

Mola Invasora con Metástasis Pulmonares

Dr. Osear Raudales (*) Dr.

Roberto Eibuschitz (**)

Ocasionalmente aparecen informes de casos de metástasis pulmonares en pacientes que tienen molas invasoras (3-4). Las características extraordinarias del tejido trofoblástico han llamado mucho la atención; Hertig (1) lacónicamente describe los aspectos más sorprendentes de la conducta de este tejido: "el trofoblasto aún en sus formas- más benignas muestra en un grado acentuado los atributos de invasión, respuesta endotelial, permeación intravascular y transporte de tal epitelio a los pulmones. No es sorprendente, por lo tanto, que la mola hidatiforme pueda en ocasiones realizar todo el potencial clínico de la malignidad trofoblástica, porque la mola, de todas las formas de embarazo, es la que permanece más cerca del estado del desarrollo de la placenta en que el trofoblasto posee más plenamente los criterios de malignidad, ordinariamente sólo presentes en el cáncer. El trofoblasto podría servir como instrumento excelente para estudiar los problemas de invasión y metástasis. Por qué el trofoblasto del huevo de siete días invade rápida y progresivamente, mientras que el mismo tejido ya más maduro solamente avanza un milímetro o dos en el miometrio? ¿Por qué puede ser transportado el trofoblasto a los pulmones pero solamente el del coriocarcinoma e& capaz de crecimiento sostenido?"

La mola invasora no es un tumor maligno a pesar de ser capaz de invadir y dar metástasis y de que su trofoblasto es morfológicamente muy parecido al del coriocarcinoma. La razón para no clasificar como maligno a este proceso &e funda en que las metástasis y las lesiones ulteriores desaparecen espontáneamente o después de la extirpación del útero: incluso existe una teoría que considera que la mola es una malformación (5).

El diagnóstico de la mola invasora (5) (Corioadenoma Destruens de Ewing) es difícil clínicamente. Es posible generalmente hasta demostrar la presencia de vellosidades coriales hidrópicas infiltrando estructuras vecinas, fuera de su localización normal (en intersticios o en los vasos sanguíneos). A continuación se presenta un caso que ilustra la versatilidad del trofoblasto.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 27 años, originaria de Puerto Cortés. Vista en consulta privada (Dr. Eibuschitz) el 2 de junio 1966. Acusaba hemorragia vaginal de poca intensidad y por algún tiempo náuseas y vómitos. Al examen físico se encontró útero muy blando, no se palpaban partes fetales, cuello cerrado y fibroso; el fondo uterino a la altura del ombligo, como un embarazo de 6 meses lunares. Se sospechó mola hidatidiforme. El mismo día ingresó a la sala de maternidad del Hospital Leonardo Martínez, donde

(*) Patólogo del Hospital Leonardo Martínez V.

(**) Jefe del Servicio de Maternidad del Hospital Leonardo Martínez V.

continuó con hemorragia. ANTECEDENTES: Menarca a los 18 años, 2 embarazos, 1 parto, un hijo. Fecha última regla: 28 Enero, 1966. EVOLUCIÓN: El 2-VI-66 Hgb 6.7 gms/100 cc: 43%. GR 2.100.000 mni³, GB 5.300 mm³, N 44%, L 56% El 3 de junio 1966 Rx (8742): masa de densidad de tejido blando, de 20x20 caí.» proyectada en el abdomen inferior, línea media. No hay evidencia de partes fetales. Conclusión: El hallazgo es compatible con mola liidatidiforme. En la misma fecha se le practicó transfusión sanguínea. Radiografía de tórax se informa como negativa. El 10 de junio 1966 previa inducción con Pitocin, Synticinon y liranol, se practicó histerotomía, se "limpió" bien el útero que no presentó ninguna anomalía. El contenido estaba formado por tejido molar que se estudió microscópicamente. El 17 de junio se le dio de alta.

El 12 de julio reingresa porque ha presentado hemorragia abundante por 3 días; el útero estaba agrandado, cuello entreabierto. Se sospechó la posibilidad de Coriocarcinoma. Se le practicó legrado y el examen histológico informó: Múltiples fragmentos grisáceos negruzcos, con aspecto de coágulos sanguíneos que en conjunto miden unos 20 cc. No se observan vesículas, pero el material es muy abundante. Los cortes histológicos están constituidos por decidua, no se encuentra tejido trofoblástico. La decidua presenta infiltrado inflamatorio crónico focal; las células suelen contener vacuolas; en las glándulas parece observarse el fenómeno de Arias-Stella. Tanto el tejido trofoblástico como quistes ováricos luteínicos pueden ser responsables de la presencia de decidua. Se recomienda hacer un test de embarazo para descartar la presencia de tejido trofoblástico. Diagnóstico: DECIDUA. ENBOMETRITIS CRÓNICA (18-7-66). Revisión posterior demostró que sí había trofoblasto atípico. El 20 de julio Gravindex positivo. El 21 de julio se le da el alta con la recomendación de regresar en 3 semanas para un test de Gravindex Cuantitativo. El 24 de julio reingresa con abundante hemorragia y el médico interno le aplicó un taponamiento. Administró pintas de sangre. PA 70/50 al ingreso. Se le practicó laparotomía sospechando corioepitelioma. Al abrir el abdomen se encontró sangre en la cavidad peritoneal (una pinta), se buscó el sitio de la hemorragia y no se encontró, a pesar de haber explorado hígado, estómago, etc. El útero se encontró aumentado de tamaño, ambos ovarios quísticos; en la pared anterior del útero se encontró un tumorcito del tamaño de un guisante, morado, que al tocarlo con los instrumentos sangraba. Se practicó extirpación total del útero y anexos, dejando drenaje subperitoneal por la vagina. El estudio anatómico comprendía útero y anexos. El útero medía 9x6 cm. En el cuerpo uterino se encontraba un nódulo de 18 mm., rojizo que hacía prominencia en la cavidad endometrial hemorrágico y penetraba en el miometrio en una extensión de 10 mm. En la serosa se encontraba un nódulo hemorrágico de 5 mm. del cual provenía la hemorragia intraperitoneal. Ambos ovarios eran quísticos y al seccionarlos dejaban escapar líquido citrino. Los cortes histológicos del nódulo encontrado en la cavidad uterina mostraban 2 vellosidades en el espesor del miometrio vecino; un vaso sanguíneo de gran calibre se encontraba ocupado por trofoblasto (Fig. 1). Hacia la luz uterina había abundante trofoblasto atípico pero aún con aspecto organoide (Fig. 2, 3 y 4). En el nódulo subseroso se observaba trofoblasto pero no se demostraban vellosidades. Los ovarios mostraban quistes tapizados por células luteínicas. Se hizo diagnóstico de coriocarcinoma destruente y quistes luteínicos bilaterales. El 17 de julio, una radiografía de pulmones (Fig. 5) reveló densidades pulmonares de límites precisos, de pequeño tamaño en vértice izquierdo, tercio medio del campo pulmonar del mismo lado y alta sugerencia de las mismas

en el tercio medio y superior **del** campo superior derecho. Los hallazgos sugerían metástasis pulmonares (Dr. Barahona Coello). El 25 de agosto Gravindex positivo y radiografía de pulmones en la cual los nodulos aunque aparentes habian disminuido notablemente de tamaño (Fig. 6). El 29 de septiembre Gravindex negativo, radiografía de pulmones negativa. SI 31 de octubre radiografía de pulmones negativa (Fig. 7). El 8 de noviembre Gravindex negativo. La paciente fue vista por última vez en diciembre, asintomática.

COMENTARIOS

A pesar de que no hay prueba histológica de que los nodulos encontrados en las radiografías de pulmones son efectivamente metástasis de una mola, hay datos de otra naturaleza que son suficientemente demostrativos: (A) Los nodulos aparecieron después de haber vaciado el útero, cuando era lógico esperarlo. (B) Las pruebas de embarazo se negativizaron al desaparecer estos nodulos. (C) Se encontró tejido trofoblástico ectópico en el espesor del miometrio y en localización subserosa. (D) El aspecto microscópico mostró trofoblasto atípico, incluso con cierto grado de anaplasia.

Se evitó el uso de agentes quimioterápicos (Metotrexato) para estar seguros de una involución espontánea, hasta cierto punto, a pesar de que algunos autores recomiendan su uso en el coriodenoma (6),

La patología del trofoblasto es un tema importante en nuestro medio porque de acuerdo con autores asiáticos (2), la mala alimentación y la pobreza son factores etiológicos importantes, tanto que creen que la mola podría llegar a desaparecer al resolver este problema mundial, aunque quizás sea demasiado optimista pensar así. Algunos hechos de observación corriente pueden explicarnos la mayor concentración de la patología trofoblástica en nuestro medio: (1) Gran número de pacientes gineco-obstétricas asisten al Hospital solamente cuando algo anormal sucede, esto hace que el porcentaje de procesos patológicos relacionados con el embarazo se concentre en los hospitales y altere las estadísticas en relación a la población general. (2) Las enfermedades que hacen que haya más embarazos patológicos son muy frecuentes entre nosotros: salpingitis, endometritis, abortos espontáneos o provocados, enfermedades venéreas, etc. (3) La actividad gestacional en nuestros países es muy prolongada; comienza más temprano y es más intensa, como lo demuestran en forma abrumadora las estadísticas de crecimiento de la población. En resumen más embarazos normales, más embarazos patológicos necesariamente tienen que ir asociados a una mayor patología del trofoblasto.

RESUMEN

Se informa sobre un caso de corioadenoma destruens en una paciente de 27 años de edad. Las radiografías pulmonares mostraron nodulos sugestivos de metástasis, las cuales aparecieron posteriormente al vaciamiento de útero. Catorce semanas después los nodulos pulmonares desaparecieron, al mismo tiempo que las pruebas biológicas positivas de embarazo se negativizaron.

SUMMARY

A case of a 27 years old female with a **histologic** diagnosis of Chorionadenoma destruens is reported. X-ray studies of lungs showed nodules interpreted as metastases, which appeared after the uterine cavity was curetted. Three and a half months later these "pulmonary nodules" disappeared at the same time that previously positive pregnancy tests became negative.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—HERTIG, A. T. and MANSELL, H.: Tumors of the Female Sex Organs. Part 1. Hydatiform mole and Choriocarcinoma. Atlas of Tumor Pathology AFIP 1956.
- 2.—POEN, H. T.; DJOJOPRANOTO, M.: The possible Etiologic Factor of Hydatiform mole and Choriocarcinoma. Am. J. Obst. & Gynec. 92: 510, 1965.
- 3.—SPADEMAN, L. C; TUTTLE, W. M.: Chorionadenoma Destruens, Am. J. Obst. & Gynec. 88: 549, 1964.
- 4.—KIRK, J. A.: Persistence of Abnormal Trophoblast. Am. J. Obst. & Gynec. 92: 667, 1965.
- 5.—MARTÍNEZ CÁRDENAS, S.; DE LA GARZA, S.; SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A.; URIEGAS, G.; PEÑA GARZA, R.; y JAUREGUI, R.: Tumores Córtales. Gynec. Obst. Mex. 18: 325, 1961.
- 6.—LEWIS, J.; GORE, H.; HERTIG, A. T.; GOSS, D. A.: Treatment of Trophoblastic Disease. Am. J. Obst. & Gynec. 9B: 710 1966.

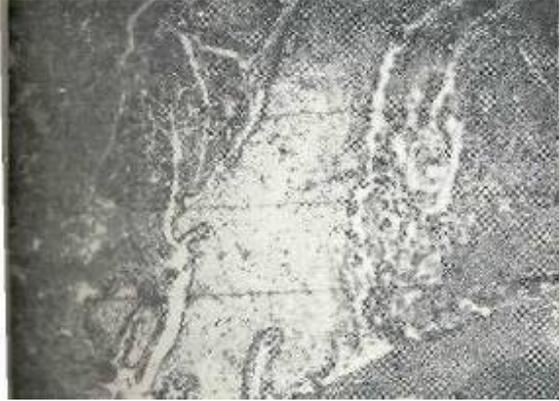


Fig. 1
Velosidades coriales dentro de vaso
sanguíneo en el miometrio.

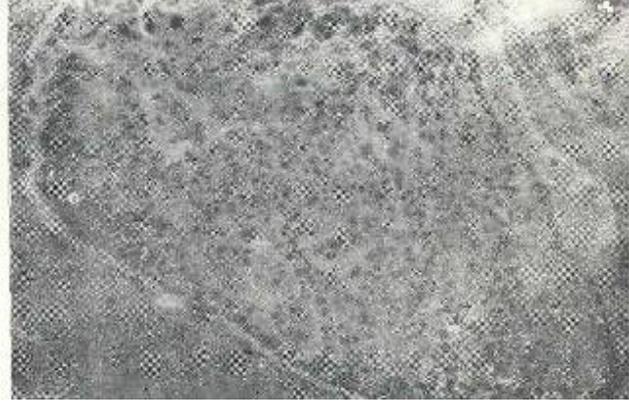


Fig. 2
Tejido trofoblástico atípico retenien-
do imagen organoide en nódulo sub-
seroso del útero.

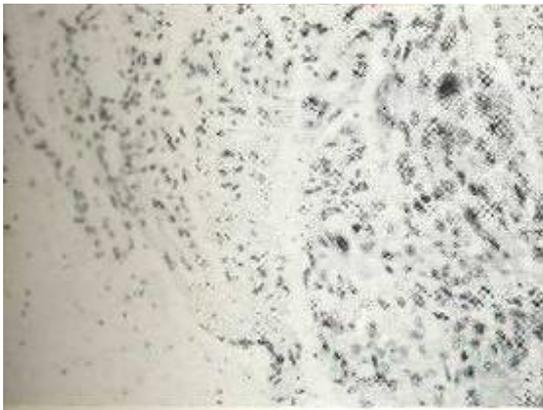


Fig. 3
Teirdo trofobiástico anaplástico en
nódulo subseroso del útero.



Fig. 4 Nódulo
subseroso: Trofoblasto atípico