

T # 36-771
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

«Contribución al estudio de los casos de
Mola Hidatidiforme y Corioepitelioma en
el Hospital Rosales durante los años de
1950 a 1953».

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

GUSTAVO ORIANI HIJO

EN EL ACTO PUBLICO DE SU DOCTORAMIENTO

San Salvador, Junio de 1954.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

"CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS CASOS DE
MOLA HIDATIDIFORME Y CORIOEPITELIOMA EN
EL HOSPITAL ROSALES DURANTE LOS AÑOS DE
1950 a 1953"

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR
GUSTAVO ORIANI hijo

EN EL ACTO PUBLICO DE SU DOCTORAMIENTO
San Salvador, junio de 1954.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Ingeniero Antonio Perla

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Salinas Ariz

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. Ernesto Fasquelle

SECRETARIO:

Dr. Roberto A. Jiménez



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Jurados que practicaron los exámenes generales

Primer Doctoramiento Privado:

CLINICA MEDICA

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez
Primer Vocal: Dr. Lázaro Mendoza h.
Segundo Vocal: Dr. Eduardo Navarro h.

Segundo Doctoramiento Privado:

CLINICA QUIRURGICA

Presidente: Dr. Luis A. Macías
Primer Vocal: Dr. Ricardo Posada h.
Segundo Vocal: Dr. Ricardo Jaimes Burgos.

Tercer Doctoramiento Privado:

CLINICA OBSTETRICA

Presidente: Dr. Roberto Orellana V.
Primer Vocal: Dr. Antonio Lazo Guerra.
Segundo Vocal: Dr. Salvador Batista Mena.



DOCTORAMIENTO PUBLICO:

PRESIDENTE: Dr. Roberto Orellana V.

PRIMER VOCAL: Dr. José González Guerrero.

SEGUNDO VOCAL: Dr. Antonio Lazo Guerra.



DEDICATORIA

A mis padres:

Gustavo Oriani y Tita de Oriani

A mi esposa:

Jessie de Oriani

A mi hija:

María Elena

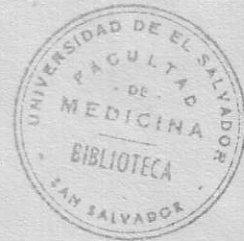
A mi tío:

Dr. José Víctor González

A mis hermanos:

Enrique, José, Teresa, Elba y Ana María

A mis profesores, compañeros y amigos.



P L A N D E T R A B A J O

- 1) Introducción.
- 2) Generalidades de Mola Hidatidiforme y de Corioepitelioma.
- 3) Cuadros Sinópticos de los casos estudiados.
- 4) Análisis de los cuadros anteriores.
- 5) Conclusiones y Recomendaciones.
- 6) Bibliografía.



A G R A D E C I M I E N T O S

Al Doctor Roberto Orellana V.

Al Doctor Roberto Masferrer.

Al Doctor Marco Tulio Magaña.

Al Personal de Anatomía Patológica
del Hospital Rosales.

I N T R O D U C C I O N

Al haber escogido el presente tema como Tesis Doctoral, lo he hecho con dos objetivos: el uno que es para ir conociendo y sabiendo las variedades de Patología que tenemos en nuestro país, diferente en ciertos aspectos de la que conocemos y sabemos por los textos que estudiamos en nuestros programas de enseñanza; y de esta manera ir haciendo en lo que nos sea posible una Patología propia, es decir, de nuestro ambiente y no tener que dar datos de textos extranjeros, que pueden estar hasta en contradicción con los nuestros.

El otro objetivo es analizar y estudiar la forma - como hemos observado y tratado a nuestros pacientes y ver nuestras deficiencias u omisiones, especialmente en cuanto se refiere a exámenes de laboratorio y control - de los pacientes una vez dados de alta. En el tema que nos ocupa, en el cual los exámenes complementarios son indispensables para nuestro estudio y el control lo es para las enfermas, que aunque se crean curadas tienen - que presentarse rutinariamente al médico para que sea éste quien juzgue de su estado de salud.

El primer objetivo se puede lograr en casi todas - las enfermedades, si nos preocupamos por estudiarlas en nuestro ambiente y hacer de cada caso un miembro de nuestra Patología Nacional. El segundo objetivo se puede llenar con estos dos preceptos: el primero, si tenemos laboratorios competentes, por qué no tratar de que los casos clínicos pasen enteros por ellos, y si no son competentes o completos, tratar de lograr que lo sean, para elevar nuestro nivel científico. El segundo precepto, que es de la más grande importancia, es tratar de educar a nuestros pacientes para que acudan pronto al médico o a los centros benéficos en cuanto estén enfermos y seguir llegando a controlarse cuantas veces sea necesario, que aunque ellos lo sientan molesto, es para su propio bien y el de la colectividad.

El presente trabajo se ha hecho revisando las altas del Servicio de Maternidad General del Hospital Rosales durante los cuatro años de 1950 a 1953, o sea ... 31.708 pacientes embarazadas; y revisando las 7.897 contestaciones de biopsias y 542 autopsias hechas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, durante el mismo tiempo.

GENERALIDADES DE MOLA HIDATIDIFORME Y DE CORIOEPITELIOMA

La mola hidatidiforme y el corioepitelioma son respectivamente tumor benigno y maligno del corion, una de las capas que cubren el huevo y forman la placenta. La mola es poco común y el corioepitelioma bastante raro, pero aún así, se ha tenido bastante interés en este estudio por su importancia y gravedad. Estos neoplasmas presentan multitud de problemas interesantes, a causa de su curso clínico raro, las variaciones patológicas entre las molas benignas y los corioepiteliomas malignos, la relación que ambos tienen con el trofoblasto normal y su potencia invasora y la actividad biológica en todos ellos.

MOLA HIDATIDIFORME

Patología: En la mola hidatidiforme, una parte de las vellosidades coriales o todas ellas se convierten en un conjunto de vesículas claras. Generalmente no hay embrión, por más que en casos excepcionales se forma la mola en alguna porción de la placenta de un feto normal. El tamaño de las vesículas varía desde menos de un milímetro hasta más de un centímetro de diámetro y cuelgan de pedículos delgados en forma de racimos de uvas (figuras 1 y 2). Este conglomerado puede adquirir gran tamaño y algunas veces llena el útero hasta que adquiere éste, el tamaño que tiene en un embarazo de seis a siete meses.

Características microscópicas: Los tres cambios patológicos que caracterizan a la mola hidatidiforme son: 1) Proliferación trofoblástica, 2) Degeneración hidrópica del estroma de las vellosidades coriales y 3) Disminución, adelgazamiento y desaparición de los vasos sanguíneos.

La primera de éstas es la alteración definitiva, aunque algunas veces no es la más evidente. Ambas capas del trofoblasto experimentan proliferación y las células de Langerhans se reconocen por sus células poliédricas bien definidas con núcleos que se tiñen intensamente y el sincitio está representado por conglomerados de citoplasma con montones de núcleos que a menudo forman a manera de racimos de células gigantes sincitiales. Las áreas de proliferación son más notables en las capas profundas cercanas a la pared uterina y a menudo faltan en los racimos vesiculares de la cavidad, que están distantes de los vasos sanguíneos.

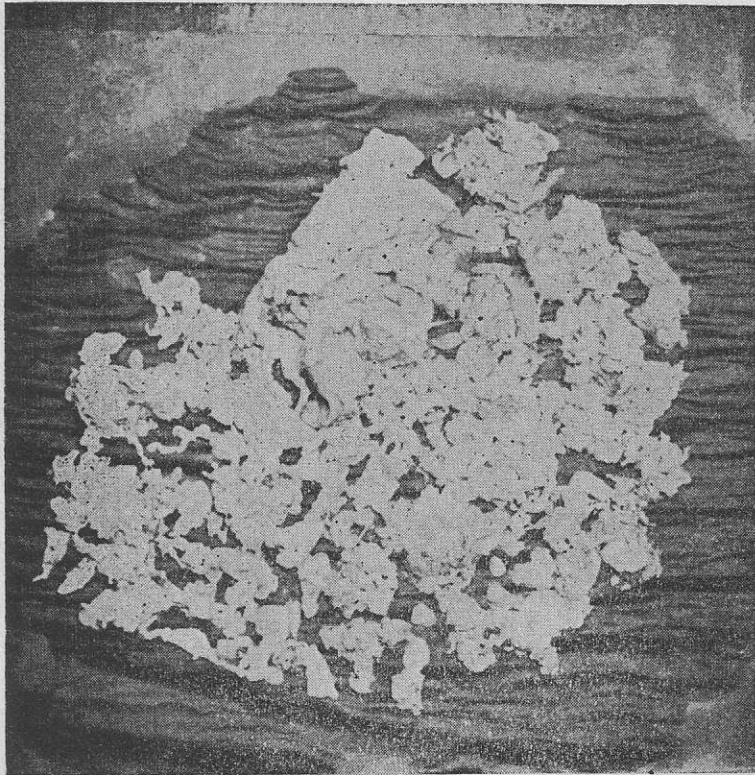


Fig. 1 Mola Hidatidiforme expulsada expontáneamente

Es muy variable el grado de proliferación en las diferentes molas. El estroma de las vellosidades se vuelve hidrópico, degenera y contiene muy pocas células de estroma y se vé uno que otro vaso sanguíneo. Las más de las vesículas están formadas por este estroma circundado de una capa muy delgada de trofoblasto.

Algunos investigadores creen que la temprana degeneración hidatídica, comúnmente no reconocida a causa de no acompañarse de cambios trofoblásticos, explican muchos abortos tempranos a los cuales no se les halla otra causa. Pero lo más importante en la mola hidatidiforme es la proliferación trofoblástica de la capa de Langhans y del sincitio.

Proliferaciones moderadas y localizadas se ven aún en los embarazos normales pero es más marcada en las molas y hay ciertos cortes en molas que no nos muestran proliferación trofoblástica. Por ejemplo, las vesículas expulsadas del útero espontáneamente o por vaciamiento, no muestran actividad trofoblástica.

Es fácil distinguir las células de Langhans del sincitio en el excesivo crecimiento trofoblástico; el primero aparece como células bien diferenciadas, usualmente de tipo cuboidal o poliédrico, con pequeños núcleos, pero bien coloreados. El sincitio aparece como masas citoplásmicas amorfas y fenestradas que toman un color rojizo con la hematoxilina-eosina. Los dos elementos, en otras palabras, son prácticamente idénticos con las dos capas en el trofoblasto normal. En el sincitio se hallan masas nucleares numerosas, grandes y bien coloreadas. A la sección se hallan las características células gigantes sincitiales, encontradas en las vecindades de las vellosidades y en veces se ven con uno o más núcleos centrales

El estroma muestra marcado edema y degeneración, con pocos núcleos y con pocos o ningún vaso sanguíneo; está adelgazado hacia la pared de las vellosidades y con cavidades grandes centrales con líquido claro. Es este edema de las vellosidades, el que las hace de tamaño gigante, transformando la vellosidad en pequeñas o grandes vesículas como uvas, que caracterizan la mola macroscópicamente. (Ver figuras 1 y 3).

En general, la mola benigna, no muestra evidencia de cambios celulares anaplásticos ni tendencia a penetrar en el estroma ni destrucción o tendencia destructiva de la pared uterina que caracterizan al tipo maligno.

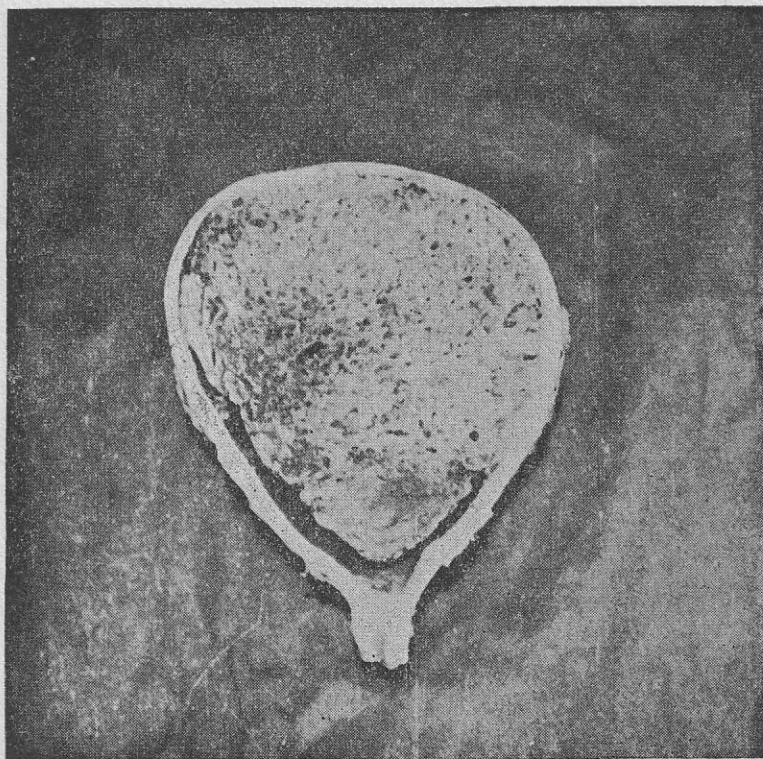


Fig. 2 Utero que muestra en su interior, una
Mola Hidatidiforme

Puede sin embargo, invadir los vasos sanguíneos como lo hace el trofoblasto normal, en la llamada deposición de las vellosidades y se observan en estos casos hasta metástasis, llamadas "metástasis fisiológicas" que en la mola benigna no tienen grave significancia.

Mola hidatidiforme maligna, mola destructiva y corioadenoma destruens, son términos aplicados a un tipo de mola que se sale algo de las características anteriores, unos autores la consideran totalmente maligna y otros la ponen como transición entre la mola benigna y el corioepitelioma. En esta variedad, hay marcada proliferación trofoblástica y hay invasión del músculo uterino a gran distancia; se ve un moderado número de mitosis y hay tendencia a las recurrencias y metástasis; invade los vasos pélvicos y los uterinos pero no los destruye, en veces dá nódulos metastásicos en la pared uterina y sigue un curso clínico grave, que mata usualmente por hemorragia e infección.

Antes se creía que la mola hidatidiforme era una lesión degenerativa y no neoplásica, según indican los términos que se le aplicaban, tales como myxoma chorii y degeneración quística del corion. En su estudio clásico publicado en 1895 demostró Marchand que la proliferación del trofoblasto es la característica principal, y hoy en día la mayor parte de los investigadores sostienen esta opinión. Se puede considerar que la mola es una gestación patológica cuyo defecto primordial radica en el huevo. Queda aún alguna diferencia de opiniones acerca de si toda alteración hidatídica de las vellosidades es una verdadera mola hidatidiforme, o si puede haber una clase de reacción degenerativa que solo se asemeje a la mola en su período incipiente. Hertig y Edmonds en un estudio de huevos patológicos hallaron que en las dos terceras partes hubo degeneración hidatídica incipiente. Es equívoca, sin embargo, la transición de la llamada degeneración hidatídica a la mola hidatidiforme típica.

Se ha tratado de relacionar la estructura microscópicas de las molas hidatidiformes con sus tendencias malignas potenciales. Muchos histopatólogos opinan que no hay ninguna norma fidedigna en qué fundar tal diferenciación. En general, las molas hidatidiformes que presentan configuración vellosa bien desarrollada, estroma edematoso y escasa proliferación trofoblástica, suelen ser benignas y las que presentan crecimiento hiperplásico del trofoblasto en láminas informes con tendencia a penetrar el estroma o invadir la pared uterina

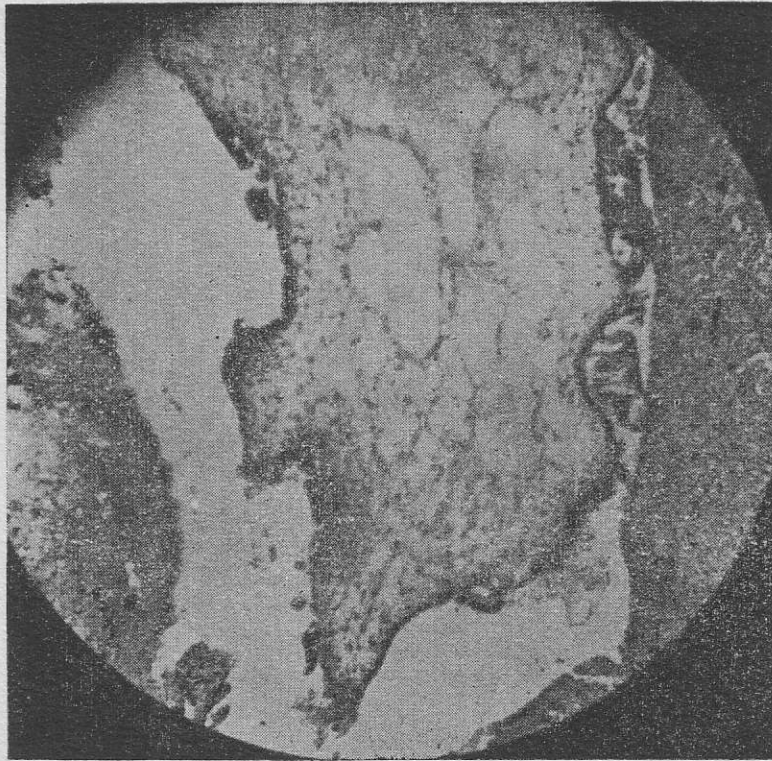


Fig. 3 Aspecto microscópico de la Mola Hidatidiforme

o con tendencia a experimentar alteraciones celulares a anaplásicas, es más probable que se vuelvan malignas. Hertig estudió 200 molas ajustándose a este criterio y logró descubrir cierta correlación notable, aunque no absoluta entre la malignidad patológica y la clínica.

En muchos casos de mola hidatidiforme y de corioepitelioma, se hallan en los ovarios múltiples quistes luteínicos cuyo tamaño varía desde el microscópico, hasta diez centímetros o más de diámetro. Las superficies de los quistes son lisas y a menudo de color amarillento y están tapizadas de células luteínicas. Se ha calculado que la frecuencia de tales quistes concomitantes con la mola es desde 25 hasta 60 por ciento. Esta diferencia, depende del criterio con que se estudie; Novak encareció la circunstancia de que la mayoría de los ovarios que no tienen quistes macroscópicos presentan alteración quistica microscópica e hiperreacción luteínica que a menudo abarca los elementos tecales y la granulosa.

Se cree que los quistes luteínicos de los ovarios, son la consecuencia de la hiperestimulación de elementos luteínicos por gran cantidad de ganadotrofina coriónica secretada por el trofoblasto proliferante. El que no se observen grandes alteraciones en el ovario, en el embarazo normal, se puede explicar como fundamento en que las grandes concentraciones de ganadotrofina, no duran mucho tiempo. En general, la extensa formación de quistes es coincidente con las molas hidatidiformes de mayor tamaño y con el largo período de estimulación. Los quistes experimentan regresión después de la expulsión de la mola o del corioepitelioma y a la postre desaparecen, por lo cual actualmente no se acostumbra efectuar su extirpación quirúrgica.

Se han reportado varios casos de mola hidatidiforme tubaria y ovárica, a causa de gestaciones ectópicas. Meyer ha reportado 48 casos de molas tubarias en adición a siete, que había en la literatura médica. La mola ovárica es mucho más rara, así como lo es la gestación ovárica; recientemente el Doctor Henry Bennett reportó un caso cuyo espécimen está actualmente en el laboratorio del Hospital Johns Hopkins.

Historia Clínica: Se presenta una mola hidatidiforme aproximadamente de cada 2.000 a 3.000 gestaciones .. (según Eastman, Beck, Novak, Ewing, etc.). Estudios del Doctor Acosta Sison en las Filipinas, dan una incidencia de una mola por cada 145 embarazos. La mola es más frecuente en el período reproductivo de la vida de la

mujer, aunque según parece, algunos estudios indican, que es más frecuente en los embarazos después de los 40 años.

En los primeros períodos del desarrollo de la mola, no tiene ésta ninguna característica que la distinga de un embarazo normal. Si no se presenta el aborto al principio del embarazo, con frecuencia el útero crece más rápidamente que de ordinario, de suerte que su tamaño es mayor que el que debiera tener de acuerdo con la duración calculada del embarazo. Este se observa aproximadamente en la mitad de los casos; en el resto, el útero es de tamaño ordinario o menor. La hemorragia uterina es el principal síntoma y puede ser muy leve ("manchas" o abundante. Comienza algunas veces inmediatamente antes del aborto, pero por lo general, es intermitente por espacio de una o más semanas y hasta meses. Ocasionalmente son expulsadas vesículas hidatídicas. Tarde o temprano es abortada la mola o extraída por medio de una operación. La expulsión espontánea suele ocurrir aproximadamente en el tercer mes y raras veces se retarda más del sexto mes de embarazo.

En veces, a causa de la gran predilección que tiene el trofoblasto por los conductos venosos, puede hacer que la mola penetre profundamente hasta el músculo uterino. La llamada mola destructora puede perforar y atravesar el peritoneo y originar hemorragia e infección con signos abdominales agudos. En raros casos, ya sea antes o después de la expulsión de una mola, se hallan tumores purpúreos en la vagina o en la vulva, los cuales son principalmente de sangre mezclada con vellosidades hidatidiformes características. Puesto que la extirpación local de estos tumores resulta algunas veces en la curación permanente se ha pensado que son debidos al simple transporte de vellosidades benignas y que no son metástasis de tipo maligno.

Es común la infección del útero que contiene una mola hidatidiforme, lo cual es fácil de explicar cuando se presenta un período de amenaza de aborto, estando entreabierto el cuello uterino, acompañado de hemorragia y un gran conglomerado de tejido defectuosamente vascularizado en el interior del útero. Es común la anemia principalmente a causa de la hemorragia, pero algunas veces está fuera de toda proporción con la hemorragia visible.

La hiperemesis es más frecuente y es más probable que sea grave y persistente, que en un embarazo normal.

La mola hidatidiforme se acompaña a menudo de estado de preeclampsia grave, sobre todo, cuando los tumores son grandes. La toxemia se puede presentar al comenzar el segundo trimestre, que es un período en que ordinariamente, no se observa dicha anormalidad.

En ciertos casos hay ictericia, la cual desaparece, después que es expulsada la mola, lo que parece indicar que no es debida a lesión metastásica.

Diagnóstico: Sucede con frecuencia que no se diagnostica la mola hidatidiforme, hasta que es expulsada. Puesto que el síntoma común es la hemorragia, por regla general, el primer diagnóstico es el de amenaza de aborto. En ocasiones se expulsan vesículas, que aclaran el diagnóstico. Siempre que una embarazada tenga hemorragia persistente y que el útero sea mayor de lo que sería de esperar, se ha de pensar en la mola. Es necesario considerar las posibilidades de que se haya cometido error en los datos acerca de la menstruación, que el útero grávido esté demasiado grande a causa de miomas, que haya polihidramnios o embarazo múltiple. Cuando ya está avanzado el embarazo, pueden ser útiles la palpación de las partes fetales, la percepción de movimientos, o latidos cardíacos del feto y la observación del esqueleto fetal en la radiografía. Los signos positivos confirman el diagnóstico, pero no son del todo fidedignos los negativos, pues en el estudio radiológico ordinario no se descubre con frecuencia, el feto de cinco meses.

Diagnóstico hormonal: La gonadotrofina coriónica, es una hormona que aparece diez días después de la ovulación, ya en el óvulo fecundado; es elaborada por el trofoblasto, en el epitelio de las vellosidades coriales, en la capa de células llamadas células de Langhans. Se ha estudiado su composición química y parece que es una glicoproteína de gran peso molecular, 80.000 por lo menos. Esta hormona se mide en unidades rata por litro de sangre, orina o líquido analizado. Una unidad rata es la cantidad mínima de hormona que producirá estro y estímulo folicular en este animal.

La concentración de la gonadotrofina coriónica, varía en la sangre y en la orina, según el período o edad del embarazo, y por esto, al examinar un caso en particular, hay que tomar en cuenta la edad de dicho embarazo. Las cifras varían estadísticamente desde 0, hasta un promedio de 120.000 unidades ratas por litro de suero o más (hasta 5000.000), esto es alrededor del día,

60º del embarazo. De allí va descendiendo hasta 40.000 U., en los días subsiguientes y después del 120º día, oscila entre 1.000 y 10.000 U., rata por litro. Zondek sostiene que al pasar de 200.000 U. ratón, se podrá hacer el diagnóstico de mola hidatidiforme o de corioepitelioma. La excreción de gonadotrofina coriónica en la orina, sigue una curva similar. No se ha puesto en claro el mecanismo, ni la significación de este extraordinario aumento de la excreción en sangre y orina, pero es probable que sea paralelo al crecimiento y a la actividad de la capa de Langhans. Normalmente en un período de 3 a 10 días después del parto, desaparece esta hormona de la sangre y orina.

Si la prueba del embarazo sigue positiva y aumenta seis semanas después de la expulsión de una mola, se hará el diagnóstico de corioepitelioma, pero deberá confirmarse este diagnóstico, por raspado. La reaparición de una prueba positiva, tras su desaparición a consecuencia de medidas terapéuticas, indica un proceso maligno persistente.

Recordar que en todos estos casos, hay que excluir las toxemias del embarazo, sobre todo las toxemias puras, no las debidas o aumentadas a causa de tener mola o corio.

La presencia de 800 unidades ratón por gramo de tejido fresco de tumor uterino, o de 100 unidades por gramo de tumor extrauterino, indica que el tumor es un carcinoma corial. Pero recordar que sobre todo esto, va el examen histopatológico.

Como se ve, las molas hidatidiformes y los corioepiteliomas producen gran cantidad de gonadotrofina coriónica a consecuencia del gran crecimiento del trofoblasto, ya que los estudios han demostrado que las células de Langhans son las que producen esta sustancia. Por consiguiente, es posible que los ensayos biológicos de la gonadotrofina coriónica, constituyan el factor decisivo en el diagnóstico de la mola. Se han suscitado muchas discusiones acerca de la utilidad del ensayo, pero no cabe duda de que es muy útil, si se observan ciertas normas: 1) un método cuantitativo fidedigno y 2) que haya cierta correlación con los datos clínicos, tomando en consideración la curva de la secreción de gonadotrofina en el embarazo normal.

Los ensayos o reacciones es mejor efectuarlos con suero sanguíneo, pues está sujeto a menos variaciones -

que la orina, en lo tocante al contenido de gonadotrofina coriónica. En el Hospital Johns Hopkins el método considerado como el más efectivo, es el que toma el aumento de peso del útero de la rata inmadura. Los resultados del ensayo se han de comparar con la curva de gonadotrofina coriónica del suero en el embarazo normal de duración equivalente. Cuando es mucho mayor que lo normal, en ese particular período de la gestación, se puede hacer el diagnóstico de mola hidatidiforme. Recordar que el descenso de la curva desde su punto máximo, se retarda un tanto en embarazos múltiples, pero la naturaleza de dichas curvas es igual que en el embarazo único. En vista de la curva de gonadotrofina en el embarazo normal, es evidente que no se puede tomar ningún valor en particular, como lindero entre la gestación normal y la anormal. Los valores muy crecidos en los dos o tres primeros meses no tienen ninguna significación, ya que se les halla con frecuencia en embarazos normales. De esta suerte, el ensayo biológico no es útil para diagnosticar la mola en su período incipiente. Sin embargo, después de los cien días contados desde el último período menstrual, en el embarazo normal, se nota disminución rápida de la gonadotropina; de manera que las concentraciones persistentemente altas o crecientes en esa época, son signos bastante claros de crecimiento anormal del trofoblasto. Si hubiera la menor duda, se resolverá ésta, haciendo uno o más ensayos repetidos con intervalos de una semana.

Antes se creía que el hallazgo de gonadotrofina coriónica en el líquido céfalo raquídeo, indicaba mola hidatidiforme o corioepitelioma, pero es probable que el hallazgo de dicha substancia en el mencionado líquido, era tan solo la indicación de que la concentración de dicha hormona en la sangre era muy alta. La reacción de gonadotrofina coriónica del líquido céfalo raquídeo algunas veces es negativa en la mola hidatidiforme y en el corioepitelioma; y en ocasiones es positiva en el embarazo normal. Por ejemplo, Hashimoto halló reacciones positivas de Aschheim-Zondek en cinco casos de gestación normal empleando 18 a 20 c.c. de líquido céfalo raquídeo, y Palmer obtuvo seis reacciones positivas en el líquido céfalo raquídeo entre 42 embarazadas normales y una reacción negativa de dicho líquido, en una paciente, con un corioepitelioma.

A continuación daré brevemente algunas de las técnicas de reacciones biológicas más usadas para diagnosticar embarazos y también mola hidatidiforme y corioepiteliomas.

Si se harán las pruebas en la orina, se requiere que la paciente no tome líquidos después de las 7 p.m., que orine al acostarse y deseche esta orina y lo que orine por la noche o en la mañana lo guarde en un recipiente limpio, para hacer allí las reacciones.

Reacción de Aschheim-Zondek:

La orina así tomada, se filtra si es necesario. Si no se va a usar inmediatamente, se guarda en el refrigerador y después se entibia; con que esté la orina a la temperatura ambiente, es suficiente, antes de que se vaya a usar.

En un período de dos días y en seis diferentes ocasiones, inyéctense subcutáneamente 0,4 c.c. de la muestra de orina, a cada una de cinco ratonas blancas inmaduras y de 6 a 8 gramos de peso. Cada ratona debe recibir un total de 2,4 c.c. de orina.

Cien horas después de la primera inyección, se matan las ratonas y se examinan los ovarios para ver si tienen folículos hemorrágicos o cuerpos amarillos. Cualquiera de estos o ambos, por lo menos en una ratona, indican reacción positiva. En caso de duda, se hace el examen microscópico de cortes seriados de los ovarios, teñidos con hematoxilina y eosina.

Si se sospecha la existencia de mola hidatidiforme, o de corioepitelioma, se inyectan de la misma manera, diluciones de orina con agua destilada al 1 x 10, 1 x 100 etc.

Esta fué la primera reacción de este tipo y de allí se originaron otras, porque tiene los inconvenientes siguientes: hay que aplicar muchas inyecciones, tiempo tan largo para saber el resultado y la dificultad de tener disponibles en cualquier momento, las ratonas inmaduras del peso especificado.

Reacción de Friedman:

Se recoge la orina igual que en la reacción anterior. Inyectar 10.c.c de orina en la vena de la oreja de una coneja madura, que previamente haya estado aislada por cuatro semanas.

Veinticuatro horas o más, después de la inyección, se anestesia a la coneja, se le abre el abdomen y se examinan los ovarios para ver si contienen folículos hemorrágicos rotos de los íntegros, pues los segundos no in

dican reacción positiva. Si la reacción es negativa, se vuelven a explorar los ovarios veinticuatro horas después, para cerciorarse de que no se produjo una reacción positiva retardada.

Al cabo de cuatro semanas se puede volver a utilizar a la coneja, pero a causa de adherencias peritoneales, es preferible no usar este animal para hacer más de tres reacciones.

Esta reacción es de las más usadas en la actualidad y para los casos de mola o corio, se puede hacer también cuantitativa, haciendo diluciones de la orina que se va a emplear.

Pruebas con ranas machos o sapos:

Wiltberger y Miller usan la rana *pipiens* y la técnica es la siguiente: Se obtiene muestra de orina en ayunas. Se inyectan 5 c.c. de la orina en el saco linfático dorsal o lateral de la rana macho en un tarro de vidrio limpio, con tapadera perforada y se dejan de dos a cuatro horas a la temperatura ambiente. Después se examina la orina emitida para ver si contiene espermatozoides; si los hay es positiva, si nó, se bota esta orina y se siguen examinando emisiones sucesivas de orina durante unas doce horas, hasta ver si aparecen. La ausencia de espermatozoides, es reacción negativa. Se pueden volver a usar las ranas machos a los cinco días.

Reacción de Galli-Mainini:

Este autor usa el sapo macho o *Bufo Arenarum* adulto que pese 100 gr., por lo menos. Antes de usarlo se tiene aislado para ver si no está en celo y se examina la orina de la cloaca para ver si no contiene espermatozoides. Se inyectan 10 c.c. de orina matinal bajo la piel del abdomen, la aguja se mete bajo la piel pectoral y se lleva hasta la parte más posterior del vientre.

A las 2 horas se mete una pipeta a 0,5cm. de profundidad, en la cloaca, se aspira orina y se lleva al microscopio para ver si hay espermatozoides; en este caso es positiva. Si es negativa, se sigue examinando la orina con intervalos de 2 a 4 horas, hasta ver si aparecen los espermatozoos. Así se puede tener el sapo por 24 horas. A los siete días se puede usar otra vez este sapo.

Otros métodos: La excreción de gonadotropina cori^o

nica varía de un individuo a otro y de una muestra a otra, de la misma paciente. Según hicieron notar Foote y Jones, aunque la gonadotrofina de la orina es un tanto similar a la del suero sanguíneo, no es exactamente igual. Por tal motivo a ninguna reacción para el diagnóstico del embarazo, fundada en la excreción urinaria, de gonadotrofina coriónica, tiene igual exactitud ni la misma sensibilidad que las que se fundan en la concentración de esta hormona en el suero sanguíneo. En consecuencia, cuando se presentan problemas especiales de diagnóstico y particularmente, cuando se desea hacer la determinación cuantitativa de la gonadotrofina coriónica existente en el organismo, conviene valerse de una técnica en que se utilice el suero.

Una de las más precisas y fieles es la que describió Delfs y que por varios años se ha usado en el Hospital Johns Hopkins con gran satisfacción. Se funda en el principio de que la gonadotrofina coriónica inyectada a ratas inmaduras, en virtud de su acción en los ovarios, produce un aumento del peso uterino, proporcional a la dosis inyectada. Aunque la técnica es bastante dilatada para que sirva como reacción de rutina, para el diagnóstico del embarazo, les ha parecido que es aditamento muy útil, siempre que se requieren certeza y precisión absolutas.

Reacciones cuantitativas:

Se considera que se pueden hacer reacciones cuantitativas en todos los tipos de reacciones biológicas conocidas, pero la más usada parece ser la cuantitativa de Ascheim-Zondek: Inyéctese a grupos de cinco ratones hembras jóvenes, de 21 días de edad y de 8 a 10 gramos de peso, con 6 dosis de 0,5 c.c. cada una, de orina diluida al 1 x 10; 1 x 50 y 1 x 100 y 1 x 1.000. La técnica seguida es la misma que para la reacción cualitativa de Ascheim-Zondek. Si la dilución 1 x 10 dá un resultado positivo, se presume que hay presentes en la orina, no menos de 3.330 unidades de gonadotrofina coriónica por litro. Las cifras serán correspondientemente más altas si los resultados positivos se obtienen con diluciones más elevadas; por ejemplo: si es positiva al 1 x 1.000, es que hay 333.000 U. ratón por litro de orina o suero o líquido examinado. Recordar que el resultado negativo, no excluye la presencia de los tumores que estamos estudiando, sean molas hidatidiformes o corioepiteliomas.

Pronóstico: En el pasado, la mortalidad inmediata a

causa de la mola hidatidiforme era hasta del 10 %, principalmente a causa de la hemorragia, la infección y la perforación uterina. En un análisis colectivo de 576 casos efectuado a fines del decenio de 1930, halló Mathieu una mortalidad inmediata de solo 1,4%. Con las transfusiones de sangre, la quimioterapia y los antibióticos, se debe eliminar casi totalmente esta mortalidad.

Se ha calculado entre 1 ó 2 y hasta más del 10%, la frecuencia de la transformación maligna de la mola hidatidiforme en corioepitelioma. Posiblemente parte de la diferencia en las cifras arriba mencionadas, sea a causa de la diferente interpretación patológica, pero es probable que el porcentaje menor sea el correcto con respecto al corioepitelioma verdadero.

Tratamiento: Hay dos aspectos en el tratamiento de la mola hidatidiforme; el aborto inmediato y la extracción de la mola, después de lo cual se debe observar a la paciente por si acaso se presenta el corioepitelioma. La mayoría de las veces es inminente el aborto de la mola y si va ya en progreso, cuando se hace el diagnóstico, entonces el tratamiento se concreta a terminar el aborto. La estimulación con pituitrina es útil. Si la hemorragia es abundante, acaso sea necesario la evacuación del útero con pinzas para huevo y la terminación con la cucharilla, pero el legrado uterino se debe hacer con gran cautela, dada la posibilidad de que la matriz esté muy blanda y por lo tanto, sea fácil su perforación. Posiblemente sea copiosa la hemorragia y de allí la necesidad de que se tenga preparada la transfusión de sangre. Si la hemorragia no obliga al médico a intervenir, se ha de fomentar la conclusión espontánea del aborto y se diferirá el legrado uterino hasta algunos días después, cuando en virtud de la involución, se ponga más duro el útero. La infección hace también necesario el que se difiera el legrado hasta dominarla por medio de los antibióticos. Sin embargo, al principio del puerperio, antes que la paciente sea dada de alta, se ejecutará el legrado. De este modo se evitan confusiones en los estudios clínicos y ensayos biológicos subsecuentes, ya que los fragmentos retenidos de trofoblasto podrían originar hemorragia y dar ensayos positivos de gonadotropina coriónica, que pudieran interpretarse erróneamente como signos de tumor.

Algunos autores han aconsejado la histerotomía o la histeroectomía, pero solo justificados en casos especiales. En una que otra ocasión cuando es inequívoco el diagnóstico de mola, sin signos de aborto espontáneo inminente y el útero llega hasta el ombligo o más arriba,

es posible que la histerotomía constituya el mejor tratamiento. La evacuación quirúrgica del útero que contiene un tumor tan grande, por el cuello uterino ligeramente dilatado, acarrea considerable peligro de ocasionar hemorragia y traumatismo. Cuando es necesaria la vía abdominal y la paciente ha tenido varios partos anteriores, es preferible hacer la histerectomía ya que satisface las necesidades inmediatas y reduce mucho el riesgo futuro de tener un corioepitelioma.

En el período de observación subsecuente, se aconsejará a los pacientes que han tenido mola hidatidiforme, el uso de medidas anticonceptivas eficaces, pues un nuevo embarazo podría ocasionar confusiones y hacer creer erróneamente en un corioepitelioma. Se han dado a conocer varios de estos casos de gestación normal, tratados equivocadamente por medio de la histerectomía.

Se harán ensayos cuantitativos para valorar la gonadotrofina coriónica, después de la expulsión de una mola hidatidiforme. Estos ensayos se harán de preferencia una vez por semana o cada dos semanas, hasta que sea negativo el resultado y luego una vez al mes o por año. Aproximadamente en las dos terceras partes de las pacientes de mola, deja de haber gonadotrofina coriónica a eso de los 60 días, y en la mayor parte de los casos, ya es negativa la reacción en el trigésimo día después de la evacuación.

En algunos de los casos remanentes, se nota reducción lenta pero constante, de la gonadotrofina y se necesitan varios meses para que se vuelva negativa la reacción, pero sin que se heche de ver ninguna otra anormalidad.

Un número menor de casos, aproximadamente el 10%, tienen concentración creciente y persistente de gonadotrofina. Tales ensayos biológicos indican persistencia indebida de trofoblasto vivo, o cuando va en aumento la valoración, neoplasia activa proliferante o sea un corioepitelioma. A menudo, pero no siempre, hay síntomas clínicos, en especial hemorragia irregular. En este pequeño grupo de casos, se debe ejecutar una laparotomía exploradora, y si es necesario, hasta la histerectomía.

Los legrados uterinos repetidos, probablemente sean equívocos, dada la posibilidad de que el trofoblasto esté implantado profundamente en el músculo uterino, en un lugar hasta el cual no pueda llegar la cucharilla. Unas cuantas de estas pacientes padecen corioepitelioma verdadero y otras, molas destructoras o invasoras o tipos patológicos intermedios, pero su pronóstico es tan incierto, que es necesaria la extirpación.

CORIOEPITELIOMA

Patología: Este tumor, sumamente maligno, se origina en el corion y por consiguiente, es de origen embriionario y no uterino. Se puede considerar como un carcinoma del epitelio corial, aunque por su desarrollo y sus metástasis se asemeja al sarcoma. Se desconocen las causas de la transformación maligna del corion. En el corioepitelioma se exageran notablemente las tendencias del trofoblasto normal, al crecimiento invasor y a la erosión de los vasos sanguíneos. El aspecto macroscópico característico es el de un tumor de crecimiento rápido, que invade el músculo y los vasos sanguíneos del útero, con áreas de hemorragia y necrosis por coagulación. El tumor tiene color rojo oscuro o morado y es de estructura irregular y aspecto desagradable. Cuando invade el endometrio, por regla general hay desde muy al principio hemorragia, esfacelación e infección. Los conglomerados de tejidos encerrados en el miometrio pueden extenderse hacia afuera y aparecer en el útero en forma de nódulos irregulares y oscuros, que a la postre perforan el peritoneo.

Ewing hace la siguiente clasificación de los corioepiteliomas:

1) Corioadenoma destruens o mola placentaria destructiva, en este caso el útero está agrandado y contiene por lo general un tumor grande también; las metástasis no son frecuentes y si las hay, no son tan malignas. Al examinar estos tumores al microscopio, se pueden definir todos los elementos normales.

Este tipo, es el que ha estado en más controversia, pues hay algunos autores que lo consideran benigno, otros dicen que es maligno, y en fin, Novak y otros lo consideran como de tipo intermedio o maligno, pero al otro extremo del corioepitelioma maligno, así como es diferente un adenocarcinoma de grado I con uno de grado IV, de la clasificación de Broders.

2) Cariocarcinoma: Este tipo es el más maligno de todos; el útero está moderadamente aumentado de tamaño, y los tumores son pequeños e infiltrantes, las metástasis son precoces y graves; al examen microscópico se vé proliferación del sincitio y de las células de Langhans y son más malignos los que tienen predominio por estas últimas.

3) Sincitioma, endometritis sincitial o corioma atí



Fig. 4 Pulmones mostrando metástasis de corioepitelioma

pico de Marchand, en este caso no hay ningún tumor bien definido, el útero está moderadamente aumentado o grande, si se añade algún proceso inflamatorio; el estroma aparece al examen microscópico infiltrado por sincitio.

Examen microscópico de los corioepiteliomas: En los cortes histopatológicos se ven columnas y láminas de trofoblasto que penetran los músculos y los vasos sanguíneos de manera desordenada, entremezcladas con áreas de sangre coagulada. En algunos lugares se observa la formación rudimentaria de vellosidades, pero estas son variables y a menudo faltan del todo. Existen células de Langherans y sincitiales, pero es posible que predominen unas y otras y se cree que las primeras son más malignas. Por lo general hay alteraciones celulares anaplásicas de cierto grado, y pueden ser muy notables. Sin embargo, tales alteraciones, a menudo no son un signo tan fidedigno de diferenciación, entre el crecimiento benigno y el maligno del trofoblasto; como lo son en otros tumores. Esta dificultad que ofrece la valoración de las células es una de las cosas que ocasionan errores en el diagnóstico de corioepitelioma, cuando se examinan raspaduras uterinas en las que acaso no sea evidente la configuración general de la neoplasia. Erróneamente se han confundido con corioepitelioma, las células de trofoblasto normal que están introduciéndose en el sitio placentario.

Por regla general, hay metástasis desde muy al principio, y de ordinario son hematógenas a causa de la afinidad que tiene el trofoblasto por los vasos sanguíneos, también hay metástasis por vía linfática, pero más rara. El sitio más común es el pulmón (más del 75%) y sigue luego la vagina (como en el 50%). En muchos casos se hallan metástasis en la vulva, los riñones, el hígado, los ovarios, y el cerebro. Las metástasis tienen aspecto de masas rojo-oscuro que al microscopio son típicas de corioepitelioma (Figuras 4 y 5). También en veces hay invasión a los parametrios, trompas y ovarios. En más de la tercera parte de los casos hay quistes luteínicos.

Historia Clínica: El corioepitelioma solo se presenta una vez en muchos millares de embarazos, de suerte que tienen poca significación las estadísticas que indican su incidencia. Es más frecuente en el período reproductivo de la vida de la mujer, ya que, salvo en los casos raros en que se origina de un teratoma, es siempre consecutivo a un embarazo. En aproximadamente el 50% de las veces es consecutivo a la mola hidatidifor

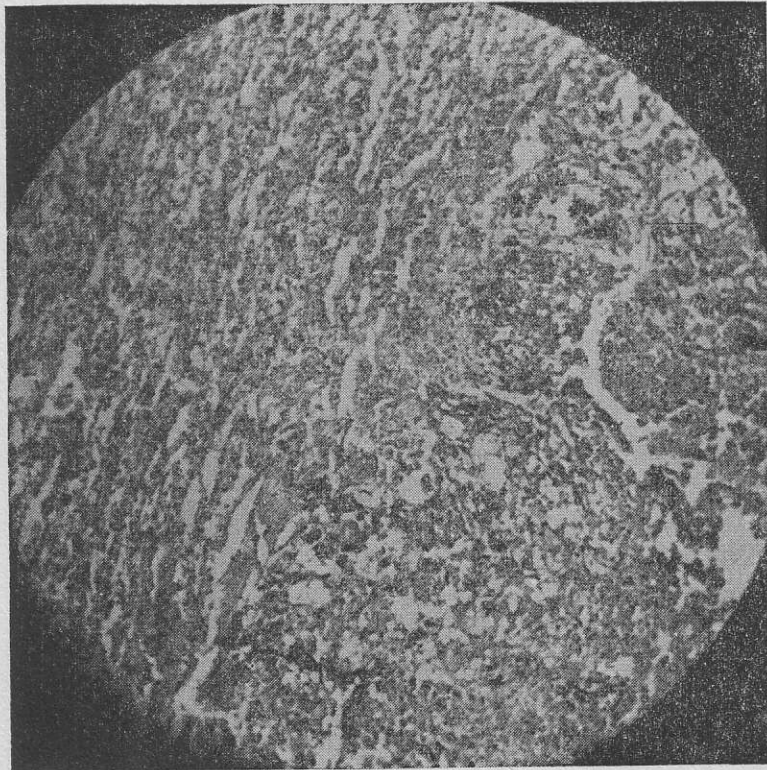


Fig. 5 Aspecto microscópico de las metástasis del corioepitelioma en los pulmones.

me, en un 25% a un aborto y en otro 25% a un embarazo o término. Puede resultar de un embarazo ectópico o de uno no intrauterino. En casos de teratomas, puede haber teratomas del testículo y ovario que sean corioepiteliomas, siendo más raro en el ovario. Hay también corioepiteliomas tubarios y ováricos, secundarios a embarazos ectópicos, por lo general embarazos molares ectópicos; es más frecuente el tubario y el ovárico es excepcional. En raras ocasiones coexiste con el embarazo, pero las más de las veces se desarrolla inmediatamente después. De cuando en cuando permanece en estado latente por largo tiempo, antes de adquirir desarrollo activo. Sin embargo, son de dudar estos casos publicados, pues bien puede suceder que en el intervalo, haya ocurrido un embarazo subsecuente con aborto en período incipiente que se pasó inadvertido.

Con frecuencia no hay signos de malignidad inmediatamente después de la gestación. El signo más común, aunque no constante, es la hemorragia irregular en los primeros días del puerperio, la cual puede ser continua o intermitente, y aún súbita y abundante. La perforación del útero por el tumor, puede ocasionar hemorragia intraperitoneal, y la extensión del neoplasma a los parametrios acaso origine dolor y fijación que den indicios de inflamación. Es bastante frecuente la infección secundaria concomitante.

Muchas veces el primer signo de neoplasia es la lesión metastásica, vaginal o vulvar. Posiblemente hayan síntomas pulmonares, como tos y esputos sanguinolentos, procedentes de metástasis pulmonares. En unas cuantas ocasiones ha sido imposible hallar corioepitelioma en el útero y en la pelvis a causa de haber desaparecido la lesión original, dejando solo metástasis distantes de crecimiento rápido.

La perforación de la pared uterina por el corioepitelioma, acompañada de hemorragia, a veces sumamente abundante en la cavidad peritoneal, es probablemente una complicación de este tumor, más común de lo que generalmente se cree. Por ejemplo, Acosta-Sison y Espaniola, hallaron 8 ejemplos de este accidente en 32 pacientes de corioepitelioma (25%). En las 5 pacientes de Karl Wilson hubo una perforación. En 1942, Roscblom dió a conocer un caso dramático de hemorragia intraabdominal mortal consecutiva a la penetración de la pared uterina por un corioepitelioma; la abertura que hizo el tumor, fué de 4 x 2 centímetros. Anspach y Hoffman estudiaron detalladamente el corioepitelioma perforante en un artí

culo en que analizaron 7 casos tomados de la bibliografía y uno propio. Hicieron notar que el curso clínico de la mayoría de estos casos, se asemejó tanto al embarazo ectópico roto, que se hizo este diagnóstico 5 veces en los 8 casos publicados. En 3 ocasiones hubo emorragia uterina antes de la perforación, en otras 3 hubo un período de amenorrea previa y en 2 notaron las pacientes hemorragia leve, solo manchas. Hay que hacer notar la circunstancia de que en tres ocasiones los síntomas agudos se presentaron casi inmediatamente después de un examen pélvico y de allí que los autores recomendaran - proceder con mucho cuidado al hacer exámenes ginecológicos en casos sospechosos.

Pronóstico: Antes se decía que el corioepitelioma era fatal en el 70 a 80% de los casos; Teacher hablaba del corioepitelioma como "un tumor peculiarmente horrible y peligroso" y Ewing decía que nunca había visto un caso curado por la operación; pero muchos ha habido, todo depende del diagnóstico y tratamientos precoces. Actualmente el pronóstico ha mejorado mucho, pero no hasta el 5% de muertes, o sea un 95% de los casos curados, como sostiene Mathieu; lo que pasa talvez es que hubo error de clasificación en el estudio histopatológico.

Hasta en un 10% de casos se ha visto cura espontánea del tumor y de las metástasis y otros que han curado del tumor uterino, han muerto de las metástasis. En los casos de resistencia, se cree que es debido a un factor intrínseco de ciertos organismos, el cual se opone al crecimiento del trofoblasto y de sus masas tumorales. Si no se modifica con el tratamiento, el curso del corioepitelioma es progresivo y rápido, y las pacientes - mueren en pocos meses o cuando mucho en un año, en la gran mayoría de los casos.

Diagnóstico: El factor más importante en el diag - nóstico, es el tener presente la posibilidad de la existencia de este tumor. Todas las molas hidatidiformes - son sospechosas y las pacientes deben ser observadas en la forma que se indicó al tratarse de la mola hidatidiforme. En muchos casos de hemorragia inusitada, des - pués de un parto o de un aborto, se ha de recordar dicha posibilidad y se harán las investigaciones mediante el legrado y las reacciones biológicas del embarazo.

Es de hacer notar la circunstancia de que no se ha de dar absoluto crédito a las raspaduras, pues se requiere mucho cuidado para hacer el diagnóstico positivo de

corioepitelioma mediante el examen de dichas raspaduras, a menos que sean muy claros los signos de malignidad, - pues según antes se dijo, es posible que el trofoblasto normal penetre profundamente en la pared uterina, en el sitio de implantación, y simule un corioepitelioma. Por otra parte, es posible que el corioepitelioma quede por debajo de la superficie del útero y no puede llegar hasta él la cucharilla.

La gonadotrofina coriónica desaparece normalmente - del suero sanguíneo y de la orina pocos días después del parto o del aborto, siempre y cuando este último haya sido completo. Por consiguiente, si los ensayos indican valoración alta persistente o creciente de gonadotrofina después de dicho período, se tiene un signo evidente de neoplasia. Es necesario hacer la correlación entre los datos clínicos y excluir la posibilidad de - que haya ocurrido un nuevo embarazo. Se harán ensayos repetidos para evitar posibles errores de laboratorio, antes de hacer un tratamiento radical. Cuando haya metástasis distantes e inaccesibles, como en los pulmones y si se presenta la duda de si son ocasionadas por corioepitelioma, el ensayo positivo de gonadotrofina, confirma el diagnóstico.

Recordar lo que se dijo en el capítulo de la mola hidatidoforme, en lo referente a las reacciones biológicas en el corioepitelioma. No es absolutamente cierto que es corioepitelioma un tumor, cuando la gonadotrofina coriónica pasa de 200.000 U. ratón en sangre u orina, pues hay que tener en cuenta también la edad del embarazo y además hay embarazos normales y molas que han dado esa tasa o más, y corioepiteliomas que no han llegado a esa cifra. Tampoco es absolutamente cierto que una reacción en el líquido cefaloraquídeo alta, es solo dada por el corioepitelioma, también la pueden dar ocasionalmente las molas y los embarazos normales; y corioepiteliomas hay, que nunca dan reacción positiva en el líquido céfalo raquídeo, aunque sean de gran malignidad y en veces hasta con metástasis.

Tratamiento: Cuando se hace el diagnóstico de corioepitelioma, se debe hacer una histerectomía total, - con salpingoovariectomía bilateral y se extirparán todas las metástasis localizadas en la pelvis, la vagina y la vulva, que sean extirpables; después se radiará a la enferma con Rayos X, por lo menos 8.000 r., en varios campos. Recordar que ha habido casos de curación con solo un raspado, pero no es aconsejable atenerse a esto. Al Revés de lo que sucede ordinariamente con res

pecto a otras neoplasias malignas, está justificada la operación quirúrgica cuando ya el corioepitelioma invadió tejidos vecinos o distantes, por medio de metástasis, ya que se han dado a conocer unos cuantos casos en que la metástasis tuvieron regresión después de la extirpación del tumor original. Las metástasis que no sean extirpables, se tratarán por medio de radiaciones con Rayos X. Con este procedimiento se han obtenido algunos buenos resultados, por más que muchas metástasis no responden al tratamiento y acaban matando a la paciente.

MOLA HIDATIDIF

	Archivo	Edad	Embarazo		Edad. Emb. Act.	Hemorragia	Expulsión Vesicular	Aborto Molar.	Tam. Utero	Consist. Utero	Quiistes Lúteos	Vomit.	Infe
Caso 1 1950	51.191	33a	11	0	3m.	Abundante Dolorosa.	Sí	Sí	Como 4 de Emb	Blanda	1 der.	Sí	No
Caso 2 1950	50.979	18a	0	0	3½m.	Moderada Dolorosa.	Sí	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	Bilat.	Sí	Feb T:39
Caso 3 1950	50.725	24a	4	1	4m.	Moderada Dolorosa.	Sí	No	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	No	No
Caso 4 1950	58.715	19a	1	0	4m.	Moderada Dolorosa.	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	No	No
Caso 5 1950	42.226	26a	6	0	4m.	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	No	Feb T:38
Caso 6 1950	46.891	19a	1	0	3m.	Moderada Dolorosa.	No	Sí	Como 4½ m. de Emb.	Blanda	No	No	Feb T:3
Caso 7 1950	44.708	38a	6	0	3m.	Moderada Dolorosa.	No	Sí	Como 4 m. de Emb.	Blanda	No	Sí	No
Caso 8 1950	49.428	18a	0	0	3m.	Moderada Dolorosa.	No	No	Como 3 m. de Emb.	Normal	1 izq.	Sí	Feb T:3
Caso 9 1950	40.876	16a	0	0	3m.	Abundante Dolorosa.	Sí	No	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	Sí	No
Caso 10 1951	28.533	18a	1	0	4m	Moderada Dolorosa.	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	No	No
Caso 11 1951	76.536	33a	4	0	4m.	Abundante Dolorosa.	No	No	Como 5 m. de Emb.	Blanda	Bilat.	Sí	No
Caso 12 1951	67.008	30a	5	0	4m.	Moderada Dolorosa.	Sí	No	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	No	Feb T:3

RME (Cuadro Número 1).

T. A.	E. Gral. Anemia	R. X. Pelvis	R. X. Torax	Reac. Biolog.	Tratamiento Médico	Tratamiento Quirúrgico	Examen Histopat.	Evoluc. Control	Mortalidad Autopsia
100 60	Buen Estado.	Negativa P. Fetal.	No	Galli Mai- nini Pos.	Pituitrina Antibiótica	No se hizo	No se hizo	Buena No cont.	-----
110 60	Regular Hem 11 3.500 GR.	Negativa P. Fetal.	Neg. Metas.	Galli Mai- nini. Negat.	Pituitrina Antibiótica	Curetaje Ut.	No se hizo	Buena No Cont.	-----
90 50	Malo Hem 7 2.900 GR.	Negativa P. Fetal.	No	No	Antibiótic. Sangre 600.	Curetaje Ut.	No se hizo	Buena No Cont.	-----
100 60	Regular	No	No	No	Pituitrina Antibiótic. Sangre 250.	No se hizo	Mola Hida- tidiforme.	Buena No Cont.	-----
105 60	Bueno	No	No	No	Ergotrato Antibiótic.	Legrado Digital.	Mola Hida- tidiforme. Novak	Buena No Cont.	-----
110 60	Bueno	No	No	No	Ergotrato Antibiótic.	Legrado Digital.	Mola Hida- tidiforme.	Buena No Cont.	-----
130 90	Regular Hem 7.2 2.740 GR.	Negativa P. Fetal	No	No	Pituitrina Antibiótic.	Legrado Digital.	Mola Hida- tidiforme.	Buena No Cont.	-----
110 70	Bueno Hem 10 3.960 GR.	Negativa P. Fetal	No	No	Antibiótic. Sangre 500	Curetaje Ut.	Mola Hida- tidiforme.	Buena No Cont.	-----
90 60	Malo Hem 6.5 2.370 GR.	Negativa P. Fetal	No	No	Antibiótic. Sangre 600	Legrado Digital.	Mola Hida- tidiforme.	Buena No Cont.	-----
110 70	Bueno	No	No	No	Pituitrina Antibiótic.	No se hizo	Mola Hida- tidiforme.	Buena No Cont.	-----
120 70	Regula	No	No	No	Antibiótic. Sangre 500	Legrado Digital.	Mola Hida- tidiforme.	Buena No Cont.	-----
125 70	Bueno	No	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Legrado Digital.	Mola Hida- tidiforme	Buena No Cont.	-----

Casos	Archiv.	Edad	Embaraz.		Edad	Hemorragia	Expulsión Vesículas	Aborto Molar	Tamaño Utero	Consist. Utero	Quistes Lúteos	Vc
			A.T	Ab.	Emb. Act.							
Nº 13 1951	81.596	20a.	1	0	3m.	Moderada Dolorosa.	No	No	Como 4½ m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 14 1951	84.898	19a	0	0	?	Moderada Dolorosa.	No	No	Como 3 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº 15 1952	10.598	18a	2	0	4m.	Abundante Dolorosa	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 16 1952	99.499	18a	0	0	2m.	Abundante Dolorosa	No	Sí	Como 4 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº 17 1952	103.777	35a	?	?	3m.	Moderada Dolorosa	No	No	Como 3 m. de Emb.	Normal	No	
Nº. 18 1952	86.845	35a	7	0	3m.	Moderada Dolorosa	Sí	No	Como 4 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 19 1952	87.845	29a	3	0	3m.	Abundante Dolorosa	Sí	Sí	Como 4 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 20 1952	74.129	22a	3	0	2m.	Moderada no dolor	Sí	Sí	Como 4 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 21 1952	99.855	25a	1	0	4m.	Moderada Dolorosa	No	No	Como 4 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 22 1952	105.838	18a	1	0	4m.	Abundante no dolor	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 23 1952	51.939	21a	1	0	?	Abundante dolorosa	Sí	No	Como 3 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 24 1952	106.488	41a	10	0	3m.	Moderada Dolorosa	No	Sí	Como 3 m. de Emb.	Dura	l izq.	

HIDATIDIFORME (Cuadro Número 2)

mitos	Infec.	T. A.	E. Gral. Anemia	R. X. Pelvis	R. X. Torax	Reacción Biologic.	Tratamiento Médico	Tratamiento Quirúrgico.	Examen Histopatol	Evoluc. Control	Mortalidad Autopsias.
No	No	$\frac{120}{70}$	Bueno Hm. 8g. 2.520 G.	Negat. P. Fetal	No	R. Friedman Positiva.	Antibiótic. Sangre 600	Legrado Digital.	Degenerac. hid. de v. coriales.	Buena no cont.	-----
Sí	No	$\frac{120}{70}$	Bueno Hm. 9g. 3.130 G.	Negat. P. Fetal	No	R. Friedman Positiva.	Antibiótic. Sangre 500	Legrado Digital.	Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----
Sí	Febril T: 38.4	$\frac{110}{70}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic. Ergotrato.	Legrado Digital.	Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----
Sí	No	$\frac{130}{80}$	Regular Hm. 6.4 2.120GR.	No	No	No	Antibiótic. Sangre 400	Legrado Digital.	Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{100}{50}$	Regular	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{90}{50}$	Regular	No	No	No	Antibiótic. Sangre 250	Legrado Digital.	Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----
No	Febril T: 38.2	$\frac{110}{60}$	Regular	No	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Legrado Digital.	Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----
Sí	No	$\frac{120}{70}$	Regular	No	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Legrado Digital.	Degenerac. hid. de v.	Buena no cont.	-----
Sí	No	$\frac{100}{70}$	Bueno Hm. 12.2 3.720 G.	Negat. P. Fetal	No	Galli Mainini. Positiv.	Antibiótic.	Legrado Digital.	Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{170}{90}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic.	Legrado Digital.	Degenerac. hid. de v. coriales.	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{135}{95}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{130}{70}$	Bueno Hm. 10.4 3.230 G.	No	No	No	Antibiótic. Sangre 900	Histerecto- mía Total.	Utero Norm. Mola Hidatidiforme	Buena no cont.	-----

Casos	Archiv.	Edad	Embarazos		Edad	Hemorragia.	Expulsión Vesículas	Aborto Molar.	Tamaño Utero.	Consist. Utero.	Quistes Lúteos	Vómito
			A. t.	Ab.	Emb. Act.							
Nº. 25 1952	85.674	19a	1	0	3m.	Abundante Dolorosa.	Sí	Sí	Como 3 m. de Emb.	Normal	No	No
Nº. 26 1952	59.302	18a	1	0	4m.	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 4 m. de Emb.	Normal	No	No
Nº. 27 1952	106.197	31a	?	?	4m.	Abundante Dolorosa.	Sí	No	Como 4 m. de Emb.	Normal	No	Sí
Nº. 28 1953	78.436	36a	7	2	4m.	Abundante no dolor.	Sí	No	Como 4½ m. de Emb.	Blanda	No	No
Nº. 29 1953	42.644	29a	7	0	2m.	Moderada Dolorosa.	No	Sí	Como 2 m. de Emb.	?	No	Sí
Nº. 30 1953	127.632	20a	0	0	3m.	Moderada Dolorosa.	No	Sí	Como 3 m. de Emb.	Blanda	No	No
Nº. 31 1953	128.450	34a	8	0	4m.	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	?	Bilat.	No
Nº. 32 1953	134.457	39a	?	?	4m.	Abundante no dolor	No	Sí	Como 7 m. de Emb.	Blanda	No	Sí
Nº. 33 1953	140.061	30a	9	0	4m.	Abundante Dolorosa.	No	No	Como 6½ m de Emb.	Blanda	No	No
Nº. 34 1953	58.315	27ac	1	1	3m.	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	No
Nº. 35 1953	114.177	37a	?	?	3m.	Moderada Dolorosa.	No	No	Como 3 m. de Emb.	Blanda	No	No
Nº. 36 1953	115.381	19a	0	1	3m.	Moderada Dolorosa.	No	No	Como 3 m. de Emb.	?	No	No

HIDATIDIFORME (Cuadro Número 3).

Infec.	T. A.	E. Gral. Anemia	R. X. Pelvis	R. X. Tórax	Reacción Biológica.	Tratamiento Médico	Tratamiento Quirúrgico.	Examen Histopat.	Evoluc. Control	Mortalidad Autopsias.
No	$\frac{110}{70}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Legrado Digital.	Mola Hidatidiforme.	Buena no cont.	-----
No	$\frac{110}{65}$	Bueno H. 12.1 3.800 GR.	No	No	No	Pituitrina Antibiótic.	No se hizo	Mola Hidatidiforme.	Buena no cont.	-----
Febril T: 38.5°	$\frac{160}{90}$ E. Mal.	Malo H. 7.1 2.240 GR.	Negativ. P. Fetal.	No	No	Antibiótic. Plasma 500	Curetaje Uterino.	Mola Hidatidiforme.	Buena no cont.	-----
No	$\frac{120}{60}$	Bueno	Negat. P. Fetal.	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Curetaje Uterino.	No se hizo.	Buena no cont.	-----
No	$\frac{120}{70}$	Regular H. 10gr. 3.4GR.	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	No se hizo.	Buena no cont.	-----
No	$\frac{110}{60}$	Bueno H. 12.8 4.5. GR	Negativ P. Fetal.	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Deg. Hidrop. Vellosidad coriales.	Buena no cont.	-----
Febril T: 38.5	$\frac{90}{40}$	Regul.	Negativ. p. Fetal.	Negat. Metast.	No	Antibiótic. Sangre 300	Histerectomía Abd. Tot.	No se hicieron Vell. Coriales.	Buena no cont.	-----
No	$\frac{80}{50}$	Malo	No	No	No	Antibiótic. Sangre 400	Legrado Digital.	No se hizo.	Mala.	Murió por hemorragia. No autopsia.
No	$\frac{100}{60}$	Malo H. 6.6 2.460 G.	Negat. P. Fetal	No	No	Antibiótic. Sangre 600	Histerectomía total.	No se hizo.	Buena 1 cont. a los 3 m.	-----
No	$\frac{100}{60}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic. Sangre 500	Curetaje Uterino.	Deg. Hidrop. Vellosidad coriales.	Buena no cont.	-----
No	$\frac{110}{70}$	Bueno H. 12.7 4.8 GR	No	No	No	Antibiótic. Sangre 500	Curetaje Uterino.	Deg. Hidrop. Vellosidad coriales.	Buena no cont.	-----
No	$\frac{90}{60}$	Regul.	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Deg. Hidrop. Vellosidad coriales.	Buena no cont.	-----

Casos	Archivo	Edad	Embarazo		Edad Emb. Act.	Hemorragia	Expulsión Vesículas	Aborto Molar	Tamaño Utero	Consisten. Utero	Quiestes. Lúteos	V
			At.	Ab.								
Nº. 37 1953	114.468	28a	0	1	4m.	Abundante no dolor.	No	Sí	Como 6 m. de Emb.	Blanda	Bilat.	
Nº. 38 1953	116.201	22a	1	0	3m	Abundante Dolorosa.	Sí	Sí	Como 4½ m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 39 1953	83.062	25a	4	0	?	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 2 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 40 1953	117.805	24a	3	0	2m.	Moderada Dolorosa.	No	No	?	?	No	
Nº. 41 1953	63.056	19a	1	1	3m.	Moderada Dolorosa.	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	1 der.	
Nº. 42 1953	62.849	24a	1	0	?	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	1 izq.	
Nº. 43 1953	54.999	36a	9	1	?	Abundante no dolor.	No	Sí	Como 5 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 44 1953	48.507	22a	1	0	?	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 4 m. de Emb.	Normal	No	
Nº. 45 1953	131.463	26a	5	0	4m.	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 6 m. de Emb.	Blanda	No	
Nº. 46 1953	75.070	35a	6	0	4m.	Moderada Dolorosa.	No	No	Como 4 m. de Emb.	Normal	No	
Nº. 47 1953	139.183	21a	2	0	3½m.	Abundante Dolorosa.	No	Sí	Como 4 m. de Emb.	?	No	

MODIFORME (Cuadro Número 4).

mit.	Infec.	T. A.	E. Gral. Anemia	R. X. Pelvis	R. X. Tórax	Reacción Biologic.	Tratamiento Médico	Tratamiento Quirúrgico.	Examen Histopat.	Evoluc. Control	Mortalidad Autopsia
No	No	$\frac{120}{60}$	Bueno	Negat. P. Fetales.	No	No	Antibiótic. Sangre 1.000	Histerectom. Subtotal.	Utero con Mola hid.	Buena no cont.	-----
No	Febril T: 38.5°	$\frac{100}{60}$	Regular	No	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Curetaje Uterino.	Mola Hida- tidiforme.	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{90}{50}$	Regular	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Mola Hida- tidiforme.	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{100}{60}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Deg. Hidro. Vellosidad. Coriales.	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{115}{60}$	Bueno H. 13g. 4.840 G.	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Deg. Hidrop Vellosidad Coriales.	Buena no cont.	-----
No	Febril T: 38.2	$\frac{120}{70}$	Malo H. 5.8 G 2.000 G	No	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Curetaje Uterino.	Mola Hida- tidiforme.	Buena 1 cont. Fr. Negar.	-----
í	Febril T: 38°	$\frac{140}{80}$	Regular	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Mola Hida- tidiforme.	Mala	Murió de hemo- rragia. No au- topsia.
No	No	$\frac{100}{70}$	Bueno H. 12.8g 4.360 G.	No	No	No	Antibiótic	Curetaje Uterino.	Mola Hida- tidiforme.	Buena no cont.	-----
f	No	$\frac{110}{60}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Legrado Digital.	Mola Hida- tidiforme.	Buena no cont.	-----
o	No	$\frac{100}{60}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic. Sangre 300	Legrado Digital.	Mola Hida- tidiforme.	Buena no cont.	-----
o	No	$\frac{110}{60}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Deg. Hidrop Vellosidad. Coriales.	Buena no cont.	-----

Casos	Archivo	Edad	Embarazo-		Ed. Emb. Act.	Hemorragia	Expulsión Vesículas	Aborto Molar	Tam. Utero	Consist. Utero	Quist. Láteo	V
			A.T.	Ab								
Nº. 1 1951	45.776	34a	3	3	3m.	Moderada Dolorosa.	no	Sí	Como 3 m. de Emb.	Normal	Bilat.	
Nº. 2 1951	643	18a	1	1 Mola hace 16m.	---	Moderada Dolorosa.	No	No	Poco Aument.	Dura	No	
Nº. 3 1952	96.119	30a	1	0	3m.	Abundante Dolorosa.	Sí	Sí	Como 3 m. de Emb.	Normal	No	
Nº. 4 1953	88.624	27a	8	2 Mola hace 9m.	---	Moderada no dolor.	No	No	Poco Aument.	Dura	No	
Nº. 5 1953	121.570	48a	11	1 Mola hace 1m.	---	Abundante Dolorosa.	No	Sí	?	Dura	Bilat.	

EPITELIOMAS

Ómit.	Infec.	T. A.	E. Gral. Anemia	R. X. Pelvis	R. X. Tórax	Reacción Biologic.	Tratamiento Médico	Tratamiento Quirúrgico	Examen Histopatol.	Evoluc. Cont.	Mortalidad Autopsias.
Si	No	$\frac{100}{70}$	Bueno H. 6.5 gr. 3.080 GR.	No	Negat. a Metast.	Galli y Friedman Negativas	Antibiótic. Sangre 750 RX 8000 r.	Histerectom. total.	Coriocarcino- ma. Q. Lú- teos bilat.	Buena 4 cont. Negat.	-----
No	No	$\frac{110}{60}$	Malo H. 9.6 gr. 3.550GR	No	Metast. Genera- lizada.	No	Antibiótic. Sangre 300	-----	-----	Fatal.	Autop: Corio- carcinoma ute- rino. Metásta- sis pulmón, co- razón y vagi- na. Atrofia Hepática. Clo- merulonefritis.
No	No	$\frac{115}{80}$	Bueno	No	No	No	Antibiótic.	Curetaje Uterino.	Coriocarcino- ma.	Buena no cont.	-----
No	No	$\frac{60}{30}$	Malo H. 8.7 gr. 2.220 GR.	No	Metast. Genera- lizada.	No	Antibiótic. Sangre 800	Histerectomía tot. Salpingoo- varec hilate- ral.	Coriocarci- noma	Fatal	Autop: Metás- tasis de co- rio en pul- món y vagina Degener. gra- sosa del hí- gado, cirro- sis. Deg. Ami- loide, riñón y Páncreas.
No	No	$\frac{100}{60}$	Malo H. 8.2 gr. 2.990 GR.	No	Negat. Metást.	No	Antibiótic. Sangre 800	Histerectomía abd. total.	Coriocarci- noma de po- ca malign.	Buena no cont.	-----

ANALISIS DE LOS CUADROS ANTERIORES

Molas Hidatidiformes

Del 1º de Enero de 1950 al 31 de Diciembre de 1953, llegaron a Maternidad General: 31.708 pacientes embarazadas, entre las cuales hubo 47 molas hidatidiformes, o sea: 1 mola por cada 675 embarazos; equivalente al 148x100.000.

Análisis por edades, en décadas, de las molas halladas:

Menores de 20 años: 14 casos o sea el 29,8% de los casos
 de 20 a 30 años: 18 casos o sea el 38,3% de los casos
 de 30 a 40 años: 1 caso o sea el 2,1% de los casos

En este cuadro, vemos que la edad más frecuente, en nuestro estudio, es entre los 20 y 30 años, talvez porque en nuestro medio, y en todas partes, es la edad donde hay más embarazos; después le siguen las edades de 30 a 40 años y las menores de 20. Entre las mayores de 40 años solo hubo un caso, debido probablemente a que después de los 40 años disminuye la fertilidad en la mujer y es menor el número de embarazos. Los porcentajes señalados son en relación con el número de los casos en total y no con el número de embarazos por cada edad, en el estudio.

Veamos ahora la relación entre el número de embarazos anteriores y el número de molas encontradas:

Nº. de Emb. Ant.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	?
Nº. Casos mola:	6	14	4	3	2	3	3	2	1	2	2	1	4

Se nota que el número es más frecuente entre las pacientes primigestas y sobre todo las que han tenido embarazo anterior solamente; entre estas dos clases de pacientes, se reúnen 20 casos y entre las que han tenido de 2 a 9 embarazos anteriores, otros veinte casos, quedando 7 para el resto. En nuestros casos ha salido algo diferente a la literatura estudiada, puesto que en otras partes es más frecuente en la gran múltipara.

Miremos ahora el número de molas en relación con los abortos:

Número de abortos anteriores	0	1	2	3	?
Número de molas encontradas	36	6	1	0	4

Se nota la gran preponderancia de molas en las pa-

cientes que no han tenido abortos anteriores, o sea, que el primer aborto que han padecido es el de una mola. Posiblemente en nuestro medio, según los datos de este estudio, la mola es una causa frecuente de aborto; y también de primer aborto.

En cuanto a la edad del embarazo por el cual consultaron, al notar síntomas anormales, tenemos los siguientes datos en edades mensuales ya cumplidas:

Edad en meses	1	2	3	4	5	6	?
Número de casos	0	4	19	18	0	0	6

Se vé que las edades del embarazo más frecuente para la mola hidatidiforme son los 3º y 4º meses de embarazo, y en nuestros casos no se hallaron de 1, 5 y 6 meses. Este dato está de acuerdo con la literatura.

Ahora analizaremos el síntoma hemorragia, que es el más frecuente, puesto que estuvo presente en todos los casos estudiados y fué el principal motivo de consulta; en este síntoma se hallaron variedades en la cantidad de sangre expulsada y también si había dolor o no juntamente:

Hemorragia abundante dolorosa	20 casos
Hemorragia abundante no dolorosa	5 casos
Hemorragia moderada dolorosa	21 casos
Hemorragia moderada no dolorosa	1 caso.

Vemos que predominó en 25 sobre 22 casos la hemorragia abundante, y en cuanto al síntoma dolor como acompañante, se halló en 41 casos sobre los 47 estudiados. El síntoma expulsión de vesículas se halló en 13 casos, sobre 47, o sea en el 27,6% de ellos.

Ahora veamos la relación entre la cantidad de sangre y la expulsión de vesículas.

Hemorragia abundante con vesículas	8 casos
Hemorragia moderada con vesículas	5 casos,

O sea, que predomina la expulsión de vesículas, en los casos de hemorragia abundante.

El aborto molar se verificó en 29 casos, o sea en el 61,7% de ellos. Creo que esta cifra fué más alta que la de expulsión de vesículas, a causa de que el aborto se verificó mucho tiempo, en algunos casos, después de haber ingresado la paciente.

Analizando el síntoma abortomolar, en relación con la cantidad de sangre perdida, tenemos:

Hemorragia abundante con aborto 19 casos
Hemorragia moderada con aborto 10 casos

Se vé que el aborto molar, así como la expulsión de vesículas, es más frecuente en los casos de hemorragia abundante.

Estudiando el tamaño del útero, en relación a la edad del embarazo actual, se halló:

	<u>Tamaño en relación</u>
Menor que la edad	0 casos
Igual que la edad	12 casos
Mayor que la edad	28 casos
Sin datos	7 casos

Vemos que en la mayoría de casos, 28 sobre 12, el útero está más grande en relación a la edad del embarazo por el cual consultaron, dando el dato en porcentaje, lo tenemos en el 70% de los casos estudiados.

La consistencia del útero fué hallada así:

Normal	7 casos
Blando	34 casos
Duro	1 caso
Sin datos	5 casos

De manera que se halló el útero, de consistencia más blanda que lo normal en 34 casos, o sea en el 81% de ellos.

Quistes luteínicos se hallaron en la siguiente manera:

Bilaterales	4 casos
A la derecha	2 casos
A la izquierda	3 casos
No quistes	38 casos

De manera que de nuestros 47 casos, sólo 9 tuvieron quistes luteínicos (19,1%). Esto puede haber sido a causa de examen defectuoso de la paciente o dificultad de palparlos, o falta de quistes, en regular proporción en nuestro medio.

En cuanto al número de pacientes infectadas, dato tomado en relación con la temperatura más alta que lo nor

mal; a causa de no haberse hecho en ninguna, cultivo de productos intrauterinos, tenemos:

Febriles	12	casos
No febriles	35	casos

De manera que 12 casos de los 47 tuvieron fiebre, o sea el 25,5% de ellos.

Hiperemesis: Se hallaron francos antecedentes de vómitos del embarazo, intensos, en 16 de nuestras pacientes, o sea en un 34% de ellas.

Analizando la tensión arterial de nuestras pacientes y sus antecedentes de toxemias, encontramos que de estas últimas se hallaron solo 3 casos. Los datos de tensión arterial fueron los siguientes:

T.A. mayor que	140/90	3	casos
T.A. entre	100/60 y 140/90	38	casos
T.A. menor que	100/60	6	casos

En la mayoría de los casos, la T.A. no se alteró.

El estado general de nuestras pacientes, clínicamente fué encontrado así:

Bueno	26	casos	en el	55,3%	de ellos
Regular	15	casos	en el	31,9%	de ellos
Malo	6	casos	en el	12,8%	de ellos

Se hizo hemograma en 19 de nuestras pacientes, o sea solo en un 40,4% de ellas. De estas 19 pacientes, 11 de ellas, o sea el 57,9% presentaron anemia, dato tomado en relación a cifras menores de 3,500.000 glóbulos rojos y menos de 10 gramos de hemoglobina.

Se tomaron radiografías de la pelvis-abdomen inferior, buscando partes fetales, en 15 casos, o sea solo en un 31,9%. En todas estas pacientes fué negativa la radiografía, a partes óseas fetales.

Radiografías del tórax buscando metástasis pulmonares, se tomaron 2; fueron negativas.

Se practicaron reacciones biológicas cualitativas de embarazo, solo en 5 casos, o sea solo en el 10,6%. Resultados:

Reacción positiva	4	casos
Reacción negativa	1	casos

Reacciones cuantitativas no se hicieron.

El tratamiento de nuestras pacientes fué médico y quirúrgico en unas y sólo médico en otras:

Médico y quirúrgico	43 casos	el 91,5% de ellos
Médico solamente	4 casos	el 8,5% de ellos

El tratamiento médico consistió en pituitrina, sangre y antibióticos:

Se puso pituitrina	en 4 casos	el 6,5% de ellos
Se puso sangre	en 26 casos	el 55,3% de ellos
Se puso penicilina	en 47 casos	el 100% de ellos

El tratamiento quirúrgico consistió en las intervenciones siguientes, hechas en los 43 casos operados:

Legrado digital	18 casos	el 41,8%
Curetaje uterino	22 casos	el 51,2%
Histerectomía	3 casos	el 7,0%

Hay que tomar en cuenta que los 18 casos de legrado digital y los 22 de curetaje uterino, antes de ser intervenidos se les inyectó pituitrina o ergotrato, para hacer el músculo uterino más resistente a las manipulaciones.

Se mandó hacer examen histopatológico de las muestras expulsadas o quirúrgicas de 40 pacientes, o sea del 85,1%. De estos exámenes, solo 1 fué negativo a mola hidatidiforme, y era un caso de aborto molar, que no lo mandaron, sino a una muestra de raspado. Los otros 39 casos fueron positivos microscópicamente a mola hidatidiforme.

La evolución inmediata fué buena en 45 de los 47 casos, o sea en el 95,7% de ellos.

De todas estas pacientes, solo 2 de ellas fueron controladas a los 3 y 2 meses respectivamente y solo a una se le hizo una reacción de Friedman en la orina, que resultó negativa. De las demás no se volvió a saber, ni regresaron, o sea que hubo control solo en un 4,3% de ellas.

En cuanto a mortalidad en nuestros casos de mola, fueron 2 las que fallecieron y ambas a causa de hemorragia abundante que no se pudo tratar, asociada a la falta de sangre suficiente, puesto que a una no se le puso sangre y a otra solo le pusieron 400 gramos.

El índice de mortalidad es de un 4,3% en nuestra serie.
No se hizo autopsia en ninguno de los dos casos.

CORIOEPITELIOMAS

En nuestras 31.708 embarazadas estudiadas, se hallaron 5 corioepiteliomas, o sea 1 en 6.342 embarazos, que equivale al 16x100.000. A grosso modo, con la proporción de las molas, se puede decir que hallamos 1 corio, por 9 molas.

A causa de ser solo 5 casos los hallados, es difícil sacar porcentajes y valores estadísticos, pero analizaremos los puntos más importantes en ellos.

Multiparidad: De nuestros 5 casos, ninguna era primigesta; 2 habían tenido un embarazo a término y las otras 3, habían tenido 3, 8 y 11 embarazos a término respectivamente. En cuanto a abortos, una no había tenido, otra había tenido 3 y las otras tres pacientes, una mola anterior cada una.

En nuestros cinco casos, todas tenían antecedentes de mola, sea inmediata a la aparición del corioepitelioma o en sus antecedentes de hace meses. Dos de estas pacientes tuvieron corioepitelioma inmediatamente después de un aborto molar y las otras 3 pacientes habían tenido mola hidatidiforme hace 1, 9 y 16 meses respectivamente.

De nuestras 5 pacientes, clínicamente, 3 tenían mal estado general y 2 lo tenían bueno. Los hemogramas de ellas nos dieron anemia en 4 casos; una no fue examinada. Dos de las tres que tenían mal estado general, fueron las que fallecieron.

A ninguna de las 5 pacientes se le tomó radiografía de la pelvis-abdomen, porque talvez en estos casos no era necesario. Radiografía del tórax se le tomó a 4 de ellas y 2 resultaron con metástasis pulmonares generalizadas.

Reacciones biológicas de embarazo sólo se le hicieron a una paciente; estas reacciones que fueron cualitativas, resultaron negativas tanto en la orina como en el líquido espinal.

Tratamiento: A 3 de estas pacientes se les hizo histerectomía total, a una se le hizo curetaje uterino,

y a la otra solo tratamiento médico.

A las 5 pacientes se les puso antibióticos; y sangre a 4 de ellas.

Solo 1 caso fué radiado con Rayos X; se le pusieron 8.000 r.

El examen histopatológico se practicó en los 5 casos y en todos ellos el resultado fué el de Coriocarcinoma, uno de estos casos fué diagnóstico post-mortem.

La evolución fué buena en 3 casos y fatal en 2 que fallecieron; de estas 2 fallecidas, una había sido histerectomizada, la otra no fué intervenida y ambas tenían a la radiografía del tórax, metástasis pulmonares.

De las 3 que evolucionaron bien, sólo una fué controlada por 4 veces, con intervalos de 2 meses entre cada control; este fué el caso número 1, que había sido histerectomizado y radiado.

A las 2 pacientes fallecidas, se les practicó la autopsia y en ambas se hallaron metástasis de corioepitelioma a los pulmones y vagina; una tenía también al corazón. La primera tenía atrofia hepática, esplénica y ovarios escleroquísticos, además, había una glomerulonefritis; la otra tenía degeneración amiloidea del riñón, páncreas y degeneración grasosa con cirrosis del hígado. A la primera, la cual no se había intervenido, se le halló el útero conteniendo un coriocarcinoma.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mola hidatidiforme en nuestro medio hospitalario es bastante frecuente, pues se halló una en 675 embarazos, cifra que es más alta que la dada por algunos hospitales norteamericanos, pero inferior a la frecuencia en las Filipinas.

En cuanto a la edad de aparición y multiparidad, los datos son semejantes en todas partes, pues es más frecuente en la época más fértil de la vida de la mujer y también es común en las múltiparas; pero hay que hacer notar que en nuestro estudio, las pacientes que nunca habían tenido abortos anteriores y las que solo habían tenido un parto anterior fueron las más numerosas en dar una mola, o sea que su primer aborto fué de un embarazo molar y es muy frecuente en las primíparas.

Los datos de hemorragia, expulsión de vesículas y aborto molar son semejantes también a los de otras partes.

El tamaño del útero fué en el 70% de los casos más grande que la edad del embarazo que presentaban y se halló de consistencia blanda en un 81%.

Los quistes luteínicos en nuestro estudio, sólo se hallaron en un 19,1%.

La infección en nuestras pacientes y la hiperemesis no nos dieron índices altos.

La tensión arterial entre 100/60 y 140/90 fué la más frecuente y sólo 3 casos tuvieron más de 140/90; esto, unido a los pocos antecedentes de toxemia, nos hace ver la poca frecuencia de las toxemias e hipertensión en nuestros casos de mola.

El estado general de las pacientes fué bueno en un 55,3%, pero a las que les tomaron hemograma, la mayoría resultó con anemia.

Las radiografías tomadas del tórax y abdomen, fueron negativas a metástasis y a partes fetales.

Sólo se hicieron 5 reacciones biológicas cualitativas y 4 de estas resultaron positivas. No se hicieron reacciones biológicas cuantitativas en ningún caso.

Se hizo tratamiento quirúrgico sólo en el 91,5% de

los casos; en otras partes se hace en todos ellos.

De los casos mandados al examen histopatológico, só lo uno fué negativo a mola hidatidiforme.

Evolución buena la tuvieron el 95,7% de las pacientes, pero control sólo se hizo en el 4,3%, dato este úl timo bajísimo, pues se debía haber hecho control en todos los casos.

Sólo 2 pacientes fallecieron, ambas por hemorragia mal tratada; y a ninguna se le hizo autopsia.

El corioepitelioma, como en todas partes, no es frecuente y en nuestro estudio encontramos 1 en 6.342 emba razos. Hay que hacer notar que la proporción entre los casos de mola y los de corio, fué de 9 x 1, cifra esta bastante alta.

El corioepitelioma es más frecuente en las múltiparas, y todas estas pacientes tuvieron antecedente inmediato o lejano de una mola, antes de presentar el corioepitelioma. No hubo corios después de partos ni de abortos simples, en nuestra serie.

Las pacientes tenían mal estado general y dos de és tas fallecieron.

Se les tomó radiografía del tórax y dos tuvieron me tástasis generalizadas en ambos pulmones; ambas fallecieron.

Sólo en un caso se hicieron reacciones biológicas - cualitativas que fueron negativas en la orina y en el líquido céfalo raquídeo.

Tratamiento quirúrgico radical (Histerectomía), sólo se hizo en 3 casos, una fué raspada y a la otra no se le intervino. Una de estas pacientes, que fué histerectomizada, se le pusieron Rayos X, en dosis de 8.000 r., después de operada.

El examen histopatológico de los 5 casos, fué de un coriocarcinoma; uno fué diagnosticado post-morten.

Dos fallecieron y tres tuvieron buena evolución, pe ro sólo una fué controlada después.

Las dos pacientes fallecidas, fueron autopsiadas, y se encontraron metástasis en los pulmones, corazón y ve

gina, y lesiones hepáticas y renales. A la paciente que no fué intervenida, se le encontró el útero que contenía un corioepitelioma.

De todo lo anteriormente expuesto, se puede recomendar lo siguiente:

En cualquier caso de aborto, pensar que éste puede ser una mola hidatidiforme, a causa de su frecuencia relativamente alta, en nuestro medio.

Recordar que las molas son más frecuentes en los meses tercero y cuarto de embarazo.

Los síntomas de hemorragia dolorosa, útero más grande que la edad del embarazo y más blando que lo normal, son los más frecuentes en las molas.

Si se tiene la suerte de ver expulsión de vesículas o aborto molar, el diagnóstico es fácil, pero no es frecuente tener estos datos al momento del ingreso.

Todo caso de aborto del tipo que sea y todo producto expulsado espontáneamente o por medios quirúrgicos, debe ser mandado al examen histopatológico.

Tratar de que en nuestro medio se puedan hacer reacciones biológicas del embarazo, cualitativas y cuantitativas, pues estos nos ayudan enormemente.

Se recomienda que en ningún caso de mola se haga tratamiento médico solamente; éste debe ser médico-quirúrgico, y según el caso se hará legrado digital, curetaje uterino, histerotomía o histerectomía.

Tratar de tener siempre suficiente sangre, para usarla en caso necesario, porque actualmente hay deficiencia.

Toda paciente debe ser controlada, por lo menos cada dos meses, durante 1 ó 2 años, y repetir las reacciones biológicas, hasta que se hagan negativas; también se harán reacciones en caso de metrorragias.

Pensar que de cada 9 molas, 1 se puede transformar en 1 corioepitelioma.

Toda paciente con sospecha de estos padecimientos, debe tener una radiografía del tórax, buscando metástasis pulmonares.

Toda paciente fallecida, debe ser autopsiada.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Nicholson J. Eastman Obstetricia de Williams,
Segunda Edición.
- 2) Emil Novak Patología Ginecológica y
Obstétrica. Segunda Edición.
- 3) Alfred C. Beck Práctica de Obstetricia,
Cuarta Edición.
- 4) James Ewing Oncología (Tumores).,
Cuarta Edición.
- 5) Greenhill De Lee Principios y Práctica de
Obstetricia. Décima Edición.
- 6) John A. Kolmer Métodos de Laboratorio
Clínico Tercera Edición.
- 7) Statistical Study of 177 cases of Hydatidiform
Mole Admitted to the Philippine General Hospi-
tal. From April 6, to December 31, 1950 Acos-
ta-Sison.

Obstetrical and Gynecological Survey 1952-7-629.
- 8) Experiences with Hydatidiform Mole and Chorione-
pithelioma. Nuckols and Fine.

American Journal of Obstetrics and Gynecology,
1953-65-990.