

## A PROPOSITO DE CATORCE CASOS DE CORIONCARCINOMA

DR. EDUARDO VALDIVIA P. (\*) y DR. JORGE CAMPOS R. DE C. (\*)

**E**L corioncarcinoma, es una neoplasia maligna, originada en el trofoblasto de las vellosidades coriales, durante el embarazo o después del mismo. Está constituido por células del trofoblasto, con sus funciones hormonales inherentes, sin estroma, ni vasos. Tiene gran poder destructivo, histolítico, angioclástico y anticoagulante, razón por la que rápidamente hace metástasis al pulmón, cerebro, hígado, bazo y otros órganos. Casi exclusivamente se presenta en la mujer, ya que son contados los casos de teratomas de testículos con coriocarcinoma (8). En los roedores y en perros ha sido descrito (77).

### HISTORIA

G. egorini (34) fué el primero en informar sobre la ocurrencia de metástasis en los pulmones después de la expulsión de una mola hidatiforme. En 1867, R. Volkman (74) describió lo que se llamó "pólipo placentario destructivo", que probablemente era una mola maligna, la que más tarde Ewing denominó "Corion-adenoma destruens". En 1872 Netzel (10) fué el primero en descubrir un caso de corioncarcinoma; luego Maier en 1876, Chiari en 1877 y Hormeir en 1885 publicaron observaciones similares. Guttenplan en 1883 lo designó como "Sarcoma hemorrágico", reconociendo ya su carácter hemorrágico.

En 1888 Sanger (18) a raíz de dos casos poco usuales de aborto, realiza uno de los estudios más minuciosos y atribuye al corionepitelioma el origen materno. En 1894 Gottschalk es el primero en señalar al tumor como de origen fetal, para él, era un sarcoma originado en el estroma de las vellosidades. En 1895 Frankel señaló un origen epitelial que lo hizo derivar del corion y prefirió la designación de "sincicioma maligno o carcinoma sincicial" despreciando la participación de las células de Langhans en esta lesión maligna. En 1898 Marchand, después de un estudio minucioso concluyó en la naturaleza epitelial del tumor y que tenía su origen en el epitelio corial, en sus dos capas; dejó establecido que las células deciduales no participan en la neoplasia, la que es exclusivamente ovular y que las metástasis siguen la vía sanguínea; señaló que el embarazo molar predispone al desarrollo del corioncarcinoma. El término de corionepitelioma propuesto por Marchand demoró más de 10 años en ponerse en uso en Europa y en especial en los países de habla inglesa. Ciertos autores se resistieron a admitir el origen fetal del tumor, pues pensaban que de ser fetal atacaría al feto y no a la madre. Teacher, Kelly y Williams (10) estuvieron de acuerdo con Marchand y demostraron que el corioncarcinoma se origina en el ectodermo corial, que las capas de revesti-

---

(\*) Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima.

miento de las vellosidades tienen identidad histogenética y que las metástasis reproducen la estructura de los campos corioncarcinomatosos del tumor de origen.

Hubrecht (65) en 1898 definió la cubierta epitelial de las vellosidades coriales como "trofoblasto", nombre que permitió la designación de "Trofoblastoma" usado entre otros por de Snoo en 1946 y Brindau, Hinglais y Hinglais en 1952. En 1910, Ewing (65) en un intento de una correlación clínico patológica de estos tumores coriónicos acepta tres grandes grupos de lesiones: el Sincicioma, el Corionadenoma Destruens y el Corioncarcinoma. Las lesiones del primer grupo consisten principalmente en lesiones inflamatorias e invasión coriónicas más comúnmente de curso benigno. Las lesiones del segundo grupo llevan al agrandamiento del útero por crecimiento de los elementos coriales y raramente dan origen a metástasis. Las lesiones del tercer grupo, del llamado corioncarcinoma, corresponde con el típico corioneptelioma maligno de Marchand; están comúnmente asociados a un cuerpo uterino normal o ligeramente aumentado, que lleva mayor o menor proporción de elementos coriónicos. De acuerdo con Ewing dan origen a muy tempranas metástasis en diferentes zonas del cuerpo, especialmente en los pulmones y tienen un curso sin excepción letal.

Los términos de "trofoblastoma", "sarcoma coriónico" y "corioneptelioma" indican que el tumor tiene su origen en el trofoblasto o en el corion, el cual es idéntico con el epitelio corial. El sufijo "oma" señala la proliferación tumoral pero no indica malignidad, esta se expresa con la adición de las palabras "sarcoma coriónico" de Ewing. El nombre de Deciduoma sugiere un tumor que nace en los tejidos del útero, no representa su origen ni la naturaleza de la proliferación; los términos de "Carcinoma sincicial" y "sincicioma maligno" no dan una adecuada descripción de estos tumores por olvidarse de las células de Langhans, ya que ambos elementos del trofoblasto, el cito como el sincicio-trofoblasto, participan en el crecimiento. Los nombres de "sarcoma hemorrágico", "angiosarcoma", "sarcoma cavernoso", etc., señalan la característica más importante de estos tumores, que es la tendencia hemorrágica, más marcada que en cualquier otro tumor. Se han señalado (66) dos argumentos en apoyo de este punto de vista, primero, que grandes áreas, tienen un aspecto de sarcomas y en segundo lugar, todos los autores están de acuerdo, en que la diseminación se hace por la vía sanguínea, al igual que en los sarcomas.

El uso del nombre de carcinoma está basado en su origen epitelial; sin embargo, todas sus propiedades de crecimiento, indican, que ellos forman un grupo especial, que no constituyen ni típicos sarcomas ni típicos carcinomas. Vienen de células del producto de la fecundación y no de células maternas. Es muy probable que ellas tengan su origen de células del óvulo fertilizado en su estado pre-velloso, las cuales se han diseminado por la sangre materna donde ellas circulan sin peligro. En algunas pocas circunstancias las células diseminadas pueden permanecer latentes por un largo período, consecuente-

mente formando un potencial peligroso para el huésped, ya que estas células en cualquier momento pueden iniciar su proliferación maligna.

#### MATERIAL Y METODOS

De un total de algo más de 45,000 pacientes que han acudido a la consulta en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas durante los 6 últimos años, (1952-1957), hemos visto 14 casos de corioncarinoma. Estos casos han sido seguidos clínicamente desde su llegada y durante su evolución ulterior. Todos tienen estudios histopatológicos, hormonales, radiográficos y la mayoría necropsia. Hay un caso de sobrevivida de más de tres años, que por su evolución y tratamiento constituye motivo de una presentación por separado. Aunque nuestro Hospital constituye a una institución especializada, no todos los casos han sido referidos, sino solamente el 30 %; el resto han sido descubiertos en pacientes que vinieron por primera vez al Instituto.

*Patología.*—El tumor puede asentarse a nivel del área de placentación o fuera de ella. En el primer caso, el más frecuente, es un corioncarinoma ortotópico; y en el segundo, cuando toma nacimiento en otra zona, fuera del área de placentación, ya que un complejo trofoblástico ganó por vía sanguínea otro órgano o zona alejada (vagina, pulmón, etc.), es un corioncarinoma ectópico (17).

Al examen macroscópico se aprecia una masa tumoral rojo-oscura, violácea, francamente hemorrágica, cuyo tamaño varía desde 5 mms. hasta 10, 15 o más cms. de diámetro. La localización uterina, ortotópica, puede tener diferentes aspectos:

- 1) Nodular, que es como un nódulo enclavado en el espesor del miometrio, el que lo limita, dando la apariencia que le forma una cápsula de límites netos; puede no tener contacto aparente con la cavidad uterina.
- 2) Poliposa, que es una masa vegetante exofítica de superficie irregular, generalmente con coágulos en su superficie y que llena la cavidad uterina. La implantación puede ser pediculada o sesil.
- 3) Difusa o infiltrante, en que la tumoración endofítica, penetra la pared uterina, tanto en el fondo como en las caras anterior y posterior. Se aprecian nódulos múltiples, irregulares, muchos confluentes. A veces la superficie uterina es perforada por la tumoración vegetante o irregular.
- 4) La formación plana o ulcerosa; el tumor es una membrana neoplásica de consistencia medular, de extensión variable de aspecto de una ulceración cancerosa, poco profunda, irregular, y con penetración periférica que van al miometrio.

*Microscopía.*—No existe un criterio universal para el diagnóstico histológico de esta neoplasia. Muchos autores son de la opinión de que cuando se encuentran vellosidades bien conservadas, se debería excluir el diagnóstico

de corioncarcinoma. Esto no es compartido por otros ya que hay oportunidades de casos fatales en los que estuvieron presentes en el mismo corte, vellosidades coriales y masas de trofoblastos anaplásicos. Siegles (64) cree que las características cualitativas o los cambios atípicos de las células y especialmente, de sus núcleos, constituyen, la guía más importante para apreciar las potencialidades de malignidad.

Para Novak, la figura característica del corioncarcinoma, está dada por la presencia de grandes masas de células trofoblásticas de ambos tipos, pero en proporción variable, a menudo con mitosis y otras manifestaciones anaplásicas, las que son más fácilmente demostrables en las célu'as de Langhans, que en las del sincicio, la necrosis, la hemorragia y la casi invariable ausencia de vellosidades. Esta imagen es enteramente diferente de la de un Corioma benigno. Novak insiste, en que la presencia de vellosidades bien formadas, casi excluye el diagnóstico de corioncarcinoma; no importa que exista una buena proporción de crecimiento exuberante de epitelio trofoblástico. Nunca ha visto vellosidades en un corioncarcinoma que ha demostrado su malignidad con metástasis extensas y la muerte. Por supuesto, que no duda que lo exista, pero es excepcional. Este concepto lo comparte de Robert Meyer, quien insiste en la necesidad de la ausencia de las vellosidades para hacer el diagnóstico de corioncarcinoma.

*Metástasis.*—El corioncarcinoma se comporta como un sarcoma; sus metástasis, siguen, generalmente, la vía sanguínea, siendo las venas la ruta principal. Son encontradas en la siguiente frecuencia: Pulmones 60 %, vagina 40 %, cerebro 17 %, hígado 16 %, riñones 13 % e intestinos 9 %. También se ha señalado metástasis a la piel, médula ósea, estómago, etc. El tipo de estas lesiones es generalmente un nódulo oscuro, hemorrágico, que muy a menudo se confunde con un hematoma. Pueden ser de color rojo brillante o rojo marrón, con una superficie de sección necrótica y hemorrágica.

Las metástasis post-operatorias se hacen presente hasta 6 meses después de la intervención.

#### CLINICA

*Frecuencia:* El corioncarcinoma es un tumor de rara presentación (9,51). Esto hace casi imposible para un solo ginecólogo dar un informe sobre un número apreciable de casos. La mayoría de los trabajos son de recolección y es cierto lo que afirma Novak, que existe grandes clínicas que no acusan un solo caso. Schiam no pudo ver uno solo en 22 años en el Charite Clinic de Berlín (1934). Las estadísticas varían en la frecuencia según los autores y las naciones (Cuadro I).

De acuerdo a Novak, una mola hidatiforme aparece cada 2,500 embarazos y de estas 1 a 5 % llegan a ser corioncarcinomas. Según Schumann y Voegelin, un corioncarcinoma se presenta cada 3,850 embarazos, mientras, que para Jones, se presenta uno cada 70,000 partos.

CUADRO I.—FRECUENCIA DEL CORIONCARCINOMA SEGUN DIVERSOS AUTORES Y PAISES

<i>Autor</i>	<i>Material</i>	<i>Corion- carcinoma</i>	<i>%</i>
Hinselmann .....	23,860 embarazos	1	0.004
Schumann y Voegelin .....	13,800           "	1	0.007
Smith .....	117,260 ginecópatas	55	0.04
Novak .....	48,000           "	9	0.018
Hail .....	24,318           "	2	0.008
Ruzicka .....	11,477           "	5	0.04
Ravid .....	10,301           "	2	0.019
Ahumada y Colb. ....	10,283           "	1	0.07
	16,283 Enf. int.	8	0.05
	35,140   " de consul.		0.02
Valdivia y Campos .....	45,000           "           "	11	0.02

En Asia (1) se tiene una mola hidatiforme por cada 126 embarazos, lo que probablemente es causa del alto porcentaje de corioncarcinomas de esa región, como lo ha comunicado Acosta-Sison, quien tiene un número increíble de casos de corioncarcinoma; 142 reunidos en menos de 10 años, en Manila. Es probable que nosotros tengamos un coeficiente de incidencia diferente al de Estados Unidos y otros países de Europa y quizá, más próximos a los de Asia. Posiblemente muchos factores, y en especial los nutricionales, tengan que ver en la frecuencia de las Molas. Nosotros hemos visto 14 casos en 6 años.

*Edad.*—La edad en que se encuentra este tumor varía entre los 14 (Durburg, 1946) y los 79 años (señalada por Limburg en 1952), pero la edad más frecuente es la de la actividad sexual, de los 15 a los 45 años. Según Willis la edad oscila entre los 25 a 45 años, en forma preferencial. Ha sido señalado el caso de un disgerminoma de ovario con corioneptelioma en una niña de 13 años (53). La edad promedio fué calculada por Teacher en 33 años, por Von Szathmay en 34 y por Ahumada en 32; Smalbraak (67), tiene su serie coincidente con lo hallado por Treacher (1903), Chevalier (1954), Hunter y Doc Kerty (1955): 32 años, la paciente más joven tenía 16 años y la mayor 48 años. En nuestros casos la relación ha sido la siguiente: la más joven es de 24 y la de mayor edad 49 años; la edad promedio es de 33 años.

Es importante señalar que entre mayor edad tenga la mujer gestante, mayores son sus posibilidades de desarrollar corioncarcinoma, como puede apreciarse en el Cuadro II.

CUADRO II.—EDAD DE LAS ENFERMAS CON CORIONCARCINOMA

<i>Autor</i>	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	Más de 50 años	<i>Total</i>
Bloch .....	15	20	14	—	49
Haberlin .....	19	22	18	2	61
Kehrer .....	19	18	9	—	46
Ahumada y Colab. .	5	7	3	—	15
Valdivia y Campos .	5	3	3	—	11

Obsérvese que no obstante ser la tercera década de vida en la que ocurren la mayoría de gestaciones, el corioncarcinoma es relativamente más frecuente en la cuarta y sobre todo en la quinta década.

*Antecedentes obstétricos.*—La mayoría de los corioncarcinomas se presentan en mujeres que han tenido gestación, sea un embarazo normal, ectópico o molar. Se ha señalado la coincidencia de embarazo normal y corioncarcinoma, lo mismo que embarazo molar y corioncarcinoma.

La mola hidatiforme es el antecedente más frecuente, llega a casi al 50 % en los corioncarcinomas; en nuestra serie llega al 65 % de frecuencia en la degeneración corioncarcinomatosa de las molas varía de 1 hasta 16 % según diferentes autores; Novak, Ahumada, Fischman, Suerfeld, Pestalozza y Eindley (9). Lo frecuente es que el corioncarcinoma se manifieste, después de un período de latencia, variable, en relación con un embarazo normal o patológico.

El corioncarcinoma coexistente con un embarazo y con un parto de feto normal, es excepcional. Hay informados alrededor de 10 casos. La complicación más común, en estas circunstancias es la hemorragia vaginal causada por implantes retrógrados. Así informan en sus casos Walthard (75), Fikentscher (29) y Mac Rae (49); la hemoptisis en el caso de Cordua (20), y el hemoperitoneo en el de Crisp (21), que describe 1 caso de corioncarcinoma en la trompa de Falopio o embarazo uterino normal y feto vivo. Resnick (61) informa sobre un caso de corioncarcinoma en el seno, complicando a un embarazo normal. Otros casos similares de corioncarcinoma y embarazo han sido descritos por Horlacher, Jacob, Marchand y Terada (citados por Crisp); Douglas y Otts (25). Un hecho curioso y posible que lo señala Acosta Sison (3) es de que si el trofoblasto de un óvulo recién implantado puede desarrollar en un corioneplitelioma. El caso que presente así parece comprobarlo.

La múltipara es más susceptible a las degeneraciones coriomatosas que la primípara. En nuestros 14 casos, 11 han tenido más de 2 hijos (Cuadro III).

CUADRO III.—ANTECEDENTES DE EMBARAZO EN EL CORIONCARCINOMA

<i>Autor</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Embarazos molares</i>	<i>Aborto</i>	<i>Embarazo ortotópico</i>	<i>Embarazo ectópico</i>
Acosta-Sison . . . . .	103	48	30	25	—
Ahumada . . . . .	15	7	6	2	—
Briquel . . . . .	217	90	73	49	5
Dilworth . . . . .	11	3	3	3	2
Findley . . . . .	47	47	—	—	—
Ford . . . . .	50	50	—	—	—
Heuck y Hanser . . . . .	100	45	25	24	6
Hitschmann . . . . .	79	48	31	—	—
Landinskt . . . . .	93	39	32	22	—
Mathieu . . . . .	100	55	35	10	—
Pery . . . . .	45	45	—	—	—
Polloson y Violet . . . . .	449	203	135	99	12
Siegler . . . . .	11	8	2	1	—
Teacher . . . . .	134	73	39	22	—
Wilson . . . . .	100	40	38	22	—
Wood . . . . .	13	4	9	—	—
Zweifel . . . . .	80	80	—	—	—
Valdivia y Campos . . . . .	14	7	4	—	—

**Sintomatología.**—Varía de acuerdo a la localización de la lesión primaria, al estadio de evolución, a la presencia de complicaciones y a la extensión de la neoplasia. El corioncarcinoma uterino ortotópico o endocavitario es el más frecuente (90 %). La hemorragia a repetición es el signo más corriente. Entre nosotros el porcentaje ha sido en el 100 % de los casos y se mantuvo en mayor o menor proporción. Generalmente es abundante, continua o intermitente, sin dolor y rebelde al tratamiento, lo que ocasiona marcada anemia y evidente mal estado general.

El flujo sanioso es un signo de los estados avanzados y cuando hay tumoración intracavitaria. La fiebre es debida a la infección del tumor y a la tromboflebitis útero-pelviana. La fiebre es debida a la infección del tumor y a la tromboflebitis útero-pelviana. El dolor, que es menos constante, tiene relación con las contracciones miométricas para expulsar una masa intracavitaria o por una tumoración anexial con infección. Otras veces el cuadro clínico varía aún más, por las complicaciones y las metástasis, siendo la astenia, la anorexia, las náuseas, los vómitos, la subicteria, la tos, la disnea y más raramente la hemiplejía, las convulsiones, etc., los signos y síntomas que presentan. Entre las complicaciones, se tiene, la rotura uterina, y las metástasis; ellas constituyen el elemento característico en la evolución de estas neoplasias. Muchas veces son las que dan los primeros síntomas.

Lo mismo cabe decir del corioncarcinoma ectópico (46), ya de la vagina, del cuello del útero, intramural, de la trompa, del ovario, del pulmón, del cerebro, etc. (56).

CUADRO IV.—CUADRO DE SINTOMAS Y SU FRECUENCIA EN NUESTRAS PACIENTES

Dolor de cabeza . . . . .	2	Calostro . . . . .	2	Compromiso del útero . . . . .	
Náuseas . . . . .	2	Hemoptisis . . . . .	3	Metástasis pulmonar . . . . .	6
Vómitos . . . . .	2	Disnea . . . . .	2	Metástasis cerebrales y otros . . . . .	2
Anemia . . . . .	8	Ictericia . . . . .	7	Dolor abdominal . . . . .	4
Hemorragia vaginal . . . . .	11	Hipertensión . . . . .	1	Disuria . . . . .	4
Agrandamiento del útero . . . . .	5	Fiebre . . . . .	6	Otras vísceras del abdomen . . . . .	

#### DIAGNOSTICO

El diagnóstico de corioncarcinoma no puede ser hecho sobre un signo aislado, síntoma o prueba de laboratorio, sino solamente por un raciocinio que tome en cuenta los hechos clínicos, histológicos y los hallazgos endocrinos. Los ensayos hormonales cuantitativos, el estudio histopatológico de los tejidos recogidos y el estudio de los síntomas clínicos contribuyen al diagnóstico del corionepitelioma.

a) *Historia y examen clínico.*—Es casi imposible por el examen clínico hacer un diagnóstico de corioncarcinoma en su comienzo. Generalmente se trata de una mujer joven, quien después de un parto normal, un aborto, un aborto molar, tiene metrorragias rebeldes, luego puede tener flujo sero-

hemático y fiebre. En el comienzo el examen clínico es negativo, pero sí llama la atención el estado de anemia marcada, algunas veces se encuentra el cuerpo uterino ligeramente aumentado de volumen, el cuello reblandecido y ligeramente entreabierto, contribuyendo a simular el útero en subinvolución puerperal. Se aprecia engrosamiento junto al cuerpo uterino que corresponde a venas trombosadas o tumores anexiales.

Acosta-Sison, considera que el método del examen clínico es suficiente para llegar al diagnóstico de evidencia de corioncarcinoma. Ella da mucha importancia, a la historia clínica que precede, en la que se encuentra un embarazo, aborto o aborto molar. Siendo importante la hemorragia, el agrandamiento y reblandecimiento del cuerpo uterino. Establece las siglas H.H.A.R. que significan: Historia, Hemorragia, Agrandamiento y Reblandecimiento del útero. En más del 75 % de los casos el diagnóstico fué clínico, en presencia de estos hallazgos y sin necesidad de un previo curetaje biopsico o de una investigación hormonal. En el 40 % de los casos así diagnosticados, se realizó histerectomía. El curetaje fué practicado en casos de útero de tamaño normal, y las reacciones biológicas en los casos dudosos. El curetaje lo considera superfluo ya que si es positivo confirma, y si es negativo no lo excluye, ya que puede ser causa de infección, de perforación y de diseminación (2, 3, 4, 5, 68). Este método puramente clínico tiene sus ventajas de la rápida intervención. De todos modos, creemos que la certeza es dada solamente con los exámenes complementarios, antes de tomar una conducta tan radical.

b) *Exámenes de laboratorio.*—Comprende: 1) El estudio citológico o del extendido vaginal, exocervical o endocervical por el método de Papanicolaou. Tenemos escasa experiencia sobre el particular, y se han publicado pocos trabajos.

2) El estudio anátomo-patológico que se puede practicar en el material expuesto espontáneamente o en el extraído mediante un raspado digital, en el material extraído por dilatación y curetaje o el de pieza operatoria. El árbitro del diagnóstico es el procedimiento histopatológico y no el biológico (27, 53, 22, 54). Desgraciadamente este diagnóstico es difícil, incluso para los patólogos muy entendidos, y el hecho de que se realicen diagnósticos contradictorios con el mismo espécimen, se ha interpretado como falta de bases precisas para hacer el diagnóstico histopatológico, y como falta de experiencia de los patólogos consultados. Esto llevó en Estados Unidos a la creación de la Fundación Albert Mathieu del corionepitelioma, hecho que viene siendo imitado por otros países.

3) El estudio hormonal.—Dado el hecho de que el citotrofoblasto produce hormonas y en particular el sincio elabora la gonadotropina coriónica, es lógico suponerla presente y aumentada. Su producción elevada puede evidenciarse en el suero, en la orina, en el líquido céfalo raquídeo, saliva, calostro y en otros líquidos del organismo. Su eliminación se hace de preferencia por el riñón en la orina. Muchas son las pruebas biológicas utilizadas para determinar su presencia y proporción, y aunque sus interpretaciones están sujetas



a discusión, ellas prestan una ayuda invaluable. Desgraciadamente el dosaje de la hormona coriónica no es específica para el diagnóstico de corioncarcinoma, ya que se encuentra elevada en el embarazo normal, toxemia de gestación, en la mola hidatiforme, en los procesos tumorales de la glándula suprarrenal, en los tumores extragenitales y retroperitoneales. Existen varias pruebas para determinar la presencia de la hormona gonatrófica en especial en la orina y en el suero, la de Asheim y Zondek, la de Friedman, la de Galli-Mainini, la de Bermann. Son positivas en el 98 % de embarazos normales y en menor proporción en el embarazo tubario, en el aborto incompleto, siempre y cuando exista tejido placentario vivo; en el corioncarcinoma, en la mola hidatiforme, en el tumor maligno del testículo, en el corioncarcinoma del mediastino. Las opiniones sobre preferencia están repartidas, la confianza en una u otra prueba es producto de los cuidados en la técnica (76).

*Factores que ocasionan error en las pruebas:*

a) Desórdenes hormonales en el animal de prueba; b) Falla en la administración de la hormona; c) Posibilidad de que el tumor productor se encuentre encapsulado por un tejido fibroso, lo que impide que la hormona pase a la circulación; d) Degeneración o necrosis del tumor; e) Falla de la función renal, impidiendo el pasaje de la hormona a la orina.

*Hormona coriónica.*—En el embarazo normal aparece la hormona entre el 13 y el 19 días de la gravidez (Smithe-Randall y Ahumada). Alcanza su más alto nivel de excreción en el 45 y el 75 día, después del primer día de la última menstruación, pudiendo llegar a cifras de 100,000, 200,000 y 300,000 unidades ratón por 1 litro. Después del 75 día la excreción de la hormona descende manteniéndose entre entre los 5,000 a 20,000 u. r. por litro en el embarazo normal. Después del parto desaparecen las hormonas tanto del suero como de la orina y de los demás líquidos, entre la segunda y tercera semana del puerperio. Aunque los exámenes practicados por Cano (28) entre nosotros, muestran que desde el 2º día del puerperio las reacciones se hacen negativas.

En la mola hidatiforme se encuentran valores altos de gonadotrofina coriónica. Téngase presente que estos valores altos de excreción no son específicos de la mola, ya que pueden presentarse en embarazos normales, embarazos generales, o embarazos tóxicos. Se ha dicho que 300,000 U. I., es el límite de excreción normal, por encima de estas cifras es patológico. Esto no es absoluto, ya que a veces hay embarazos normales con 900,000 U. I.

*Equivalencias de las unidades:*

1 unidad ratón.....	3 U. Internacionales
1 unidad sapo .....	10 U. Internacionales (20)

Después de la expulsión de la mola hidatiforme, el estudio de excreción urinaria de gonadotrofina coriónica, permite conocer, si se ha eliminado totalmente la mola, si han quedado fragmentos o si estos evolucionan a la de-

generación maligna. Después de la expulsión de la mola, las gonadotrofinas desaparecen totalmente entre la primera y segunda semana, pero a veces, algunos casos tienen persistencia hasta los 90 días y excepcionalmente hasta los 6 meses. Algunos autores señalan la eliminación de gonadotrofinas hasta el décimo mes después de la expulsión de la mola (9).

*Rutir.a Frente a una Mola Hidatiforme.*—Como en el 63 % de los corioncarcinomas que presentamos, existe el antecedente inmediato de mola hidatiforme, creemos conveniente seguir esta conducta:

1) Después de expulsada la mola, debe hacerse un control cualitativo al mes; si resulta negativo, se hará otro control a los dos meses; si sigue negativo, se practicará nuevo control a los tres meses, así hasta el sexto mes. Si el último control es negativo, se concluye en que no hay restos ni degeneración maligna.

2) Si al mes después de la expulsión, es positivo, se practicará control al mes siguiente y si el resultado es negativo, se procede como en el caso anterior, hasta completar 6 meses de negativización. Si sigue positivo se controla cada mes, hasta el sexto, en que la persistencia de positividad hace sospechar una complicación.

3) Si el control del 1er. mes, tiene más de 30,000 U. I. se debe sospechar complicación, verificar un minucioso examen clínico y analizar orina cada 8 a 15 días. Si el título aumenta, hay complicación; si disminuye, la actitud debe ser de expectación, hasta comprobar que la excreción ha cesado por más de 6 meses.

Otros autores, consideran más seguro prolongar el control hormonal en forma cuantitativa durante 2 años por lo menos, durante el primero de los cuales se lo efectuará mensualmente y luego cada dos meses, esto siempre que las reacciones sean negativas. En caso de reacción positiva se recurre al examen cuantitativo, el que se continuará cada 15 días hasta la estabilización y luego negativización; transcurridos dos años la aparición de reacción positiva, es debida generalmente, a nuevo embarazo.

Un aspecto del diagnóstico hormonal de la mola hidatiforme, mal conocido y de cierta importancia práctica, es el que se refiere al diagnóstico biológico de la mola intramural, de discreta, sin retención intracavitaria de restos molares.

Puede plantearse diagnóstico diferencial entre mola hidatiforme intramural y corioncarcinoma intraepitelial primitivo. Ello es muy difícil; se impone el tratamiento quirúrgico.

*Corioncarcinoma.*—El diagnóstico biológico se basa en la presencia de la hormona en la sangre y en la orina. El tumor tiene grados variables en su actividad hormonal, de allí que muchos van desde casi inactividad con reacciones negativas (73) o débiles, hasta fuertemente positivas. Lo importante es en realidad la curva de eliminación que va mostrando valores crecientes. Esta curva ascendente de eliminación tiene más valor que la eliminación de grandes cantidades, episódicamente. La fase negativa en la eliminación y lue-

go la recuperación de las gonadotrofinas, es de mal pronóstico. Algunos autores han informado sobre corioncarcinomas con reacciones negativas (58, 41). Estamos de acuerdo con Payne (1941), quien sostiene que un resultado negativo de Aschleim y Zondek no debe excluir la posibilidad de este tumor.

En nuestros casos, todos han tenido reacciones positivas y las curvas de eliminación han variado sin que ellas estén estrechamente vinculadas al grado de malignidad de la neoplasia.

c) *Examen con los rayos X.*—Algunos autores han usado con fin diagnóstico la histerografía. Cordier y Snoeck (1950), Riviere y Chastrusse (1953); Ecalle y Briant 1953; Alha 1954 (69). Esto ha sido criticado. Nosotros no lo usamos y creemos que lejos de brindar utilidad entraña peligros.

En la localización pulmonar la radiografía permite apreciar la ubicación y extensión de la lesión, convirtiéndose también en un medio de pronóstico de gran valor. En cuanto a las localizaciones en otras vísceras, su determinación por este procedimiento, es prácticamente imposible. Podemos concluir, en que el examen por los rayos X, es muy útil para evidenciar las metástasis pulmonares.

#### EVOLUCION Y PRONOSTICO

La evolución varía de acuerdo a la localización del tumor, a su tendencia de desarrollo, y a la existencia de metástasis o de complicaciones. En general, el corioncarcinoma es un tumor maligno, que en la mayor parte de casos concluye con la vida del paciente en 6 a 18 meses.

Las causas de muerte son: grandes hemorragias, caquexia cancerosa, evolución de metástasis en órganos vitales, cerebro, hígado, etc., y septicemia.

La evolución hacia la cura espontánea, es señalada como una rareza, que no la hemos visto. Lo mismo que el período de latencia prolongado que a veces se señala en algunos corioncarcinomas, debe considerarse como una posibilidad poco frecuente, pero cierta.

La evolución varía también según el corioncarcinoma se desarrolle y evolucione en el curso de un embarazo molar, en un embarazo normal, ectópico, etc. Se dice que el corioncarcinoma originado en una mola hidatiforme o en restos de mola, tiene mejor pronóstico para su curación. El que desarrolla mucho tiempo después del aborto molar, tiene menor porcentaje de curaciones, y el corioncarcinoma sin antecedentes de embarazo molar, sino solamente de aborto o embarazo normal, tiene aún menor porcentaje de curación.

La mayoría de las pacientes fallecen en un tiempo más o menos corto de evolución. Algunos autores (Calatroni) señalan 6 a 8 meses de evolución. Aunque ha sido señalada la involución espontánea de este tumor y en especial cuando se ha hecho la extirpación quirúrgica del foco primitivo, nosotros lo consideramos excepcional, pues no lo hemos visto en ningún caso.

### TRATAMIENTO

Dada la evidente falta de conocimiento acerca de la etiología, patogé-  
nia, evolución y aún diagnóstico del corionepitelioma, es lógico comprender,  
que menos existía aún, un criterio definido sobre su tratamiento.

Schmauch en 1908 (62) sostuvo que las fuerzas naturales de la mujer,  
y no el bisturí del cirujano, eran las que podrían curar al corionepitelioma. Al-  
go más, la diseminación de las células coriónicas, parece ser un fenómeno ha-  
bitual durante el embarazo pero que la proliferación de estas células, es sola-  
mente posible cuando bajan o desaparecen ciertas fuerzas protectoras.

Los estudios de Frankl en 1937 (70) sugirieron que el suero de la mu-  
jer embarazada normal, contenía sustancias líticas contra el tejido coriónico;  
y que la sangre de paciente que alojaban tumoraciones de tejido coriónico  
no tenían estas sustancias. Por esta razón se han usado las transfusiones de  
sangre de mujeres embarazadas para curar el corioncarcinoma. Van Zoundijk  
en 1938 (70) Richter en 1939, las han usado y las recomiendan.

En las últimas décadas los autores han atribuido el efecto favorable  
de las transfusiones de sangre de mujer embarazada, a los cambios de su com-  
posición hormonal. Particularmente al incremento de estrógenos, los que ejer-  
cerían una acción inhibitoria sobre la actividad de los elementos trofoblásticos.

Los estrógenos sintéticos han sido usado con la esperanza de producir  
un efecto inhibitorio sobre las células trofoblásticas activas productoras de go-  
nadorofinas. Se han usado solos y en combinación, en especial con los rayos  
X y la quimioterapia. Resultados favorables han sido comunicados por Kul-  
lander (47), Hugenin-Hinglais- Hinglais (40), Hohlweg, Hahn y Braun (36),  
Flynn (30), Stearns (72), Barnes (14), Jameson (44), Herold (35), Peel-  
Dawson y Mather (57) y Bauwens (45). Se ha señalado que las dosis altas,  
hasta de 100 mgrs. diarios, tienen mejor efecto, y que la administración intra-  
muscular produce beneficios más prolongados. Perrault, Gignalon y Etienne  
1949 (59), informaron sobre el efecto beneficioso con el parahydroxipropio-  
phenone un inhibidor hipofisiario sintético, sin acción hormonal colateral. La  
paciente referida por ellos, recibió en total 120 grs. de la droga y tuvo una  
mejoría admirable. Perrault en 1950 recalca, que el efecto inhibitor del H.  
365, es superior cuando los ovarios están presentes; y que no solamente inhi-  
ben la producción de gonadotropina hipofisarias, sino que también tiene un  
efecto estimulante en la producción de Prolactina, la cual según Perrault, tie-  
ne un efecto de liquefacción sobre los elementos coriónicos. No obstante que  
hay algunos pocos casos de resultados alentadores, con esta droga, existen otros  
contradictorios. Las dosificaciones han variado de dos a tres gramos diarios por  
tiempo prolongado, de dos a cuatro y más. Aún no ha pasado de su etapa ex-  
perimental. También ha usado la Testosterona a dosis de 25 a 50 mgrs. diarios  
por un período de más de dos meses (31, 39).

Otros tratamientos han sido mixtos con Rayos X y transfusiones de  
sangre.

Son pocos los casos comunicados con esta hormona que no parece con-

tar con aspecto fisiológico claro, en el tratamiento de esta neoplasia. Duffy (26) informa sobre un caso tratado con Testosterona a grandes dosis y que sobrevive 5 años.

De acuerdo a Perrault, Vignalon y Klotz Solignal y Cathala 1951, Lafont (48) en dos casos de corioncarcinoma les dió Tiroxina, resultando la regresión del tumor uterino y disminución de las metástasis.

En los últimos años se ha llamado la atención sobre el uso de la mostaza nitrogenada en combinación con los rayos X, en los casos de metástasis pulmonar.

Belcham, Peale, y Robbins 1955 (15), informaron sobre los resultados. En uno muy satisfactorio, fué el caso precedido de una mola hidatiforme; en el segundo, no se obtuvo ningún beneficio. Fue el caso de un corioncarcinoma después de un embarazo y parto normal. Sobre este hecho han llamado la atención algunos autores, quienes dan valor y pronóstico mejor, cuando el corioncarcinoma ha sido precedido de una Mola.

Se considera que (15) la mostaza tiene un poder de potencialización o coadyuvante con el tratamiento con Rayos X. Bau en 1956 informa de un caso fatal después de parto y embarazo normal, no obstante la histerectomía y la mostaza nitrogenada.

Barnes en 1955 (13) dice que la mostaza tiene un efecto núcleo tóxico, similar al que brindan los rayos X. Es una radiación química. Barnes considera que el efecto sea mejor por la vía intra-arterial, precediendo este tratamiento a los Rayos X.

Otros han usado la Mechlorethamine (12) y el Urethano (23).

Nuestra experiencia con Thio Tepa ha sido favorable, en forma relativa, pues mejoró a una paciente, que estuvo en coma, y la colocó en condición de vida normal por año y medio (Caso N° . . .). Con todo, esta paciente terminó con metástasis muy avanzadas e incontrolables a todo tratamiento.

El fósforo radioactivo ha sido usado por Hunter y Dockerty (4) en un caso de corionepitelioma cuyo diagnóstico fué hecho por curetaje tres semanas después de un parto, y 15 meses después de un aborto molar. Se hicieron todos los tratamientos, histerectomía, radiaciones a la pelvis, transfusiones, testosterona y fósforo radioactivo, sin lograr mejorar el curso fatal de la paciente.

El método de la inmunización biológica de Schuster (71) consiste en una inmunización activa de las pacientes por medio de inyecciones de extractos derivados de tejido coriónico que se consigue por los curetajes; tampoco ha dado resultados favorables (38). Nuestra experiencia con radioterapia no ha sido favorable.

*Histerectomía.*—La histerectomía abdominal es la operación de elección, pues permite mejor exposición, ligaduras de las venas antes de pinzarlas y remoción del útero con el menor trauma, así como una mejor hemostasia; igualmente la laparatomía permite una buena exploración de la cavidad peritoneal. Phaneuf 1937 (60), propuso una panhisterectomía con remoción de los anexos, excisión de las venas y ganglios.

Dada la habitual propagación del corioncarcinoma que es por vía sanguínea y no por la linfática, resulta innecesaria, una limpieza ganglionar. Está indicado extirpar metástasis en el intestino y otros sitios, al igual que en el pulmón, cuando, como sucede excepcionalmente, las metástasis es única (Lobectomía o neumectomía) o en que se cree que es única (33, 50, 78). También se han extraído metástasis del cerebro (24, 42), del riñón (19).

Un punto importante y sobre el que hay discusión, es el de la conservación de los ovarios, ya que ellos son considerados como fuentes productoras de estrógenos, los que a su vez dan mejores condiciones de defensa, en especial contra las proliferaciones coriónicas malignas.

A menos que los ovarios no estén comprometidos por tejido neoplásico, o que la paciente se encuentre en la menopausia, ellos deben ser respetados, pues todo indica que cumplen función defensiva contra la enfermedad (Holtman y Schirmer, 1947; Brews, 1950; Perreault, 1951; Briihl, 1953; Steatns, 1953; Nuckols y Fine, 1953; Snoeck, 1955). Es posible que un estudio comparativo sobre una serie de casos en los que se ha practicado ooforectomía bilateral, con otra, en la que se ha conservado los ovarios, contribuirá a dar mayor argumento a estas preliminares observaciones.

\* \* \*

#### CASO Nº 1

A. G. S., Cl. Nº 22863, de 43 años.

*Antecedentes.*—Nacida a término. Menarquia a los 15 años. Régimen catamenial 3/28 sin molestias; R. S. a los 15 años. U. R. el 16 de febrero de 1953. Ha tenido 11 embarazos, de los cuales 10 gestaciones fueron llevadas a término, con parto y puerperio normales. Ha presentado un aborto casual y su última gestación hace 2 años.

*Enfermedad actual.*—El 26 de marzo de 1953, consulta por primera vez en el Instituto porque en el mes de febrero presentó un aborto de 2 meses de gestación, después de lo que acusa dolores en los cuadrantes inferiores del abdomen, leucorrea y decaimiento general.

*Examen clínico.*—Regular estado general y de nutrición. El examen de aparatos y sistemas es negativo.

En el examen ginecológico: genitales externos bañados por secreción de color marrón. Vagina amplia, de paredes corrugadas, tónicas, elásticas de mediana longitud. Cuello uterino cilíndrico en posición mediana, consistencia normal, superficie lisa, móvil, no doloroso. Cuerpo uterino en posición posterior de caracteres normales. Fondos de saco libres y anexos normales.

Al examen con el espéculum se ve el cuello bañado por secreción acuosa amarillenta, algo marrón, congestionado y edematoso y se ve que del canal endocervical mana esta misma secreción.

Impresión diagnóstica: Cervicitis crónica sub-agudizada. Se tomó un Papanicolaou de fondos vaginales, no encontrándose células neoplásicas.

*Evolución.*—El 11 de abril de 1953, se hace coagulación eléctrica del endocérvix, la paciente se siente mejor, asiste a dos controles posteriores y

el 25 del mismo mes pide permiso para viajar a provincias, por lo que se la cita para dentro de 3 meses. Sin embargo, no vuelve hasta el 25 de setiembre de 1956, en mal estado general, por lo que es hospitalizada de urgencia con la historia siguiente: Su enfermedad comenzó en agosto de 1955 después de un aborto molar, permaneciendo en amenorrea hasta noviembre de ese año, notando que el abdomen aumentaba de volumen y que presenta metrorragias intensas, por lo cual es llevada al "Hospital Loayza", donde se le diagnostica corioepitelioma, por lo que es operada, practicándosele histerectomía total y confirmando el diagnóstico con el estudio de la pieza operatoria. Después de la operación, recibe 14 sesiones de radioterapia profunda, permaneciendo en buen estado hasta la fecha de su ingreso (25-IX-56) en que presenta dificultad para la micción, ardor y orina de aspecto sanguinolento, pérdidas sanguíneas vaginales de regular intensidad. Presenta así mismo dolor abdominal difuso, intenso dolor en el hemitórax izq. y hombro de ese lado, tos sin expectoración.

Al examen clínico mal estado general y de nutrición, pávida. En el aparato respiratorio, se ausculta respiración ruda en ambos campos pulmonares. En el aparato cardiovascular, ruidos aumentados de frecuencia y de intensidad disminuida. Soplo sistodiastólico II en todos sus focos. P. A.: 9-5. Abdomen simétrico, presenta cicatriz mediana infraumbilical algo dolorosa a la palpación, en el hipogastrio se palpa una masa difusa de consistencia dura, no bien precisable, se palpan ganglios inguinales existiendo en el lado izquierdo, adenopatías de 1.5 cms. de diámetro.

El examen ginecológico no se pudo realizar por el mal estado de la paciente.

La impresión diagnóstica es de metástasis de corioepitelioma.

*Exámenes auxiliares.*— (26-IX-56) Hemoglobina 4.73 Hematíes 2'300,000. Leucocitos 5,300. Linfocitos 22 %. Monocitos 16 %. Eosinófilos 2 %. Abastoados 12 %, y segmentados 48 %. Hematocrito 20 %. Anisocitosis, poiquilocitosis e hipocromía. Velocidad de sedimentación 18 mms. Reacciones de Kahn y cardiolipinas: negativas. Proteínas totales 4.61; albúminas 2.46; globulinas 2.15 En el examen de orina: leucocitos y hematíes 2 cruces. Reacción de Galli Mainini el 26-IX-55 positiva. Dosaje de gonadotrofinas coriónicas el 27-IX-56 20,000 U. S/L. Una radiografía de tórax (28-IX-56) muestra la presencia de un nódulo metastásico, el que se proyecta a nivel del segundo espacio intercostal anterior derecho y múltiples imágenes micro nodulares diseminadas en ambos campos pulmonares sugestivas; pero no concluyentes, de metástasis pulmonares.

La paciente continúa en mal estado general, entrando en coma el 20 de octubre y fallece el día 21 de octubre de 1956.

En la autopsia se encuentra: Corioncarcinoma, operado, con recidiva local y metástasis pulmonar. Hígado graso. Caquexia. Derrame pleural derecho. Ulcera duodenal. Hemorragia digestiva. Ausencia, por acto quirúrgico, de útero, anexos y apéndice cecal.

### RESUMEN

Corioncarcinoma en una mujer de 43 años, que es diagnosticada 3 meses después de un aborto molar. Se le practica histerectomía y radioterapia. Fallece 10 meses más tarde con metástasis pulmonares.

\* \* \*

### CASO Nº 2

L. A. A., H. Cl. Nº 24082 de 37 años, mestiza.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 15 años de edad. Régimen catamenial 3/30. U. R. en 1951. R. S. a los 15 años de edad. 10 embarazos a término, con partos normales, 1 aborto casual de 2 meses y medio de gestación en el mes de setiembre de 1951, habiéndosele practicado curetaje. Su última gestación hace 4 años.

Ha padecido de gripes frecuentes. El 23 de mayo de 1953, fué operada en el "Hospital Loayza" con el diagnóstico de corioepitelioma, practicándosele histerectomía total.

*Enfermedad actual.*—(16-VII-53) En el mes de setiembre de 1951, tuvo un aborto de 2 y medio meses de gestación, por lo que se le practicó curetaje uterino, después presenta metrorragias continuas pero discretas hasta el mes de mayo de 1953, en que es operada en el "Hospital Loayza", practicándosele histerectomía total.

Actualmente refiere hipo, náuseas, vómitos y tos. El apetito ha disminuído; orina de caracteres normales, pero presenta ardor al momento de la micción; tenesmo rectal.

*Examen clínico.*—Mal estado general, piel y mucosas pálidas, dando la impresión de intensa anemia.

Se aprecia submacidez a la percusión, en la base del hemitórax izquierdo. Pulso de 120 al minuto, amplitud y llanura mediana. En región precordial: taquicardia, tonos cardíacos de caracteres normales. P. A.: 9.5/5. Abdomen. Simétrico, de paredes flácidas, con signos de deshidratación. (Se aprecia cicatriz operatoria mediana infraumbilical.

A la palpación superficial, se constata resistencia en el hipogastrio. En el flanco derecho, se palpa tumoración piriforme de 6 cms. de longitud, que en la parte superior parece estar en relación con el hígado, muy doloroso a la presión. En el epigastrio existe tumoración firme, poco móvil, dolorosa y posiblemente en relación con el hígado, tal vez intrahepática. El hígado se halla a 3 cms. por debajo del reborde costal dando la impresión que existe un nódulo a ese nivel. Vello pubiano escaso y mal distribuido. Vulva hipotrófica. Mucosa del introito vaginal muy pálida. Bartholino, Skene y meato uretral: libres. Vagina amplia, de mediana profundidad, de paredes flácidas. Cuello y cuerpo uretino: ausentes por acto quirúrgico. Anexo derecho palpable por la existencia del ovario de ese lado. El anexo izquierdo no se palpa.

A! espéculo: en el fondo de la vagina existe una cicatriz operatoria transversal con una formación granulomatosa. La cicatriz presenta buenas con-



diciones. Tacto rectal: parametrios libres e indoloros. Miembros: existe edema de manos y de miembros inferiores, que llega hasta la región sacra.

*Exámenes auxiliares.*—(17-VII-53) En un Papanicolaou de fondos vaginales, se encuentran células epiteliales grupo III. Hemograma: hematíes 2'240,000; leucocitos 5,200; linfocitos 23 %; monocitos 5 %; basófilos 1 %; abastionados 1 %; segmentados 70 %. Hematocrito 13 %, anisocitosis +++ Macrocitosis ++ Hipocromía +-++

*Evolución.*—La paciente permaneció sub-febril durante los 8 días que permaneció en el Hospital, con dolor en el flanco derecho epigastrio e hipocondrio derecho. Persistían las náuseas y los vómitos. El edema asciende hasta la región dorsal, falleciendo la paciente a las 6 de la tarde.

En la autopsia se hicieron los siguientes diagnósticos:

Metástasis de corioepitelioma en hígado, intestinos, bazo, riñones y pulmones.

Ausencia de genitales internos por acto quirúrgico.

Hemorragia en la luz intestinal. Ulceración de la pared del ileon. Líquido hemorrágico con coágulos intra abdominales. Edema de miembros inferiores.

La causa de muerte: Anemia por hemorragia.

#### RESUMEN

Corioncarcinoma en una mujer de 37 años, quien después de un aborto presenta metrorragias durante 18 meses. Se le practica histerectomía y se encuentra corioncarcinoma.

Fallece con metástasis generalizadas 20 meses después del aborto.

\* \* \*

#### CASO N° 3

A. C. C., H. Cl. N° 25620, de 24 años, mestiza.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 13 años de edad, régimen catamenial 3 4/30 abundantes y con ligeras molestias. R. S. a los 16 años. U. R. en mayo de 1953. 7 embarazos, de los cuales 3 han sido llevados a término y 4 abortos casuales, productos en el primer trimestre de gestación. El último aborto con mola hidatiforme. Paludismo a los 14 años; resfríos de vez en cuando.

*Enfermedad actual.*—En octubre de 1952, tuvo su último parto a término. Presenta amenorrea hasta mayo de 1953, en que su regla dura 3 días, perdiendo poca cantidad de sangre. Luego refiere que no enferma hasta agosto de ese año, presentando hemorragias intensas de sangre líquida sin coágulos ni otras formaciones, asistiendo a la Maternidad de Lima, donde se verifica la expulsión de una mola hidatiforme.

Después amenorrea hasta octubre, en que presenta nuevamente metrorragias discretas, por lo que es internada en el "Hospital Loayza", de donde es dada de alta con pequeñas pérdidas sanguíneas, asistiendo al Instituto en estas circunstancias, el 7-XII-53.

*Examen clínico.*—Paciente en regular estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas. El examen general es negativo.

Genitales externos bañados con secreción hemática. Vagina de amplitud y profundidad medianas, de paredes lisas. Fondos de saco libres. Cuello uterino en posición central, de superficie lisa, de consistencia blanda, signo de Hegar positivo. Orificio transversal, entreabierto. Cuerpo uterino aumentado discretamente de tamaño, blando y en retroversoflexión.

Espéculo: secreción hemática, cubriendo la vagina, los fondos de saco vaginales y el cuello uterino. Orificio externo en forma transversal, entreabierto, el labio anterior erosionado en un centímetro de extensión.

Tacto rectal: cuerpo uterino en retroflexión disminuido de consistencia y aumentado de tamaño. Anexos: el derecho de 5 x 4 x 4 cms. y discretamente doloroso a la presión bimanual.

Impresión clínica: Cervicitis, embarazo; corioepitelioma y quiste de ovario derecho.

*Exámenes auxiliares.*—(11-XII-53) Hemograma: Hematíes 3'900,000; leucocitos 3,800; linfocitos 36%; eosinófilos 8%; segmentados 50%. Hemoglobina 11.55 grs. Hematocrito 36%. Anisocitosis ++, poiquilocitosis +, hipocrómia +++. Velocidad de sedimentación: 40 mm. a la hora. Reacciones de Kahn y cardiolipina: negativas. Reacción de Galli Mainini: Positiva.

*Evolución.*—Asiste a controles de consultorio externo en diciembre de 1953 y enero de 1954. El 2-I-54 una radiografía de pulmones, informa: aspecto normal de ambos campos pulmonares. El 7-I-54 un control de Galli Mainini informa: positivo. La paciente no concurre a control hasta febrero de 1956, en que refiere nuevas pérdidas sanguíneas vaginales, habiendo sido su última regla en noviembre de 1955 y desde enero metrorragias hasta el 28-II-56, en que es atendida en el Instituto. En el examen ginecológico se constata: cuello uterino de aspecto normal, de consistencia blanda, orificio externo entreabierto. Cuerpo uterino en retroversoflexión moderada, aumentado de tamaño y de consistencia normal. Se le practica, en esta oportunidad, reacción de Galli Mainini, la que resulta positiva.

La enferma es atendida en el "Hospital Loayza", donde el 3 de abril le practican legrado endometrial después de un aborto. Al examen en esta oportunidad, hay aumento ligero del volumen del útero, el que se halla posterior, central, móvil, indoloro. En el anexo derecho, se aprecia tumoración esferoidal y firme de más o menos 8 cms. de diámetro con apariencia de mioma intraigamentario. El 7 de junio de 1956, la paciente es hospitalizada en el Instituto en regular estado general y de nutrición, pálida, se queja de anorexia, astenia y adelgazamiento. Al examen, mucosas pálidas. En el aparato respiratorio se aprecia murmullo vesicular rudo, subcrepitantes en el hemitórax izquierdo. El abdomen es simétrico, algo globuloso. A la palpación profunda, hay dolor en fosa ilíaca y flanco derecho. No existen infartos ganglionares.

En el examen ginecológico, los genitales externos, la región perineal y la cara interna de los muslos bañados en sangre.

Vagina amplia, corta, fondos de saco vaginales libres, paredes vaginales elásticas. Cuello uterino reblandecido, en labio anterior se halla reblandecido y aumentado de tamaño. El orificio externo es transversal. El cuerpo uterino aumentado de tamaño a 2 meses de gestación, doloroso a la palpación. Al espéculo quistes glandulares.

La impresión clínica en esta oportunidad es de corioepitelioma. El 4 de junio un control de Galli Mainini fué positivo; otro Galli Mainini el 6 de junio: positivo. Una biopsia de cuello uterino del 7 de junio fué negativa a neoplasia.

Se toma radiografía de pulmones que informa: "presencia de múltiples nódulos metastásicos en ambos campos pulmonares".

El 15-VI 56 se le practica histerectomía total y ooforosalingectomía bilateral, con apendicectomía profiláctica, a pesar de que existen metástasis en los pulmones, pero se realiza en la esperanza de que retroceda este desarrollo por extirpación del tumor original. En el postoperatorio, la paciente presenta: tos con esputo hemoptoico, dolor abdominal, dolor de garganta, adormecimiento de los miembros inferiores.

El 22-VI 56 examen de esputo, resulta negativo a células neoplásicas.

El estudio de la pieza operatoria informa: "Coriocarcinoma. Existe acentuada infiltración de la capa muscular. Ovario derecho con esclerosis. Ovario izquierdo con pequeño quiste folicular. A nivel de un vaso venoso se encontró trombosis por células neoplásicas".

El 26-VI 56 se inicia tratamiento radioterápico sobre el total de ambos campos pulmonares, llegando a recibir 1,135 r', tumor en cada lado en 10 sesiones que fueron suspendidas por el mal estado general de la paciente, que fallece el 8 de agosto.

En la autopsia se efectuaron los siguientes diagnósticos anatómicos:

Coriocarcinoma operado con metástasis pulmonares múltiples y en el hígado y cerebro; Recidiva de coriocarcinoma en la cúpula vaginal Ausencia por acto quirúrgico de útero, ambos anexos y el apéndice. Exudado hemorrágico broncopulmonar. Litiasis vesicular. Pielonefritis izquierda. Cicatriz operatoria en el hipogastrio.

#### RESUMEN

Corioncarcinoma en una mujer de 24 años, precedida por 3 años de mola hidatiforme. Se le practica histerectomía y radioterapia. Fallece y la autopsia revela metástasis generalizadas.

\* \* \*

#### CASO Nº 4

M. C. T., H. Cl. Nº 26025, de 29 años, mestiza.

*Antecedentes.*—Menarquía a los 14 años. Régimen catamenial 3/30 hasta el primer embarazo, después irregularidades en la presentación de sus

reglas. R. S. a los 24 años. U. R. el 7 de octubre de 1953. 2 embarazos, de los cuales 1 fué llevado a término y el otro terminó en un aborto molar en diciembre de 1953.

Sarampión, viruela en la infancia. Ha bajado 7 kls. de peso en el curso de la enfermedad.

*Enfermedad actual.*—(21-I-54). Refiere la paciente que en el mes de diciembre de 1953, presentó metrorragias en pequeña cantidad, por lo que en la Maternidad de Lima es operada con el diagnóstico de embarazo molar; 14 días después de esta intervención, comienza a perder líquido amarillento con caracteres de orina. Actualmente han aumentado las pérdidas de orina por sus genitales.

*Examen clínico.*—Genitales externos normales. Vagina amplia, de longitud mediana, paredes elásticas. Fondos de saco vaginales irregulares, especialmente el izquierdo, que presenta adherencias en el cuello uterino.

Cuello uterino cilíndrico, grueso, irregular, con pequeñas nodulaciones en sus bordes. El cuerpo uterino en retroversión de II<sup>o</sup> lateralizado a la derecha, ligeramente aumentado de volumen, reblandecido. Anexos: el izquierdo presenta tumoración de 5 x 4 x 4 cm. de consistencia renitente y de superficie lisa.

Espéculo: abundante líquido amarillento que invade la vagina y parece provenir de la cavidad uterina. El cuello se aprecia deformado, edematoso, de bordes irregulares, con amplias zonas erosivas de 2 cms. de diámetro, tanto en el labio anterior como en el posterior.

Tacto rectal: parametrios libres. Impresión diagnóstica: Degeneración de restos coriales. Quiste de ovario izquierdo. Hidrorrea por hiperplasia de tejido endometrial. Posibilidad de fístula vesico uterina.

*Exámenes auxiliares.*—22-I-54 Hemograma: Hematíes 3'720,000; leucocitos 7,900; linfocitos 20 %; monocitos 24 %; eosinófilos 2 %; abastionados 4 %, segmentados 50 %. Hemoglobina: 7.80 grs. %. Hematocrito: 38%. Anisocitosis e hipocromía.

Biopsia de cérvix: "cervicitis crónica con pequeñas áreas de metaplasia epidermoide". Papanicolaou en fondos de saco vaginales: "no hay células neoplásicas". Biopsia quirúrgica de endometrio: "caracteres de fase secretora, existiendo zonas sugestivas de restos coriales".

*Evolución.*—La paciente continua con pequeñas metrorragias a fines de enero el 26 de enero, reacción de Galli Mainini negativa.

Durante el mes de febrero de 1954, dolor en fosa ilíaca derecha, tipo punzada, náuseas y vómitos, haciéndose el diagnóstico de proceso anexial derecho. El 26-II 54, se le practica extirpación de quistes para-ováricos bilaterales. Curetaje uterino y apendicectomía. En hallazgos, vejiga bilobulada, quistes bilaterales para ováricos.

Una biopsia de endometrio del 17-II-54 indica congestión y edema.

La paciente es dada de alta en buenas condiciones generales el 7-III-54.

Durante los meses de marzo y abril de 1954, continúan las pérdidas de

orina por los genitales siendo vista por el urólogo, quien no llega a precisar la existencia de una fístula vésico-uterina.

El 7-VIII-54, un control de Galli Mainini fué negativo.

Los controles radiográficos de pulmones son negativos durante 1954 y una pielografía excretoria evidencia signos radiográficos de compresión extrínseca de la porción superior derecha de la vejiga y del segmento distal de uréter derecho.

La paciente asiste a control el 3 de febrero de 1955, refiriendo amenorrea de 3 meses. El cuello se halla erosionado y el anexo derecho presenta una tumoración de 4 cms. de diámetro doloroso y móvil. Una biopsia de cervix demuestra cervicitis glandular hiperplásica. Un examen de fondos vaginales indica: "no se encuentran células neoplásicas". Reacción de Galli Mainini del 7-II-55, fué negativo.

El 11-VI-55, asiste a nuevo control, refiere metrorragias desde fines de mayo. En un hemograma se encuentra, anemia discreta. La velocidad de sedimentación es de 18 mms. a la hora. En el examen de la orina hay piocitos.

La paciente deja de asistir al Instituto hasta mayo de 1956, en que refiere que ha tenido irregularidades en la presentación de su ciclo menstrual. Al examen, el útero se halla aumentado de volumen y con el antecedente de que en el mes de mayo de 1954, presentó endometritis sincicial, se hace la presunción diagnóstica de corioepitelioma. Las reacciones serológicas aparecen negativas. Dos biopsias de endometrio, resultan negativas y una reacción de Galli Mainini aparece positiva.

El 17 de abril comienza nuevamente las metrorragias. El 2 de mayo, Galli Mainini positivo: tórax radiológicamente normal y dosaje de gonadotrofinas 10,000 U x L.

Durante mayo y junio pérdidas sanguíneas esporádicas, en vista de que un nuevo control de Galli Mainini del 25 de junio es positivo, se indica hospitalización que se realiza el 3 de julio de 1956, en aparente buen estado general, pálida, lúcida y en regular estado de nutrición. El cuello uterino presenta abundantes nodulaciones que lo deforman, el cuerpo uterino aumentado de volumen. El hemograma acusa discreta anemia.

El nuevo control de gonadotrofinas acusa 20,000 unidades. El tórax es radiológicamente normal.

El 13 de julio se le practica histerectomía total, con ooforosalpingectomía bilateral, informando el estudio de la pieza: "Coriocarcinoma intramural con metástasis en el ovario izquierdo y trombos neoplásicos en el parámetro. Cervicitis crónica con metaplasia escamosa del epitelio endocervical. Endometrio hiperplásico quístico. Ovario derecho fibroso con un quiste folicular".

El 17 de julio presenta tos con expectoración hemoptoica, por lo que se efectúa radioscopia y radiografía del tórax informando la primera: "Disminución de la movilidad de ambos hemidiafragmas no abriéndose bien los senos costofrénicos". En radiografía, "discreta prominencia hilar izquierda y engrosamiento de la trama vascular de ambos campos".

El 29 de julio sale de alta, en aparente buen estado general.

El 1º de agosto de 1956, asiste a su primer control de consultorio externo, donde se le indica reacción de Galli Mainini que fué positivo.

Recibe Radioterapia. Posteriormente quimioterapia con Thiotepa, con lo que tiene una mejoría notable; fallece el 10 de marzo de 1958 con metástasis múltiples.

#### RESUMEN

Paciente de 29 años, que 2 años y medio antes presenta un aborto molar, continúa con hidro y metrorragias. Se le practica histerectomía que demuestra corioncarcinoma intramural.

Recibe Radioterapia y luego quimioterapia con Thiotepa. Mejora, Fallece con metástasis generalizadas 2 años más tarde.

\* \* \*

#### CASO Nº 5

M. B. R., H. Cl. Nº 28823. 43 años.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 12 años, Régimen catamenia 7/30. R. S. a los 17 años. U. R. el 5 de octubre de 1954; 4 embarazos, 2 abortos casuales. Última gestación hace 16 días. Sarampión, tos convulsiva. A los 11 años de edad tuvo paludismo.

*Enfermedad actual.*—(26-X-54) Hace 15 años fué operada en el "Hospital Loayza" por una tumoración en el ovario; desde entonces sus reglas son hipco-oligomenorreicas, presenta amenorreas transitorias de 3,6 y hasta 8 meses. El 5 de agosto de 1954, presentó metrorragias abundantes con expulsión de coágulos que persisten hasta el momento de la primera consulta. También refiere dolor en el hemi-abdomen inferior y adérgazamiento.

*Examen clínico.*—Paciente en buen estado general. Examen ginecológico: Dolor difuso en todo el hemi-abdomen inferior, no palpándose ninguna tumoración a ese nivel. Genitales externos bañados en sangre. Vagina amplia corta, los fondos de saco vaginales elásticos y de buen diámetro. El cuello uterino en posición central, con el orificio externo bastante dilatado, palpándose una neoformación de 3 cms. de diámetro, de superficie irregular, blanda y que sale por el canal. Cuerpo uterino aumentado de volumen, globuloso, discretamente blando, doloroso, a la presión y al movilizarlo. Anexos no se palpan. Al espéculum se aprecia formación carnosa que sale a través del cuello, de superficie irregular, de color rojo, friable, sangrante y que parece no estar adherida al cuello y que es eliminada de la cavidad. Tacto rectal: parametrio blando y elástico. Impresión clínica: Aborto incompleto.

*Exámenes auxiliares.*—En una biopsia de la neoformación que sale por el cuello uterino se encuentra restos placentarios.

*Evolución.*—El 4-XII-54, vuelve a control, refiriendo, que el 1º de noviembre se le practicó curetaje en la Maternidad después de lo cual sangra en pequeñas cantidades, presentando dolor en el hemi-abdomen inferior, fiebre y escalofríos.

Al examen en fosa ilíaca izquierda se aprecia formación aparentemente quística, muy dolorosa a la presión. En el examen ginecológico: tumoración en el tubérculo anterior de la vagina endofítico que llega hasta el borde inferior del meato urinario por fuera y por dentro, compromete toda la pared anterior de la vagina. Fondos de saco anterior y lateral derechos ocupados. El cuello uterino es cilíndrico, posterior y está entreabierto, de movilidad disminuida. El cuerpo uterino y los anexos no se pueden palpar, apreciándose tumoración que abarca toda la pennis, dura, dolorosa a la presión y al movilizarla. Al espéculum, el cuello se halla lacerado en ambas comisuras, entreabierto. Histerotomía: 8 cms.

Tacto rectal: neoformación que hace prominencia en la pared rectal anterior, la mucosa es lisa y los parametrios endurecidos. En estas circunstancias, se hace el diagnóstico de coriocarcinoma con metástasis vaginal y probable pelviperitonitis post-operatoria.

5-XII-54.—La paciente es hospitalizada. Se halla febril, pálida, sudorosa, con descensos mucosanguinolentos y dolorabilidad en el hipogastrio. Una biopsia de endometrio informa: "Coriocarcinoma". Una radiografía de tórax informa: "múltiples imágenes micro-nodulares, muchas de ellas confluentes, diseminadas en ambos campos pulmonares en relación con metástasis".

El 10 de diciembre es dada de alta, en vista de las metástasis múltiples, falleciendo la paciente en su domicilio el 20 de diciembre de 1954.

#### RESUMEN

Coriocarcinoma en una paciente de 43 años, que 3 meses antes había sufrido un aborto. Fallece al 4º mes de evolución con metástasis generalizadas.

\* \* \*

#### CASO N° 6

O. F. D., H. Cl. N° 30048, de 34 años.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 13 años, régimen catamenial 4/28 hasta 1950. R. S. a los 23 años. 3 embarazos normales y partos eutócicos. Refiere un aborto en el 2º trimestre de la gestación en el año 1951. Viruela, carampión, paludismo.

*Enfermedad actual.*—(10-II-55) Refiere que en abril de 1951, presentó aborto en el 2º trimestre de la gestación, que fué espontáneo, después de lo que le practicaron un raspado, indicándole que tenía un "tumor". En setiembre del mismo año, le practican histerectomía, seguida de aplicación de radioterapia post operatoria (20 sesiones) en el hipogastrio.

En marzo de 1954, presenta dolor en el hemitórax derecho y tos seca exigente. Posteriormente presenta esputo hemoptóico y luego hemoptosis franca, sintiéndose desde esa fecha muy decaída, a los que se agrega desde hace un mes disnea a los pequeños esfuerzos.

*Examen clínico.*—Estado general comprometido, disneica, adelgazada. El abdomen se moviliza con la respiración. Genitales internos ausentes. El hígado y el bazo se hallan dentro de límites normales.

*Exámenes auxiliares.*—11-II-55, Hemograma: hematíes: 4'000,000; leucocitos 10. 400, linfocitos 24 %, monocitos 6 %, eosinófilos 6 %, bastonados 2 %, segmentados 62 %. Hemoglobina: 12.63 grs. Hematocrito: 40 %

Papanicolaou en esputo: "Se encuentran células epiteliales neoplásicas (grupo IV)". Reacción de Galli Mainini: positiva. Gonadotrofinas coriónicas: 48.000 U. R. En una radiografía de tórax se aprecia un nódulo denso, localizado en la región apical del lóbulo superior derecho de 4.5 cms. de diámetro. Pequeñas sombras nodulares mal definidas en ambos campos pulmonares, lo que estaría en relación con el proceso metastásico.

*Evolución.*—El 11-II-55, se inicia radioterapia en ambos campos pulmonares, uno anterior y otro posterior.

La paciente es dada de alta el 26 de febrero sin disnea muy mejorada, clínicamente, ha terminado su tratamiento radioterápico. Continúa con tratamiento ambulatorio y asiste a controles de consultorio externo.

El 28-III-55 una nueva radiografía de tórax indica: "Varias imágenes densas, de bordes irregulares en relación con proceso metastásico, habiendo disminuído notablemente el tamaño de las metástasis en relación con el examen anterior. El nódulo del lóbulo superior derecho ha disminuído en un 80 %".

25-IV-55.—La paciente fallece en su domicilio con un cuadro de neumonitis.

#### RESUMEN

Corioncarcinoma en una paciente de 34 años que tuvo un aborto 5 meses más tarde histerectomía, seguida de radioterapia post-operatoria. 2 años y medio más tarde se presenta con hemoptisis y disnea. Se comprueban metástasis pulmonares. Fallece 2 meses después con metástasis generalizadas.

\* \* \*

#### CASO Nº 7

C. E. R., H. Cl. Nº 33693, de 23 años.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 15 años. Régimen catamenial 3/30. R. S. a los 17 años. Última regla marzo de 1954. 3 embarazos, 2 llevados a término. Última gestación hace 3 años. En marzo de 1954, presenta embarazo molar que terminó en aborto. Sarampión, paludismo a los 12 años.

*Enfermedad actual.*—(6-XII-55) Refiere que en noviembre de 1953, presenta amenorrea hasta enero de 1954, en que comienza a perder sangre por los genitales en forma de manchas; además cefalea, dolor en los globos oculares y región lumbar, náuseas y vómitos; teniendo medicación sintomática con el diagnóstico de embarazo. En marzo de ese mismo año, presenta dolores en el vientre, tipo retortijón y metrorragias abundantes; le practican curetaje y se diagnostica embarazo molar. Sigue un período de amenorrea hasta julio de 1955, en que presenta metrorragias practicándose otro curetaje por metrorragias de menor cuantía.

Actualmente refiere dolor discreto en los cuadrantes inferiores del ab-



dómen y descensos. Ha notado balonamiento del vientre y tumoración en el hipogastrio de crecimiento lento.

*Examen clínico.*—Paciente en buen estado general. En el abdomen se encuentra una tumoración a tres traveses de dedo por encima del pubis con caracteres de gestación. Genitales externos de aspecto normal. Vagina amplia, profunda, de paredes elásticas, cuello uterino aumentado de tamaño, lacerado, no muy duro, irregular al tacto. Fondos de saco tensos, el anterior se halla ocupado. El cuerpo uterino se halla aumentado de volumen, siendo de forma redondeada, no muy duro, dando la impresión de ser un útero gestante, es móvil. En anexos no se palpan tumoraciones. Al espéculum, el cuello uterino se halla equimótico con huevos de Naboth, presenta laceración en la comisura del labio anterior de 0.5 cms. de diámetro con abundante secreción seromucosa, discretamente sangrante.

Impresión: probable gestación uterina, embarazo molar y aborto molar incompleto.

*Exámenes auxiliares.*—Un examen de Galli Mainini, fué positivo. Papanicolaou de fondos vaginales negativo. Hematíes 3'100,000; Hb. 8.80 Hematocrito 25 %, resto de la fórmula normal. Anisocitosis e hipocromía. Un dosaje de gonadotrofinas coriónicas indica: 200,000 U. I. por litro. Proteínas 6.12; albúminas 4.20 globulinas 1.92. Bilirrubina total y disociada dentro de límites normales. La cefalina colesterol 1 + y la fosfatasa alcalina 6.90 unidades.

*Evolución.*—20-XII-55. Se hospitaliza. Continúa con metrorragias, dolor retortijón en el hipogastrio y acusa 38 a 38.5° de temperatura.

26-XII-55. Se le practica legrado endometrial con extracción de restos placentarios y fetales en necrosis e infección. La histerometría. dá 24 cms. El endometrio se halla reemplazado por restos de placenta en necrosis e infección. Existe organización. En la cara posterior, existe una masa que corresponde a probable infiltración intramural con posible degeneración maligna.

La paciente después de la intervención se halla pálida, anémica, febril, con subicteria ocular. Un nuevo control de gonadotrofinas coriónicas, indica: 2,500 U. I. por litro.

12-I-56.—Es dada de alta, para control en el consultorio.

24-I-56.—El Galli Mainini se hace positivo nuevamente por lo que se indica hospitalización, pero la paciente debe viajar con urgencia fuera de la capital. En esta oportunidad se encuentra el útero aumentado de tamaño, como de 12 semanas de gestación, por lo que se indica hospitalización, que solo se realiza el 13 de mayo.

Se aprecia buen estado general y de nutrición, refiere que desde el 19 de este mes se le han presentado metrorragias y que la tumoración en el hipogastrio ha crecido llegando a la altura del ombligo.

En el examen clínico de abdomen: tumoración en hipogastrio algo ovalado, de superficie lisa y de consistencia dura que se desplaza en el sentido horizontal y vertical. En el examen ginecológico, los genitales externos de aspecto normal. El cuello uterino cilíndrico, corto, dirigido atrás, orificio trans-

versal. Fondos de saco amplios y elásticos. Utero en anteversión aumentado de volumen y doloroso. En el hemograma se encuentra 3'660,000 hematíes, Hb. 9.56 grs. Hematocrito 30 %, anisocitosis e hipocromía. La úrea, la glucosa y las proteínas, dentro de lo normal. Una radiografía de tórax indica campos pulmonares normales. En un estudio de Papanicolaou de cuello uterino y mucosa cervical no se encuentran células neoplásicas.

23-V-56.—Histerectomía total con ooforosalingectomía del lado izquierdo, y salpingectomía derecha, apendicectomía profiláctica. En el anexo izquierdo se halló un quiste paraovárico con líquido a tensión y pediculado de 10 x 6 cms. El útero se hallaba aumentado de tamaño y el anexo derecho de apariencia normal.

El post-operatorio se realiza sin complicaciones.

El estudio de la pieza operatoria informa: "Corioepitelioma que infiltra la capa muscular del útero hasta muy cerca de la serosa. Cervicitis glandular quística con moderado grado de leucoplasia del ectocérvix y metaplasia del epitelio endocervical. Quiste seroso del paraovario izquierdo. Apéndice de caracteres normales".

1-VI-56.—Galli Mainini positivo. Papanicolaou en células del esputo: "no hay células neoplásicas". Un hemograma de control indica anemia.

22-VI-56.—Galli Mainini negativo. Radiografía de tórax, informa campos pulmonares de caracteres normales.

La enferma es dada de alta, asistiendo a controles en el consultorio externo.

#### RESUMEN

Corioncarcinoma intramural en una paciente de 23 años, con antecedentes de aborto molar. Que por padecer de metrorragias recibe 2 dilataciones y curetajes; 2 años más tarde, histerectomía que evidencia el corioncarcinoma. Tiene un año de sobrevida.

\* \* \*

#### CASO N° 8

A. P. F., H. Cl. N° 35612, de 24 años.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 12 años. Régimen catamenial 4/30. Su U. R. el 28 de febrero de 1956. Ha tenido 3 embarazos, 2 llevados a término y uno terminó en aborto de 2 meses de evolución casual. Última gestación hace 3 años. Ha sufrido de sarampión y tos convulsiva.

*Enfermedad actual.*—(13-IV-56) Presenta desde hace 8 días, tos con expectoración hemoptoica al comienzo y después hemoptisis franca. No refiere fiebre, anorexia ni adelgazamiento.

Después de esta primera consulta en el Instituto la enferma es hospitalizada en otro hospital donde presenta, aparte de los síntomas anotados, fiebre y sudoración nocturna. Desde hace un mes, nota falta de sensibilidad e impotencia funcional en los miembros inferiores. Ha presentado durante los últimos meses, descensos y pérdidas sanguíneas por los genitales. Desde

hace 15 días presenta dificultad para orinar, lográndolo hacer por rebosamiento.

**Examen clínico.**—(15-X-56) Paciente en mal estado general, sumamente adelgazada, facies asimétrica, impotencia funcional de los miembros inferiores por lo que es traída por sus familiares. En el tórax disminución de la movilidad del hemitórax derecho; a la percusión, submacidez del mismo. A la auscultación, crepitantes en ambas bases, siendo más notorio en el lado derecho. Hernia umbilical y diastasis de los rectos. En el hipogastrio existe globo vesical. Paredes abdominales tensas, dolorosas a la palpación superficial, en especial en flanco derecho a la altura del punto pélvico. Hígado, bazo y ganglios superficiales clínicamente normales. Sistema nervioso, ausencia de sensibilidad en los miembros inferiores, no hay Babinsky.

En el examen ginecológico: los genitales externos son de caracteres normales. Vagina amplia, elástica. Cuello uterino largo, de superficie lisa, móvil, de color blanquecino, orificio uterino entreabierto. Fondos de saco libres. Cuerpo uterino y parametrios normales. Anexos normales.

Se piden análisis de rutina, se efectúa cateterismo vesical, extrayéndose 500 c. c. de orina de aspecto hemático; dado el mal estado de la paciente, no se le practica citoscopia.

**Exámenes auxiliares.**—Hemoglobina 5,18 grs. Hematíes 2'550,000. Leucocitos 12,000. Linfocitos 14 %. Monocitos 6 %. Segmentados 80 %. El hematocrito 19 %. Anisocitosis, poiquilocitosis e hipocromía. Albúminas 3.19 grs. Globulinas 2.48 grs.

**Evolución.**—17-X-56.—Se pide consulta con el Departamento de Neurocirugía, donde se concluye que los trastornos neurológicos obedecen a un síndrome compresivo medular a nivel de la cola de caballo, asociado a un síndrome de polineuritis carencial.

24-X-56.—La paciente es hospitalizada en mal estado general, adelgazada, pálida, con edema palpebral, subictérica y con impotencia funcional de los miembros inferiores, edema a este nivel.

En el aparato respiratorio se encuentra submacidez del campo pulmonar derecho. Crepitantes y subcrepitantes en ambas bases pulmonares. Dolor a la palpación superficial del abdomen, en especial en el flanco derecho; la palpación profunda no se pudo realizar por resistencia de la paciente. Hay punto pélvico derecho positivo. Existe globo vesical, no se practicó el examen ginecológico por el mal estado de la paciente.

En el examen neurológico, anestesia táctil y dolorosa de ambos miembros inferiores ausencia de reflejos, hipotonía, no hay Babinsky.

Hemoglobina 4.96 grs. Hematíes 2'100,000; leucocitos 12,400; linfocitos 16 %; monocitos 6 %; bastonados 4 %; segmentados 74 %; hematocrito 17 %. Anisocitosis, poiquiteínas totales 4.57 grs. %; albúminas 2.75 g globulinas 1.82. La bilirrubina total se halla en 5.10 mgrs. %.

Reacción de Galli Mainini positiva.

29-X-56.—El Dpto. de Ginecología concluye que se trata de un caso de

corioepitelioma en estado avanzado de evolución con metástasis generalizada a pulmones, e hígado, por lo que se sugiere la estrogénoterapia a fuertes dosis, la que no puede efectuarse porque la enferma falleció al día siguiente.

En la autopsia se confirma el diagnóstico de Coriocarcinoma primitivo del útero con metástasis en pulmones, hígado, bazo, estómago, intestinos y riñones.

#### RESUMEN

Caso de corioncarcinoma, en una mujer de 24 años, quien 3 años antes tuvo un aborto. Empieza su enfermedad con tos y hemoptisis, posteriormente presenta paraplejía. Fallece a los 6 meses de evolución con metástasis generalizadas.

\* \* \*

#### CASO N° 9

A. R. S. de N., H. Cl. N° 36182, 40 años, mestiza.

*Antecedentes.*—Nacida a término. Menarquía a los 14 años. Régimen catamenial 3/30. Ha tenido 8 embarazos con 7 partos normales. Su último parto fué hace 4 años. Refiere la paciente que hace 2 años a raíz de una caída, presentó un aborto, perdiendo sangre durante 8 días, no apreciándose expulsión de coágulos ni de formaciones molares y que después de este accidente, sus reglas fueron normales hasta el mes de marzo del presente año, en que presenta metrorragias que la hacen consultar al Instituto.

*Enfermedad actual.*—(1-VI-56) Desde hace tres meses presenta metrorragias en cantidades variables, acompañadas de descensos abundantes. Adelgazamiento y malestar general.

*Examen clínico.*—Enferma en mal estado general. Palidez intensa de piel y mucosas. Edema de miembros inferiores que se extiende hasta las rodillas.

Gnatales externos hipotróficos. Vagina ocupada por una tumoración blanda, friable, que la llena en su totalidad y que parece que emerge por el canal cervical, fácilmente sangrante. Fondos de saco libres. El cuerpo uterino es pequeño y se halla en retroflexión, anexos libres. Con el espéculo se aprecia una masa tumoral que parece emerger por el canal cervical, blanda, friable y que ocupa toda la vagina. T. R. paramétrios libres.

La paciente es hospitalizada de urgencia en vista del mal estado general, efectuándose tratamiento con transfusiones de sangre, suero glucosado, cardio-analépticos y taponamiento vaginal.

*Exámenes auxiliares.*—(2-VI-56). Hematías 2'300,000. Leucocitos 10,300 Hb. 5.12 Linfocitos 16, monocitos 2, eosinófilos 4, abastionados 4, segmentados 74. Hematocrito 15%. La velocidad de sedimentación se haló en 32 mms. Reacciones serológicas negativas. La biopsia de la tumoración vaginal informa: sólo se encuentra fibrina infiltrada por leucocitos. Hay además, algunas células atípicas acerca de cuya naturaleza no podemos concluir. Sugerimos legrado endometrial.

*Evolución.*—La enferma después de su ingreso al Hospital, continúa con pérdidas sanguíneas que obligan a nuevos taponamientos vaginales y a efectuarse hasta 7 transfusiones de sangre total, con una cantidad de 2,900 cc. en 15 días, pese a lo cual las cifras de hemoglobina no se modificaron por lo que se pensó en posible sarcoma de útero.

Un estudio radiológico de tórax (11-VI-56) indica: normal prominencia de las ramas vasculares en ambos hilos y regiones hiliares, en relación con congestión pulmonar. No se observan metástasis pulmonares”.

21-VI-56.—Bruscamente presenta hemorragia genital copiosa, que obliga a tratamiento de urgencia y a decidir la operación a pesar de que la Hb. se halla en 4.09 gr.

22-VI-56.—Se practica histerectomía total, con ooforosalingectomía bilateral, encontrando el útero algo aumentado de tamaño, palpándose a nivel del cuello uterino una tumoración que ocupaba el tercio superior de la vagina, friable. Palidez intensa en todos los órganos pelvianos.

El estudio de la pieza operatoria concluye “Corio-adenoma Destruens. Endometrio hiperplásico con infiltración inflamatoria. Ovarios con múltiples quistes foliculares y presencia de un cuerpo amarillo en el ovario derecho”.

El post-operatorio de la paciente se realiza en buenas condiciones, tanto desde el punto de vista clínico como de los exámenes auxiliares. La Hb. el 25-VI-56 se halla en 8.72 grs. y los hematíes en 3'400,000. La paciente se halla asintomática, no pierde sangre.

30-VI-56.—La paciente es dada de alta, citándola para control en el consultorio externo.

14IX-56.—Reingresa en malas condiciones generales y fallece al siguiente día. En la autopsia se encontró metástasis de coriocarcinoma en cerebro, pulmones, hígado y riñones.

#### RESUMEN

Paciente de 40 años, que 2 años antes sufre un aborto. Desde hace 3 meses padece de metrorragias, se le practica histerectomía total, que confirma el corioncarcinoma.

Fallece, con metástasis generalizada.

\* \* \*

#### CASO N° 10

C. V. G., H. Cl. N° 22976, de 28 años, mestiza.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 13 años. Régimen catamenial 4/15-4/28, varían sus menstruaciones y son de regular cantidad, sin dolores. R. S. a los 21 años de edad. 1 embarazo llevado a cabo y 2 abortos.

*Enfermedad actual.*—(9-IV-53) En julio de 1952 tuvo un aborto y arrojó a través de la vagina una formación que la paciente describe idéntica a un racimo de uvas. Luego de un período de bienestar, la paciente comenzó

a presentar hemorragias, últimamente se han hecho más frecuentes, se ha adherido, en estas condiciones viene a consultarnos.

*Examen clínico.*—Examen ginecológico: cuello central, dá la impresión de presentar una consistencia más blanda que lo normal, móvil, no doloroso. Fondos de saco: libres. Cuerpo uterino: se palpa aumentado de volumen, a tres traveses de dedo por encima del pubis, de superficie unforme, anexos libres. Al examen con el espéculum: se aprecia el cuello bañado en secreción mucosa de color blanco-amarillento, discreta cantidad de sangre, orificio transversal con laceración de sus comisuras. Se aprecia zona pseudo-erosiva de unos 8 cms. de diámetro en los labios anterior y posterior.

*Exámenes auxiliares.*—La enferma es portadora de un análisis fechado el 10-II-53, que indica: Gonadotrofinas coriónicas 60.000 unidades sapo. El 21 de abril Galli Mainini negativo; un nuevo examen de Galli Mainini fué positivo.

*Evolución.*—26-VI-53.—Es hospitalizada para efectuar un curetaje endometrio biopsico.

29-IV-53.—Un nuevo examen de Galli Mainini fué positivo.

Se le dá de alta: Asiste a varios controles y en el efectuado el 4-VIII-53 se encuentra: cuello aumentado de volumen, en especial el labio posterior, reblandecido con el orificio externo entreabierto. El cuerpo está aumentado de volumen, como si correspondiese a 6 u 8 semanas de embarazo, de consistencia blanda, de superficie regular. Se piensa en una degeneración de la mola hidatiforme o en una degeneración del Sincicioma. Refiere la paciente que en julio tuvo metrorragia durante 10 días y que en el mes de mayo presentó esputos hemoptoicos. Se le toma radiografía de tórax la que muestra la presencia de múltiples nódulos metastásicos en ambos campos pulmonares. Se hospitaliza para efectuar histerectomía total.

El 12-VIII-53, se la practica histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral, encontrándose un útero muy congestionado y sangrante, de aspecto cianótico, con numerosas formaciones nodulosas, muy aumentado de tamaño en especial a nivel del cuello. A nivel del ovario izquierdo se observó un quiste de unos 4 x 4 cms. El estudio histológico de la pieza operatoria dá el siguiente resultado: "Coriocarcinoma que infiltra el cuello y el cuerpo del útero y el parametrio derecho".

25-VIII-53.—Se consulta sobre la posibilidad de un tratamiento con radiaciones para las múltiples metástasis en ambos campos pulmonares de corioepitelioma, teniendo en cuenta el buen estado general de la enferma y la ausencia de síntomas del aparato respiratorio, se inicia su tratamiento con rayos X.

11-IX-53.—Se toma una radiografía de control, la que muestra una notable disminución del número y tamaño de las metástasis pulmonares.

Se le dá de alta en buen estado, continuando con radioterapia, controlándola periódicamente.

11-I-54.—Fallece la paciente en su domicilio.

## RESUMEN

Paciente de 28 años con corioncarinoma, que tiene antecedente de aborto molar, y luego metrorragias; un año más tarde hemoptisis. Tratamiento histerectomía. Recibe radioterapia y fallece 4 meses más tarde con metástasis generalizadas.

\* \* \*

## CASO Nº 11

L. V. H., H. Cl. Nº 41769, de 49 años.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 14 años. Régimen catamenial 3/30. R. S. a los 21 años. Ha tenido 9 embarazos y un aborto causa<sup>1</sup>. Última gestación hace 6 años. Última regla: No recuerda.

Sarampión, tos convulsiva, paludismo.

*Enfermedad actual.*—(10-VI-57) Paciente que señala pérdida sanguínea de 6 meses de evolución. Hace 5 meses se le realiza un raspado endometrial, repitiéndose este examen por segunda y tercera vez, siendo el último hace dos meses, en el Hospital de Las Mercedes de Chiclayo. A pesar de haber recibido tratamiento no ha notado mejoría en ningún momento. Su estado general se ha ido comprometiendo cada día más, agregándose dolor lumbosacro con irradiación a los miembros inferiores, dolor en hemi-abdomen inferior. Ha bajado de peso notablemente; apetito disminuído.

*Examen clínico.*—Paciente en mal estado general y de nutrición. El examen de aparatos y sistemas es negativo. En el examen ginecológico se encuentra genitales externos bañados en sangre. Vagina amplia y profunda. Fondos de saco libres. Utero tamaño normal. Cuello aumentado de volumen, duro, irregular. Al examen con el espéculum: cuello con ulceración periorificial, sangrante, se aprecia salida de sangre en regular cantidad.

*Impresión diagnóstica:* Cáncer del endocérvix o endometrio. Una biopsia de cuello uterino se informó: "Cervicitis glandular hiperplásica".

*Exámenes auxiliares.*—Hemoglobina 9.32, hematíes 3'500, leucocitos 5,300. Se efectúa un legrado endometrial, obteniéndose fragmentos de tejido amarillento, algunos de color negruzco. Durante el legrado la paciente sangró cerca 600 cc. que se reponen. El estudio histológico indica: Corioepitelioma.

El Galli Mainini es positivo. La paciente es portadora de coriocarcinoma con metástasis pulmonar y posiblemente al hígado y bazo.

*Evolución.*—Se hospitaliza el 20-VI-57 para tratamiento con quimioterapia (Thiotepa).

2-VII-57.—Pierde sangre por vía vaginal y hemoptisis, apetito disminuído. Decaída, en mal estado general. Pálida. Abdomen algo doloroso. Se indica transfusión de sangre. Ha recibido 30 mgrs. de Thiotepa. El estudio hematológico informa: Hb. 9.28 gr.%. Hematíes 3'400,000, leucocitos 5,000, hematocrito 30 %.

17-VII-57.—Paciente en mal estado general. Decaída, muy pálida, algo emnubida. Falta de apetito. Recibe transfusiones de sangre y se continúa con

el Thiotepa. El resultado de control hematológico es: Hb. 6.89 gr. (%). Hematías 2'810,000. Leucocitos 6,000. Hematocrito 23 %. Aparato circulatorio: pulso filiforme de amplitud disminuida.

22-VII-57.—Hasta la fecha ha recibido 100 mgs. de Thiotepa.

25-VII-57.—En la fecha fallece la enferma. En la autopsia se diagnosticó: "Coriocarcinoma de endometrio con metástasis en pulmones, ganglios pelvianos, mesentéricos, cadena mamaria interna y cráneo. Infiltración grasa del hígado. Colelitiasis".

#### RESUMEN

Paciente de 49 años que desde hace 6 meses padece de metrorragias por lo que ha tenido varios curetajes. Presenta hemoptisis durante su hospitalización. Fallece a los 7 meses de evolución por un corioncarcinoma uterino con metástasis generales.

\* \* \*

#### CASO N° 12

F. L. R., H. C. N° 44783, 42 años.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 14 años. Catamenia 8/30. R. S. a los 22 años. Embarazos: 6 llevados a término y 2 abortos. Ultima gestación: hace 8 meses. Ultima regla: hace 8 meses. Ha sufrido de Verruga Peruana.

*Enfermedad Actual.*—La paciente es enviada del Hospital Loayza el 30-XII-57 con el diagnóstico de Corio-epitelioma; hace 18 días se le practicó una histerectomía total con conservación de ovarios por haber presentado metrorragias y dolor en el bajo vientre a consecuencia de un aborto que se produjo hace 8 meses. En la actualidad la paciente se presenta bastante adelgazada, anémica con salida de una secreción purulenta, de mal olor acompañado de dolor en el hipogastrio y fosas ilíacas.

*Examen clínico.*—Genitales externos bañados en una secreción purulenta. Vagina corta de amplitud elástica, mediana, apreciándose a nivel de la cúpula vaginal muñón con tejido amarillento necrosado; a nivel de su parte media y hacia atrás se aprecia una pequeña neoformación redondeada, que hace relieve en la luz vaginal, de más o menos 1 cm. de diámetro de donde se toma biopsia. Utero ausente por acto quirúrgico. Fondos de saco libres. No se palpan anexos. Inmediatamente por encima de la cúpula de la vagina se palpa una masa firme, difusa, sin dolor. Los dos parametrios firmes y gruesos en toda su extensión.

*Exámenes Auxiliares.*—El informe histopatológico de la pieza operatoria informó: macroscópicamente toda la cavidad endometrial tenía aspecto granuloso y estaba necrótica y esfacelada. El examen microscópico reveló que se trataba de un corioepitelioma. Infiltración leucocitaria en parametrios y en el cérvix".

Hematológico: anemia intensa e hipoproteinemia. Galli Mainini: positivo. Gonadotrofinas coriónicas: 60,500 U. I. 24 H. Radiografía de pulmones: Normal.



*Evolución.*—El 19 de febrero de 1958, se le practica una exéresis de la tumoración de muñón vaginal. Ooforosalingectomía bilateral, disección ganglionar bilateral, cistectomía y apendicectomía profiláctica, se encontraron adherencias del epiploon a la pared abdominal, una porción intestinal adherida a la tumoración del muñón vaginal que medía 6 x 4 cms. y en íntima relación con el uréter izquierdo al que lo englobaba. El resultado de la pieza operatoria fué reportado como "Coriocarcinoma con metástasis al ovario y los intestinos, ganglios hipogástricos libres de neoplasia". En el post-operatorio la paciente hace al 3º día una fístula vésico-vaginal la que tiene hasta la actualidad.

Sale de alta siguiendo un tratamiento general y sintomático. Vendrá dentro de un mes y medio para practicarle cura quirúrgica de su fístula.

#### RESUMEN

Paciente que 8 meses después de un aborto se le practica histerectomía por padecer de metrorragias. Se comprueba corioncarcinoma.

La paciente está en control desde hace 6 meses.

\* \* \*

#### CASO Nº 13

B. G. S., H. Cl. Nº 43481, de 32 años.

*Antecedentes.*—Menarquía a los 14 años. Catamenia 3/30 R. S. a los 28 años. Embarazos: 1 llevado a término. Niega abortos. Última regla: el 4 de mayo de 1957. Ha sufrido de sarampión y paludismo.

*Enfermedad actual.*—Consulta el 10-X-57, y refiere que hace 1 mes fué sometida a un curetaje debido a que presentaba pérdidas de sangre por sus genitales en regular cantidad lo que la había anemizado considerablemente; esta metrorragia aparece después de 4 meses de amenorra, y su médico tratante la refiere para que se la controle en el Instituto. El diagnóstico fué "aborto por mo'la hidatiforme".

*Examen clínico.*—Genitales externos: normales. BUS: normal. Vagina: profunda, pi'ácida. Cérvix: discretamente aumentado de volumen, central, móvil, sin dolor con discreta erosión alrededor del orificio externo. Cuerpo uterino, aumentado de volumen como para 6 semanas de gestación, posterior y ligeramente lateralizado hacia la izq. móvil, sin dolor. En el anexo derecho se pa'pa una tumoración de más o menos 7 cms. de diámetro, firme, móvil, T. R. normal.

*Evolución.*—Se efectúa biopsia endometrial con cureta de Novak, encontrándose: "Endometrio de transformación decidual, con zonas de degeneración hialina". Una biopsia del cuello informa: "Cervicitis crónica. Se encuentra zonas de metaplasia endocervical, con estroma laxo y edematoso, cuadro histológico que puede estar en relación con embarazo". Una reacción de Galli Mainini fué positiva.

Se le toma radiografía de pulmones las que son de caracteres normales.

10-I-58.—Se le practica legrado endometrial biópsico y el patólogo in-

forma endometritis, en vista de lo cual se le dá de alta para seguir controlándola en forma ambulatoria.

23-I-58.—La enferma continúa con metrorragia por lo que se hospitaliza nuevamente para practicarle histerectomía total.

Los exámenes hematológicos y de bioquímica de la sangre están dentro de los límites de la normalidad; una radiografía de pulmones es negativa. Reacción de Galli Mainini positiva.

30-I-58.—Gonadotrofinas coriónicas: 12,400 en 24 horas.

5-II-58.—Se le practica histerectomía total con oofcrosalpingectomía bilateral y apendicectomía profiláctica.

La evolución post-operatoria se hizo en buenas condiciones. El resultado del estudio histológico de la pieza operatoria es: "Mola hidatiforme con degeneración en coriocarcinoma. Metaplasia atípica del cérvix. Quistes foliculares y serosos de ambos ovarios".

13-II-58.—En la fecha se le dá de alta a la paciente en buenas condiciones. Herida operatoria en buen estado, bien afrontado. Vendrá para control ambulatorio.

#### RESUMEN

Paciente de 32 años con corioncarcinoma, tiene antecedente de aborto Molar. Se le practica histerectomía. Está en control desde hace 6 meses.

\* \* \*

#### CASO Nº 14

M. G. B., H. Cl. Nº 42999, de 28 años.

*Antecedentes.*—Menarquia a los 14 años. Catamenia: 4/30 normal. U. R.: el 1º de enero. R. S. a los 16 años. Tiene 4 hijos. Última gestación: hace 2 años y medio. Abortos: 2 casuales. Dice haber sido muy sana.

*Enfermedad actual.*—(12-IX-57). Refiere la paciente que en el mes de mayo de 1957 fué diagnosticada de embarazo molar en la Maternidad de Lima, donde le hicieron un legrado uterino quedando en perfectas condiciones hasta junio en que presenta los mismos síntomas por lo que fué nuevamente a la Maternidad donde le hicieron otro legrado. En la actualidad, hace 20 días nota una "sanguaza" de mal olor, por lo que viene a este Instituto.

*Examen ginecológico.*—Genitales externos bañados por secreción sanguinolenta. Vagina de caracteres normales. Cuello uterino entreabierto. Cuerpo uterino algo aumentado de volumen. Al espéculum se aprecia cuello uterino entreabierto, congestivo y erosionado. Al tacto rectal, parametrios de caracteres normales.

Galli Mainini: negativo. Resultado de biopsia endometrial con la cureta de Novak: "Endometritis". No se encuentran restos placentarios". Se cita a control periódico.

*Evolución.*—23-V-58.—Vuelve la enferma y refiere que ha tenido cuatro curetajes hasta el mes de marzo de 1958 negativos para mola, dos

reacciones de Galli Mainini y un dosaje de gonadotrofinas negativos. Es enviada del Hospital Obrero con el diagnóstico histológico de Corioepiteloma efectuado después de un curetaje realizado el 5 de mayo. La paciente refiere pequeñas pérdidas sanguíneas por sus genitales y dolor moderado en el hipogastrio. Al examen abdominal resulta esencialmente negativo. Al examen ginecológico: útero aumentado de volumen, correspondiendo a una gestación de unas 7 semanas. No se palpan tumoraciones anexiales.

Reacción de Galli Mainini, positiva. Hemoglobina: 12 grs. Radiografías de pulmones (10-VI-58) normales. Durante su hospitalización ha presentado tos con esputo hemoptoico sin tener relación aparente con procesos de vías respiratorias altas ha tenido pérdidas de líquido sanguinolento por vía genital. Un Papanicolaou en esputo fué negativo.

16-VI-58.—Se realiza histerectomía total con ooforosalingectomía izquierda, salpingectomía derecha y apendicectomía profiláctica. El resultado de la pieza operatoria fué: "A nivel del útero se observa una neoplasia constituida por elementos tanto del citotrofoblasto como del sinciotrofoblasto los cuales presentan marcadas atipias y un carácter invasor. La ausencia de vellosidades coriales y de estroma velloso hace que el diagnóstico se incline a favor de un coriocarcinoma". La enferma ha salido de alta en buenas condiciones generales pero continúa con el esputo hemoptoico que hace suponer con bastante base que hay metástasis pulmonares. Se tomarán nuevas placas radiográficas de pulmones y se dará quimioterapia con Thiotepa.

#### RESUMEN

Paciente de 28 años que un año antes tiene un aborto molar, por continuar con metrorragias se le practica histerectomía. Se comprueba el corioncarcinoma. Está en control habiendo transcurrido dos meses desde la operación.

#### COMENTARIO

Del análisis de nuestra casuística se desprenden algunos hechos de significación que quisiéramos relieves. La forma como se ha seguido la evolución de estos casos y el manejo de ellos no ha sido siempre tan satisfactorio como habría sido deseable; demora innecesaria para hacer el diagnóstico y demora para ejecutar las indicaciones terapéuticas explican en parte los malos resultados finales que se han obtenido. Esto es gran parte debido a la escasa cultura de nuestros pacientes, que no les permite comprender la premura de consultar cuando aparece un nuevo signo o para venir a la consulta con la frecuencia señalada por el médico. Pero, de otra parte, en algunos casos, hubo vacilación para plantear una conducta terapéutica radical y se postergó innecesariamente el tratamiento.

La mayoría de nuestras enfermas fueron múltiparas y en 64 por ciento de ellas había antecedentes de aborto molar. Las pacientes que han tenido una mola hidatiforme deben ser seguidas muy estrechamente y en forma pe-

riódica y debe educárseles para que toda hemorragia genital, hemoptisis o pérdida de peso, sea motivo de una consulta inmediata. Esta observación estrecha de estas pacientes obliga al obstetra o ginecólogo a adoptar una conducta standard en la que, al lado de la observación clínica deben realizarse pruebas biológicas, de acuerdo al método que hemos propuesto anteriormente.

En cuanto al tratamiento, si bien no existe un criterio definido, por el momento nos parece lógico y aconsejable el tratamiento quirúrgico precoz: histerectomía total con conservación de uno o ambos ovarios, por el rol defensivo que se ha señalado a la función ovárica; más aún, si se agrega la quimioterapia frente a la eventualidad de persistencia o extensión de la enfermedad, creemos que haremos lo mejor por nuestras pacientes.

La conservación de ovarios la estamos realizando desde los dos últimos casos; todos los anteriores han recibido un tratamiento más radical.

La quimioterapia con ThioTepa nos ha brindado satisfactorios resultados paliativos en una paciente que sobrevivió cerca de dos años.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Acosta-Sison, H., Am. J. Obst. and Gynec. 58: 125, 1949.
2. Acosta-Sison, H., Am. J. Obst. and Gynec. 67:634, 1954.
3. Acosta-Sison, H., Am. J. Obst. and Gynec. 69:442, 1955.
4. Acosta-Sison, H., Am. Obst. and Gynec. 70: 666, 1955.
5. Acosta-Sison, H., Am. J. Obst. and Gynec. 71: 1119, 1956.
6. Acosta-Sison, H., and Spaniola, N., Am. J. Obst. and Gynec. 42: 878, 1941.
7. Ahumada, J. C. y colaboradores, El Cáncer Ginecológico. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1953.
8. Allison, Rhoda M., A. J. Obst. and Gynec. 71: 155, 1956.
9. Anderson, H. E., Bisgard, J. D. and Greere, A. M., Arch. Surg. 68: 829, 1954.
10. Barnes, A. C., Am. J. Obst. and Gynec. 69: 519, 1955.
11. Barnes, L. W., Obst. and Gynec. 4: 227, 1954.
12. Beechman, Clayton; Peale, Augustein and Robbins, Robert. Am. J. Obst. and Gynec. 69:510, 1955.
13. Berge, B. S., Citado por Smalbraak.
14. Botella Llusá, J.; Nogales Ortiz, F.; Sopena Ibáñez, A. y Carazo, J., Gynec. y Obst. 49: 220, 1950.
15. Calatroni, C. J. y Ruiz, C. V., Terapéutica Ginecológica, 1950, Editorial El Ateneo.
16. Cardona, Pedro del., Surg. and Obst. 86: 382, 1948.
17. Cordua, R., Citado por Crisp.
18. Corrales Díaz, Juan Antonio., Corio-epitelioma Homotípico. Tesis 1941.
19. Crisp, Williams E., J. Obst. and Gynec. 71, 442, 1956.
20. Deelman, H. T., Citado por Smalbraak.
21. Di-Paola, G.; López Biell, R.; Open, M. M., Obst. y Gynec. Latino Americano 13: 368, 1955.
22. Dockerty, M. B. and Craig, W. Mc, Am. J. Obst. and Gynec. 44: 497, 1952.
23. Douglas, Gilberto F. and Otts, O. M., Am. J. Obst. and Gynec. 57: 401, 1949.
24. Duffy, Bernard A., Am. J. Obst. and Gynec. 69: 898, 1955.
25. Ewing, J., Surg. Gynec. and Obst. 10: 366, 1910.
26. Fernández Cano, Luis, Obst. y Gynec. (Lima) 2: 211, 1956.
27. Fikentscher, R., Citado por Crisp.
28. Flynn, J. H., New York, J. Med. 52: 2771, 1952.
29. Gerin-Lajoie, León., Am. J. Obst. and Gynec. 68: 392, 1954.
30. Gregorini., Citado por Smalbraak.
31. Herold, J., Gynaecología 19: 140, 1955.
32. Hohweg, W.; Hahn, H. and Braun, G., Arch. Gynak. 181: 139, 1952.
33. Holman, A. W. and Schirmer, Elisabeth H., West. J. Surg., 55: 525, 1947.
34. Holland, James F., Am. J. Obst. and Gynec. 75: 195, 1948.
35. Holtz, M. F., Bull. Fed. Soc. Gynec. and Obst. 4 bis, 415, 1952.
36. Huguenin, R.; Hinglais y Hinglais., Bull. Ass. Fr. Etude Cancer 30: 177, 1951.

37. Hunter, J. S. and Dockerty, M. B., *Obst. and Gynec.* 5: 598, 1955.
38. Jameson, C. E. and Bawens, L. M., Citados por Smaibraak.
39. Jordan, F. F., *Am. J. Obst. and Gynec.* 71: 166, 1956.
40. Kuilander, S., *Lancet* 254: 944, 1948.
41. Laffont, A.; Fulconis, H.; Perret-Eory, *Bull. Fed. Soc. Gynec. Obst.* 4: 348, 1952.
42. Mac Ræe, D. L., *Obst. and Gynec. brit. Emp.* 58: 373, 1951.
43. Maier, H. C. and Taylor, H., *Am. J. Obst. and Gynec.* 53: 674, 1947.
44. Meigs, J. V., *Progresos de Ginecología*, pág. 452, Vol. II, 1953.
45. Meyer, R., Citado por Smaibraak.
46. Mogollón Reyes, Félix., *Corio-carcinoma*. Tesis, 1956.
47. Neigus, Irwin, *Am. J. Obst. and Gynec* 69:838, 1955.
48. Novak, Emil., *Am. J. Obst. and Gynec.* 59: 1355, 1950.
49. Novak, Emil and Koff, A. K., *Am. J. Obst. and Gynec.* 20: 153, 481, 713, 1930.
50. Peel, J.; Dawson, J. and Mather, G., *J. Obst. and Gynec. and Gynec. Survey* 628, 1955.
51. Peel, J.; Dawson, J. and Mather, G., *J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.* 62: 232, 1955.
52. Perrault, M.; Vignalou, J. and Ettienne, R., *Bull. Soc. Med. Hosp. Paris* 65: 1008, 1949.
53. Phaneuf, L. E., *New England J. Med.* 217, 770, 1937.
54. Resnick, L., *J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.* 52: 180, 1945.
55. Schamauch, G., *Surg. Gynec. and Obst.* 5: 259, 1907.
56. Shettles, Lendrum B., *Am. J. Obst. and Gynec.*: 69, 898, 1955.
57. Siegler, Samuel L. and Ravid, Jacob M. and Tobin, Sidney M., *Am. J. Obst. and Gynec.* Vol. 60, 586, September 1950.
58. Smaibraak J., *Trophoblastic Growths* Elsevier Publishing Company. Amsterdam, 1957.
59. Stearns, H. C., *West J. Surg.* 61: 368, 1953.
60. Thomson, R.; Gross, S.; Strauss, R., *Am. J. Obst. and Gynec.* 61. 930, 1951.
61. Volkmann, R., Citado por Ahumada y colaboradores: "El Cáncer Ginecológico", pág. 442, Vol. II, 1952.
62. Walthard, M., Citado por Crisp.
63. Wenger, Dons S., *Am. J. Obst. and Gynec.* 61: 1395, 1951.
64. Willis, Citado por Meigs.
65. Winn, W. C., *Am. J. Obst. and Gynec.* 61: 934, 1951.
66. Roe Gómez, Carlos, *An. Fac. de Medicina*, 34: 207, 1951.