

Embarazo Molar y Coriocarcinoma

Revisión de cinco años: 1969 a 1973

Hospital San Juan de Dios

DRA. CECILIA MORA DE ARROYO*

INTRODUCCION

El presente trabajo se efectuó con el fin de investigar la incidencia de la enfermedad del trofoblasto y de su degeneración maligna en el Hospital San Juan de Dios.

Como ya es conocido, el embarazo molar es un embarazo anormal que resulta de un huevo patológico con proliferación del epitelio que recubre las vellosidades coriónicas y disolución y cavitación quística del estroma avascular de las vellosidades. Algunas o todas las vellosidades coriónicas se han convertido en una masa de vesículas claras. Usualmente no hay presencia de embrión y cuando lo está se llama mola embrionada o mola hidatidiforme parcial. Con bastante frecuencia las molas se acompañan de quistes ováricos de tipo luteínico que varían de tamaño, los más grandes están relacionados con molas de larga data y de gran tamaño.

La recurrencia de mola hidatidiforme no es frecuente, pero puede verse en el 2% de los casos. La fecundidad subsiguiente a una mola es la regla, lo mismo que los partos con productos a término normales.

El embarazo molar es más frecuente en las grávidas jóvenes y en las de mayor edad.

MATERIAL Y METODOS

Tomando en cuenta que el Hospital San Juan de Dios atiende pacientes que proceden de las más diversas zonas del país, a pesar de que su verdadera área de atracción es la metropolitana, es posible que las cifras obtenidas en este trabajo sean relativamente más elevadas que en otras estadísticas.

Para efectuar este trabajo se hizo una revisión de expedientes de todas aquellas pacientes atendidas en este Hospital en el lapso comprendido entre 1969 y 1973, ambos años inclusive, encontrando 40 casos de embarazo molar y 5 de coriocarcinoma.

De los 40 embarazos molares, se encontró en tres pacientes molas embrionadas y otras tres pacientes presentaron recurrencia de embarazo molar; una de estas pacientes tuvo su embarazo molar 12 meses después del primero y la tercera

* Servicio de Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

paciente, presentó su recurrencia a los 36 meses del primer embarazo molar. A tres de las pacientes se les efectuó amniografía la cual mostró la característica configuración en panal de abejas.

Ese total de embarazos molares obtenido, arroja una incidencia en nuestra Institución de una mola por cada 852 partos. Esto se compara con la incidencia reportada en 1965 por los Doctores Prada y Cordero, en el Instituto Materno-Infantil Carit, de una mola por cada 638 partos. En los mismos años comprendidos para este estudio, se reporta una incidencia de una mola por cada 436 partos en esa misma Institución; de una mola por cada 478 partos en el Hospital Calderón Guardia y de una mola por cada 784 partos en el Hospital México.

Como puede observarse, la incidencia en nuestras Instituciones se refieren a número de embarazos molares por los partos atendidos en cada una de ellas. Los autores de otros países relacionan la incidencia de mola al total de embarazos de determinada población.

A continuación, se detallan las cifras reportadas por los distintos autores que en algunos casos parecerán menos altas que en nuestro país, probablemente por lo anteriormente expuesto. Así:

En Occidente	(Hertig y Sheldon)	reportan	mola por cada 2.000 emb.
"	(Novak)	"	1 mola por cada 2.500 emb.
Hong Kong	(King)	"	1 mola por cada 530 emb.
Chile	(Cabrera)	"	1 mola por cada 829 emb.
Guatemala	(Aramburu)	"	1 mola por cada 670 emb.
Taiwan	"	"	1 mola por cada 125 emb.
México	(Márquez)	"	1 mola por cada 200 emb.
"	(Castelazo)	"	1 mola por cada 395 emb.
Brasil	(Fernández y Márquez)	"	1 mola por cada 1.071 emb.
Japón	(Hasegawa)	"	1 mola por cada 232 emb.

1.—*Distribución por años e incidencia por mil partos.*

CUADRO N° 1

Distribución por años	Incidencia por cada mil partos
1969 - 5 casos	0,63
1970 - 3 casos	0,45
1971 - 10 casos	1,54
1972 - 8 casos	1,20
1973 - 14 casos	2,01
Total - 40 casos	0,95

Puede observarse en el cuadro anterior que en los últimos tres años del estudio, la incidencia de este tipo de embarazo aumentó en forma importante.

2.—*Distribución por edades de las pacientes.*

CUADRO N° 2

De 14 a 19 años	10 casos
De 20 a 29 años	14 casos
De 30 a 39 años	9 casos
De 40 a 49 años	6 casos
De 40 ó más	1

En correspondencia con la edad de la paciente, hubo una mayor incidencia de embarazo molar en mujeres con baja paridad, ya que las primeras, segundas y terceras gestas, forman un total de 22 casos; al contrario, las múltiparas de nuestro estudio, mostraron una incidencia menor de este tipo de problema. Lo anterior se detalla en el cuadro siguiente:

3.—*Distribución por paridad.*

CUADRO N° 3

N° de embarazos	N° de casos
1	10
2	7
3	5
4	1
6	1
7	3
8	2
9	4
19	1
1	1
15	2
18	2
20	1

4.—*Edad gestacional.*

En el cuadro N° 4 se puede observar la edad gestacional en que las pacientes ingresaron al hospital y espontáneamente expulsaron el producto, o bien, una vez diagnosticadas, les fue evacuado el útero, siendo en la mayoría de los casos el período de 11 a 20 semanas de amenorrea el de mayor frecuencia.

CUADRO N° 4

Embarazo de 4 semanas	2
Embarazo de 8-10 semanas	6
Embarazo de 11-15 semanas	10
Embarazo de 16-20 semanas	14
Embarazo de 21-25 semanas	1
Embarazo de 26-30 semanas	2
Embarazo de 31-35 semanas	1

Una paciente declaró una amenorrea de 32 semanas, pero la altura uterina mostró un embarazo clínicamente de 12 semanas.

5.—*Manifestaciones clínicas.*

El signo clínico más frecuente fue el sangrado genital, el cual se presentó en 35 pacientes (92% de los casos). Sin embargo, ninguna de las pacientes manifestó haber observado expulsión de vesículas. En tres casos se presentó cuadro de hiperemesis gravídica y en una paciente el embarazo molar se acompañó de cuadro gestósico.

TRATAMIENTO

De los 40 casos de embarazo molar, 34 fueron ingresados al Servicio de Obstetricia; de estos 34, 33 pacientes fueron tratadas con legrado uterino y luego referencia para continuar el control en la consulta externa; 1 paciente se trató con histerectomía total más salpingooforectomía bilateral. Una de las primeras pacientes a quien se le efectuó legrado, se le recomendó histerectomía la cual rehusó con vehemencia a pesar de las explicaciones brindadas.

Los restantes seis casos fueron ingresados a otros servicios: Oncología, Ginecología y Cirugía General. De ellos, cinco pacientes se trataron con histerectomía total más salpingooforectomía bilateral; estas pacientes tenían las siguientes edades: 21, 40, 42 y 51 años. Una paciente se trató con legrado instrumental y seguimiento en la consulta externa. Edad: 16 años.

De las 40 pacientes asistieron a control en consulta externa solamente 18 (lo cual representa el 45%), ninguna de las cuales presentaron signos de malignización.

22 pacientes no vinieron a la consulta externa. De ellas, 3 se embarazaron rápidamente (1 ó 2 meses después de la expulsión). En un caso el reporte de Patología no confirmó la existencia de embarazo molar, aunque clínicamente se describió que la paciente expulsó una gran masa de racimos de uvas. 3 pacientes de las que fueron tratadas con cirugía, tampoco asistieron a control post-embarazo molar. De las cinco pacientes de otros servicios ajenos a obstetricia, tratadas con cirugía, una, de 42 años, desarrolló un coriocarcinoma reingresando al hospital, ya con metástasis, dos años y cuatro meses después de la cirugía. La paciente que rehusó la histerectomía, reingresó un año y 8 meses después de legrada, con un corioepitelioma metastásico.

CORIOCARCINOMA

El coriocarcinoma es una neoformación maligna nacida en el corion y emigrada a la decidua, y se origina por lo general, en la retención de restos molares. Se ha señalado la presencia de coriocarcinoma después de un aborto, de un parto espontáneo, aunque esto es excepcional.

El tiempo que media entre el embarazo y el desarrollo del corioepitelioma es muy variable y puede ser de pocos días hasta varios años.

La frecuencia es variable, pero en general se calcula entre el 6 y el 10% de las molas.

El coriocarcinoma como neoformación maligna producto de la proliferación simultánea y desordenada del sincitio y del citotrofoblasto, puede penetrar y destruir el miometrio y llegar hasta perforar el útero.

La principal diferencia con la mola es la característica proliferación desordenada que ya no conserva la estructura de la vellosidad corial. Da metástasis muy precozmente por vía sanguínea y con mayor frecuencia a pulmones, cerebro, hígado y vagina.

En los cinco años revisados, se encontraron cinco casos de coriocarcinoma: 4 subsecuentes a embarazo molar y 1 posterior a un aborto seguido de 8 meses de amenorrea sin crecimiento uterino.

1.—*Distribución por años.*

1969	0 casos
1970	1 caso
1971	1 caso
1972	3 casos
1973	0 casos

Una paciente de 42 años, con 18 gestas, presentó un embarazo molar que fue reportada por Patología como "mola maligna con útero perforado". Había sido sometida a histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y posteriormente con quimioterapia, falleció un año y 6 meses después de la intervención, con metástasis pulmonares de coriocarcinoma. Otra paciente, de 39 años, 5ª gesta con 3 partos, presentó embarazo molar un año antes de ingresar con metástasis vaginales de coriocarcinoma; fue sometida a cirugía, extrayéndosele el útero, los ovarios y las trompas y luego fue tratada con ciclos de metotrexate, saliendo curada del hospital.

Una paciente con historia de un aborto ocho meses antes y con amenorrea posterior, sin crecimiento uterino, ingresó al hospital con metástasis pulmonares de coriocarcinoma. Su edad era 31 años, con 10 gestas, 2 partos y 8 abortos. Fue tratada con ciclos methotrexate y cuando las metástasis pulmonares habían desaparecido, pidió la salida exigida para continuar tratamiento en otro centro, ya que en el Hospital "no le estaban haciendo nada".

Los otros dos casos fueron de pacientes que ingresaron con un coriocarcinoma metastásico, posterior a embarazos molares, y no respondieron al tratamiento quimioterápico efectuado.

En el Hospital México se reportaron sólo 2 casos de coriocarcinoma en esos cinco años. En el Hospital Calderón Guardia 6 y en el Instituto Materno-Infantil Carit, 1.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio, se llega a las siguientes conclusiones:

- a. La incidencia del embarazo molar en el Hospital San Juan de Dios no es mayor que en los otros centros de salud del país, no obstante que el tipo de pacientes atendido pertenece a la población de menor capacidad económica y procedente de las más diversas regiones de nuestro territorio.
- b. En nuestra serie, el embarazo molar es más frecuente en mujeres jóvenes que en las de edad más avanzada (25% de las pacientes eran menores de 20 años). La paciente más joven tenía 15 años de edad.
- c. Igualmente, la frecuencia de este tipo de embarazo fue mayor en mujeres con baja paridad: 22 de las 40 pacientes tenían 3 y menos embarazos, lo cual representa el 55% de los casos.
- ch. Las dos conclusiones anteriores difieren de lo expresado por la mayoría de los autores en cuanto a que el embarazo molar es más frecuente en mujeres múltiparas y de edad avanzada. (Acosta-Sison, Prada y Cordero, Schwarcz, Novak y otros).
- d. El tiempo de amenorrea en que con mayor frecuencia se diagnosticó el embarazo molar osciló entre las 11 y las 20 semanas (60% de los casos).
- e. Se encontró un 7,5% de molas embrionadas.
- f. Se encontró una recurrencia de embarazo molar en el 7.5% de los casos.
- g. La sintomatología más frecuente fue la del sangrado genital anormal, el cual se presentó en 35 de las 40 pacientes (92% de los casos).
- h. El tratamiento ofrecido fue:
 1. Legrado en el 92% de los casos.
 2. Histerectomía total con salpingooforectomía bilateral en el restante 8% (hubo una paciente que rehusó la cirugía).
- i. Solamente el 18% de las pacientes tuvieron seguimiento en consulta externa. Ninguna mostró signos de malignización.
- j. Del restante 82% de pacientes que no asistieron a control en la consulta externa, dos desarrollaron un coriocarcinoma.
- k. Se encontraron 5 coriocarcinomas en la serie revisada: 4 derivados de embarazos molares previos y 1 posterior a un aborto.
 - I. Solamente una de las 5 pacientes con coriocarcinoma, tuvo una evolución satisfactoria hacia la curación, a pesar de haber ingresado con metástasis vaginales.
 - II. Una paciente desarrolló coriocarcinoma a pesar de la cirugía falleciendo 18 meses después de la intervención con metástasis pulmonares.
- n. El tratamiento ofrecido a estas pacientes con degeneración maligna se basó especialmente en la quimioterapia (en la cual el methotrexate fue el medicamento más usado).

RESUMEN

Se presentan 40 casos de embarazo molar y 5 de coriocarcinoma, extraídos de una revisión de 5 años en el Archivo del Hospital San Juan de Dios.

Se observó una mayor frecuencia de este tipo de embarazo en mujeres jóvenes y de baja paridad. Hubo 3 casos de molas embrionadas y 3 casos en que el embarazo molar se repitió.

La mayor parte de los pacientes fue tratada con legrado instrumental. El menor porcentaje, con histerectomía total más salpingooforectomía bilateral.

Menos de la mitad de las pacientes asistieron a control post-mola. De las restantes, dos presentaron degeneración maligna, falleciendo en menos de dos años después de diagnosticadas.

Hubo un caso de coriocarcinoma desarrollado después de un aborto. Los cuatro restantes se originaron después de embarazos molares.

SUMMARY

40 cases of mole pregnancy and 5 choriocarcinoma, taken from 5-year search in the files of the San Juan de Dios Hospital records are presented.

This type of pregnancy was observed more frequently in young women and those with no very many children. These 3 cases of embryonated mole and 3 cases in which the mole pregnancy was observed repeatedly.

Most of the patients, were treated by instrumental curetage. A lower percentage, were treated with total hysterectomy and bilateral salpingooforectomy.

Less than half of the sample assisted to post-mole control. From the rest, 2 presented malignant degenerative, dying just 2 years after diagnosis.

There was a case of choriocarcinoma developed after miscarriage. The last 4 were originated after mole pregnancy.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ACOSTA-SISON, H. M. D., Sc.D.
Diseases of the corion: Hydatidiform mole, syncytion, chorioiddenoma destruens and choriocarcinoma. Obstetrics Greenhill, 13 ed. W. B. Saunders, Co. Philadelphia & London, 1965.
- 2.—BORROW, M.
Hydatiform mole in a 12 year old girl Am. J. Obst. & Gynec., 73:448, 1957.
- 3.—BREWEB, J. I., M. D., PHD. ET AL.
Hydatiform mole. Am. J. Obst. & Gynec. 101:557, 1968.
- 4.—EASTMAN, N. J. ET AL.
Diseases and abnormalities of the fetal membranes and placenta. 13th ed., Appleton-Century Crofts, N. Y., 1966.
- 5.—GAETANE, J. ET AL.
Hydatiform mole in a 54 year old patient. Am. J. Obst. & Gynec., 66:1331, 1953.
- 6.—GARANCIS, JOHN, C. ET AL.
Electron microscopic and biochemical patterns of the normal and malignant thophoblast. Am. J. Obst. & Gynec. 108:1257, 1970.
- 7.—KOHACHIRO KOGA, D. M. S., M. D. ET AL.
Prophylactic chemotherapy with amethopterin for prevention of choriocarcinoma following removal of hydatidiform mole. Am. J. Obst. & Gynec. 100:270, 1968.

- 8.—LOGAN, B.
Occurrence of a hydatiform mole in twin pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 73:911, 1957.
- 9.—MIN CHIN LI, HERTZ, ROY AND SPENCER, DONALD.
Effect of methotrexate therapy upon choriocarcinoma and chorioadenoma. *Am J. Obst. & Gynec.* 108:987, 1970.
- 10.—NOVAK, E. ET AL.
Trophoblastic disease. *Gynecology*. 8th ed. Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1970.
- 11.—ROBINS, S. L.
Diseases of pregnancy. *Pathology*. 3 ed. W. B. Saunders Co., Philadelphia & London, 1968.
- 12.—SAS DE LA ENCINA, J. M. Y CARVALLAD, F. J.
Clínica y diagnóstico de la mola hidatídica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XVI, f. IV, 1973.
- 13.—SCHWARCZ, R. ET AL.
Anomalías y Accidentes del embarazo. *Obstetricia*, 3ª ed., "El Ateneo", Argentina, 1970.
- 14.—TOW, W. S. H. & CHEY, W. C.
Recent trends in treatment of choriocarcinoma. *Brit. M. J.* 1:521, 1967.