, 1964.
- 13 MACGREGOR, C. Hydatidiform Mole, Analysis of 145 patients. Obstet. Gynecol. 33: 343-51, 1969.
- 14 ACOSTA BENDEK, E. Mola Hidatidiforme, comentarios a propósito de 168 observa-

- ciones. Rev. Col. Obstet. y Ginec. 15: 253-54, 1964.
- 15 NOVAK, E. SEEGAR, G. JONES, H. Tratado de Ginecología. 7a. Ed. Interamericana México, 1966. 547.
- 16 PARSONS L. and SOMMERS. Gynecology. 1a. Ed. Company Philadelphia. Saunder. 1962, p. 408-31.
- 17 GUSBERG, S. B., FRICK, H. C. Cáncer Ginecológico. 4a. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1971. p. 510.
- 18 HERTIG, A., SHELDON, W. H. Hydatidiform Mole: Pathologicoclinical correlation of 200 cases. Am. J. Obstet. Gynecol. 53: 1-36, 1947.
- 19 GOLDSTEIN. Cinco años de Experiencia en la Prevención de Tumores Trofoblásticos por quimioterapia en pacientes con embarazo molar. Clin. Obstet. Ginecol. 10: 945-61, 1970.
- 20 CHESLEY, L. C. COSGROVE, S. A. PREECE, J. Hydatidiform Mole with special reference to recurrence and associated Eclampsia. Am. J. Obstet. Gynecol. 52: 311-20, 1946.
- 21 HERTIG, A. MANSELL, H. 1968 Human Trophoblast. Charles Thomas. 326.
- 22 MARQUEZ MONTER, H., ALFARA- DE LA VEGA, G. CICERO, A. Epidemiology and Pathology of Hydatidiform Mole in the General Hospital of Mexico. Am. J. Obstet. Gynecol. 85: 856-64, 1963.
- 23 NOVAK, E. Pathological Aspects of Hydatidiform Mole and Chorionepithelioma. Am. J. Obstet. Gynecol. 1355-72, 1950.
- 24 ACOSTA SISSON, H., BAJA, P. Statistical Study of 177 cases of Hydatidiform Mole admitted to Philippine General Hospital. J. Philipp. Ass. 27: 652-60, 1951.
- 25 MEULLER, C. W., LAPP, W. A. Hydatidiform Mole Folloed by Postpartum Eclampsia and Chorionepithelioma, with recovery. Am. J. Obstet. Gynecol. 58: 33-38, 1949.
- 26 YEN, S., MAC MAHON, B. Epidemiologic Feature of Trophoblastic Disease, Am. J. Obstet. Gynecol. 101: 126-32, 1968.
- 27 JOINT. Projet for Study of Chorioncarcinoma and Hydatidiform Mole in Asia. Ann. N. Y. Acad. Sci. 80: 178-96. 1959.
- 28 TAYLOR, E. S. Droegemuller, W. Chorioncarcinoma, Chorionadenoma Destruens and Syncytial Endometritis. Am. J. Obstet. Gynecol. 83: 958-68, 1962.