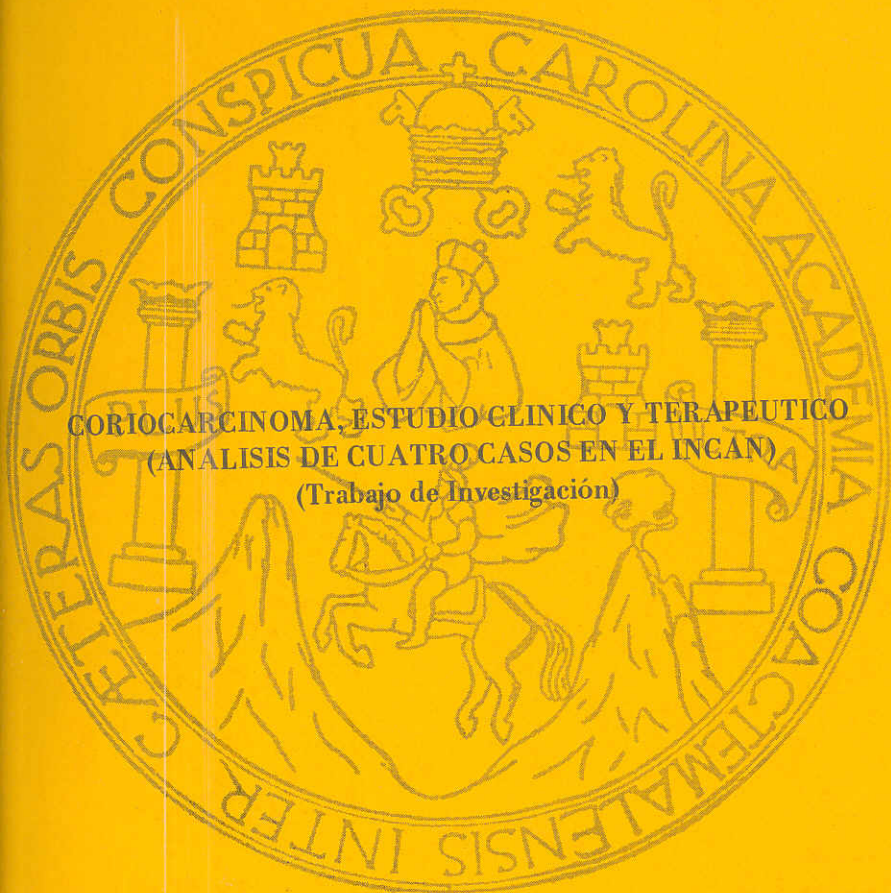


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CORIOCARCINOMA, ESTUDIO CLINICO Y TERAPEUTICO
(ANALISIS DE CUATRO CASOS EN EL INGAN)
(Trabajo de Investigación)

MARCO VINICIO CONDE CARPIO
Guatemala, mayo de 1977

PLAN DE TESIS

	Pág.
I INTRODUCCION	1
II OBJETIVOS	3
III MATERIAL Y METODOS	5
IV GENERALIDADES	7
a) Definición	7
b) Anatomía Patológica	8
c) Semiología	9
d) Diagnóstico	10
e) Tratamiento	11
V ANALISIS DE CUATRO CASOS CLINICOS	19
VI CONCLUSIONES	27
VII BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUCCION

La eficacia de la quimioterapia para curar mujeres con metástasis de Coriocarcinoma o mola hidatidiforme ha constituido un logro muy interesante en el campo de la oncología. En el período relativamente breve de doce años transcurridos desde que apareció el primer informe de un éxito de este tipo, la quimioterapia ha demostrado ser más eficaz todavía para tratar procesos trofoblásticos no metastáticos. Esto ha permitido valorar la utilidad respectiva de cirugía y quimioterapia en el tratamiento de mujeres con estas enfermedades.

La presente tesis presenta cinco pacientes tratados de Coriocarcinoma en el INSTITUTO DE CANCEROLOGIA DE GUATEMALA. Estudio que llevé a cabo de Agosto de 1974 a Agosto de 1976.

Aquí me propongo presentar un enfoque del tratamiento de estas pacientes insistiendo sobre todo en el empleo simultáneo de cirugía y quimioterapia; o sea que la cirugía se efectúa en el curso de la quimioterapia complementaria.

Como dije anteriormente, en estas pacientes se siguió el esquema terapéutico actual que se utiliza en centros especializados de enfermedades malignas. Se muestra los factores del huésped, de la clínica, del tipo de tumor, del tratamiento quirúrgico y de la quimioterapia que influyeron en el éxito del esquema terapéutico.

En base a esta experiencia, se analizan estos factores y se obtienen conclusiones importantes de considerar para el futuro entre ellas la necesidad de tratar esta malignidad en estrecha relación del Cirujano con el Oncólogo.

II.

OBJETIVOS

1. Presentar un enfoque del tratamiento de las pacientes afectadas de Coriocarcinoma, insistiendo sobre todo en el empleo simultáneo de cirugía y quimioterapia.
2. Enfatizar que la cirugía debe efectuarse, dependiendo de caso, en el curso de la quimioterapia complementaria.
3. Recaltar la importancia que tiene la quimioterapia, por su gran eficacia en el tratamiento de los procesos trofoblásticos no metastáticos.
4. Que los cirujanos especialistas que no sean ginecólogos puedan prever el diagnóstico de la enfermedad trofoblástica metastática, en lugar de ser sorprendidos por ella.
5. Que el médico general, teniendo su diagnóstico mediante la utilización de los métodos que para este existen, pueda dar un tratamiento efectivo. Siendo lo ideal la referencia a centros especializados de enfermedades malignas.
6. Recordatorio al médico general sobre la importancia de este tipo de patología en su práctica profesional.
7. Tener siempre presente que el cáncer persé es mortal, pero que tratado a tiempo es curable.

III.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo versa sobre la observación de cinco casos estudiados en los Servicios A y B de Oncología de Mujeres del INSTITUTO DE CANCEROLOGIA DE GUATEMALA. Todos con diagnóstico de CARIOCARCIONOMA.

El estudio retrospectivo comprende los meses de Agosto de 1974 a Agosto de 1974 a Agosto de 1976, viendome motivado por los que se presentaron en Junio y Julio de 1975, decidí hacer la presente investigación.

En los cuatro se efectuó un estudio clínico y de laboratorio.

Se confirmó el CORIOCARCINOMA mediante los laboratorios clínicos y patológicos y Rayos X.

Se hizo dosificaciones Seriadas de la Hormona Gonadotrofina Coriónica en dos pacientes para que, con sus respectivas curvas, observar si respondían al tratamiento con Antimetabolitos.

En la mayoría de las pacientes se hizo Cirugía.

Y la colaboración muy especial del Personal del Archivo del Instituto de Cancerología.

GENERALIDADES

A. DEFINICION:

El coriocarcinoma o corioepitelioma es un tumor maligno epitelial de células trofoblásticas que deriva de cualquier tipo de gestación, anormal o anormal, o es teratógeno.

En la mayor parte de casos se presenta en el útero, pero el embarazo ectópico y los teratomas pueden brindar origen extrauterino, incluso extragenital.

El coriocarcinoma debe diferenciarse de las formas de cáncer invasores en que no dan metástasis, llamados: Endometritis Sincitial y Coriocarcinoma destruens. El coriocarcinoma es uno de los canceres más rápidamente invasores y que produce metástasis más difundidas en el humano. Puede desarrollarse después de un parto a término, de un aborto, o de una mola hidatidiforme, aunque el embarazo anterior no siempre se descubre. Está la posibilidad de que un coriocarcinoma puede evolucionar de un embarazo inicial, sin la etapa previa de mola, aborto o embarazo.

El coriocarcinoma es poco frecuente, pues quizá no ocurra en más de un embarazo por cada 20,000 a 30,000, va precedido de las siguientes anomalías: mola hidatidiforme sola, aborto previo 25 o/o, embarazo normal aproximadamente 22 o/o, el resto de embarazos ectópicos y teratomas genitales y extragenitales.

Debe comprenderse que el coriocarcinoma teratógeno puede ocurrir en varones además, cabe calcular que alrededor de una de cada 40 molas hidatidiformes originan coriocarcinoma.

CLASIFICACION:

Las neoplasias trofoblásticas de la gestación suelen clasificarse según su histología y su localización

El diagnóstico anatomopatológico de la mola hidatidiforme se basa en las vellosidades coriónicas hinchadas, la ausencia de vasos fetales, grados variables de proliferación trofoblástica y hemorragia y necrosis intensas. Aunque estos tumores suelen considerarse benignos, pueden sufrir transformación maligna. De ordinario evolucionan como un embarazo en el cuál el feto ha muerto pronto; por lo tanto no acompañan a un embarazo a término, excepto en los raros casos de coexistencia de un embarazo molar y uno normal en una gravidéz gemelar.

El tumor trofoblástico maligno sin vellosidades, también presenta necrosis y hemorragias tisulares extensas y puede acompañar a cualquier tipo de embarazo. La cuarta parte, aproximadamente aparecen después del parto a término de un aborto temprano que no presentaba cambio molar, y el mayor número ocurre después de un embarazo molar. Estos crecimientos también pueden caracterizarse por su localización: limitados en la cavidad endometrial, invasores locales o metastáticos.

El término "Enfermedad Trofoblástica de la Gestación" dividida solamente en metastática o no metastática, ha sido propuesta recientemente. Siendo esencial para establecer este diagnóstico la comprobación de eliminación de Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (HGC).

B. ANATOMIA PATOLOGICA:

El tumor se presenta como una masa oscura, hemorrágica y grumosa, que asienta a nivel de la pared uterina, en ocasiones en la intimidad de la misma, por debajo de la superficie (variedad intramural) su cara externa pronto presenta una extensa ulceración, que se extiende cada vez más en su superficie o penetra en la musculatura. Son posibles la perforación uterina y la hemorragia.

Microscópicamente, se caracteriza por desordenada proliferación del tejido trofoblástico, tanto sincitio como citotrofoblasto, dentro del músculo, al cuál destruye, y por extensa necrosis de coagulación y hemorragia. Pronto se borran las vellosidades, aunque pueden persistir vestigios de las mismas en raros casos tempranos.

En estos casos raros, durante el embarazo o inmediatamente después del puerperio la malignidad se manifestó clínicamente a pesar de la imagen de vellosidades con considerable crecimiento trofoblástico en una placenta netamente normal.

C. SEMIOLOGIA:

A pesar de que el coriocarcinoma puede presentarse tardíamente en el curso de un embarazo a término, es mucho más frecuente que lo haga después del parto, aborto, o especialmente después de expulsión o evacuación de una mola hidatidiforme.

En algunos los síntomas aparecen al cabo de unas pocas semanas, en otros después de largo tiempo, en otros al cabo de muchos años. Cuando el período de latencia es muy largo, no obstante debe pensarse siempre en un embarazo reciente y quizá insospechado. Las metástasis pueden aparecer relativamente pronto en pulmón, cerebro, hígado, hueso, incluso piel.

La vagina y la vulva son asiento frecuente de dichas metástasis que aparecen como nódulos hemorrágicos de color oscuro, semejando várices trombosadas. La tos o la hemoptisis siempre deben hacer sospechar metástasis pulmonares, cosa que se confirma con los rayos X. Al avanzar la enfermedad aumentan la emaciación y la debilidad, presentándose anemia severa por las hemorragias profusas repetidas.

Los casos de coriocarcinoma atribuidos a una mola con embarazo normal intercalado deben valorarse con precaución.

Sólo el trofoblasto maligno tiene la capacidad de invadir las vías arteriales. El trofoblasto benigno puede descubrirse en el circuito venoso, pero generalmente se estanca en el pulmón; el cambio maligno con embolias tumorales en los capilares del pulmón facilita la desviación de este órgano, pasando las células al sistema arterial, con desarrollo de Cor-Pulmonale por Insuficiencia Cardíaca Derecha.

Los Accidentes Cerebrovasculares por tumor intracraneal son

causa frecuente de muerte en el Coriocarcinoma.

El coriocarcinoma verdadero en madre y feto se ha señalado en unos cuantos casos puede ser mortal.

D. DIAGNOSTICO:

Si la hemorragia se presenta después de cualquier trastorno gravídico como antecedentes del corioepitelioma, por la común se realiza el raspado, que puede poner de manifiesto la naturaleza de la enfermedad, sin embargo en este método suelen contarse muchos errores, sobre todo si se tiene en cuenta que aún en el embarazo normal es posible hallar cierta proliferación trofoblástica.

Además, el clínico, debe pensar siempre que el raspado sólo proporciona los tejidos más superficiales, que quizá no indiquen la actividad de trofoblastos situados más profundamente en el miometrio. Por ese motivo hay que considerar una valoración de Hormona Gonadotropina Coriónica durante el puerperio o después del aborto, cuando el raspado a la hemorragia anormal no la regula.

En ciertos casos la sospecha de malignidad es evidente después de haber aparecido metástasis en vagina o vulva, o cuando una hemoptisis o la tos nos llevan a realizar un examen radiológico del tórax que pone de manifiesto las metástasis pulmonares.

En conclusión hay que insistir que el diagnóstico definitivo de Coriocarcinoma teóricamente debe efectuarse por microscopio y por estudios hormonales al mismo tiempo. Un título que va creciendo después de evacuar una mola debe crear fuerte sospecha de desarrollo de coriocarcinoma; a veces una concentración elevada de Gonadotropina Coriónica justifica empezar el tratamiento sin tener la demostración anatomopatológica de este desarrollo.

Finalmente, no hay que olvidar que en algunos casos excepcionales de coriocarcinoma pueden presentarse fases negativas en las que la prueba de Gonadotropina Coriónica urinaria es negativa o debilmente positiva. La única explicación que se

impone es que si bien la HGC se produce en exceso no llega al torrente circulatorio materno debido a la extensa necrosis que con frecuencia provoca el tumor o que las células tumorales son demasiado anaplásicas para producir hormonas.

E. TRATAMIENTO

RESULTADOS DE LA QUIMIOTERAPIA

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA METASTATICA:

Actualmente está perfectamente comprobado que las tres cuartas partes, aproximadamente, de las pacientes con enfermedad metastática pueden curar; varios medicamentos son eficaces, y una vez que éstas quedan libres de enfermedad durante un año es muy poco probable que más tarde puedan necesitar nuevo tratamiento.

De hecho, muchas de estas mujeres han tenido embarazos normales. El precio pagado para ello es un tratamiento lento, caro y quizá peligroso, pues cada una de las drogas útiles también es tóxica. Las más empleadas y útiles son Methotrexate, Actinomicina D, 6-mercaptopurina, D.O.N. (9-diazo-5-oxo-L-norleucina) y una combinación de medicamentos, como la terapéutica triple de Li (Methotrexate, Actinomicina D y el Clorambucil).

Describiré varios de los resultados de la experiencia del Dr. Hertz y Colaboradores de los Estados Unidos de Norte América, pues representan los mejores logrados con quimioterapia, en este grupo de enfermedades.

Tiene gran importancia un hecho; al disponer de Methotrexate y Actinomicina D la proporción de remisiones completas en pacientes con enfermedad trofoblástica metastática de la gestación aunque la mayor parte de metástasis pulmonares, hubo otras en cerebro, hígado y diversos órganos. La segunda observación es que si bien el Methotrexate y la Actinomicina D son capaces de producir reacciones tóxicas, incluso mortales, pueden evitarse seleccionando el medicamento adecuado y vigilando durante todo el tratamiento la médula ósea y las funciones renales y hepáticas.

La docificación del medicamento puede disminuirse, o interrumpirse la administración si hay señales de reacción tóxica temprana en grado mayor del esperado. Estas drogas se administraron en series intermitentes de cinco días intensivos, con intervalos entre las series para recuperarse de la toxicidad.

Los dos criterios más importantes para prever la respuesta a la quimioterapia fueron al nivel de excreción de HGC al tiempo de ingresar, y la duración de la enfermedad antes de empezar la quimioterapia. En pacientes con una eliminación menor de 100,000 U.I. de HGC por 24 horas, tratadas menos de cuatro meses después de comenzada manifiestamente la enfermedad el 94 o/o quedaron libres de su proceso metastático, y al parecer, curadas. En el grupo con títulos mayores de 100,000 U.I. de HGC por 24 horas, que fueron tratadas durante más de 4 meses después de iniciada la enfermedad, la cifra correspondiente fué de 36 o/o. La quimioterapia es tanto más eficaz cuanto más pronta.

Estos resultados eran muy superiores a cualquier resultado previo con cirugía sola en la enfermedad metastática. Son raros los informes de regresión de metástasis pulmonares después de la histerectomía. Se han publicado la regresión de coriocarcinoma metastáticos, pero no son lo bastante frecuentes para no seguir considerando esta malignidad como una de las neoplasias humanas de crecimiento más rápido y de mayor mortalidad.

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA NO METASTATICA

La eficacia comprobada de la quimioterapia plantea el problema natural de su valor en los procesos no metastáticos. La serie de Bethesda demostró que es eficaz en casi todas las pacientes con enfermedad molar persistente, pero solo limpió al 87 o/o de las mujeres con coriocarcinoma limitado al útero. Un informe previo del autor sugiere también que el coriocarcinoma no metastático puede responder en forma menos uniforme a la quimioterapia que la enfermedad molar persistente limitada al útero. La gran ventaja de la quimioterapia es que permite a la mujer conservar su capacidad reproductora.

Cuando una paciente ha estado libre de enfermedad durante un año, se permite el embarazo. El embarazo con buen resultado y sin recidiva de la enfermedad ha sido observado por varios autores. La quimioterapia también parece ser eficaz para tratar metástasis tempranas que no pueden ser clínicamente evidentes. En resumen la ventaja del tratamiento quimioterápico de la enfermedad molar no metastática es básicamente que conserva la función reproductora: también es más útil para tratar el 2 al 5 o/o de las mujeres con mola que más tarde desarrollan coriocarcinoma.

FUNDAMENTO DE LA QUIMIOTERAPIA COMPLEMENTARIA

Los esfuerzos para combinar la eficacia de la quimioterapia y la cirugía en el tratamiento de la enfermedad trofoblástica de la gestación han sido llevados a cabo por diversos autores. Brewer efectuó la histerectomía en pacientes con enfermedad metastática después que habían terminado dos o tres series de quimioterapia. La administración profiláctica de una o dos series de Methotrexate a todas las mujeres después de la extirpación quirúrgica de una mola hidatidiforme ha sido utilizada en el Oriente. Ello ha logrado una disminución neta en el desarrollo ulterior de cambios malignos.

La combinación temporal de quimioterapia y cirugía fué señalada primeramente por el autor en 1,965. Este programa de cirugía y quimioterapia complementaria estriba en administrar una serie de cinco días de Methotrexate o actinomicina D. La operación quirúrgica se efectuó al tercer día.

Constituye el fundamento de este programa varias observaciones sobre la naturaleza de esta enfermedad y su quimioterapia. La primera es que todo el tejido trofoblástico tiene la capacidad de invadir vasos sanguíneos, sin esta propiedad no podría haber una buena implantación. Tanto las células trofoblásticas normales como las anormales tienden a penetrar en los vasos maternos. El peligro de introducción de células tumorales aumenta por la manipulación quirúrgica. Al efectuar la operación cuando hay una concentración adecuada de medicamento en la sangre, se supone que estas células serán más sencibles a su acción que después que han quedado rodeadas por un depósito de fibrina.

Otras observaciones que hacen que esta sea una situación ideal para combinar cirugía y quimioterapia es la sensibilidad ya descrita, de estos tumores para ambos medicamentos. Es necesario un control cuidadoso de la toxicidad del medicamento.

Utilizando dosis 80 o/o de las completamente tóxicas, y vigilando constantemente médula ósea y funciones renales y hepáticas, antes de la serie o durante la misma, esto resulta posible. La última justificación proviene de una observación cuanto más pronto en el curso de la enfermedad se empieza la quimioterapia, mayor es su eficacia. Utilizarla con la primera intervención quirúrgica es emplearla lo antes posible.

ENFOQUE DE DIVERSOS PROBLEMAS CLINICOS

MOLA HIDATIDIFORME NO EVACUADA:

Este es el problema que más frecuentemente plantean las mujeres con neoplasia trofoblástica de la gestación. El diagnóstico no es sencillo cuando todavía no se ha eliminado el tejido, pero puede sospecharse por la historia o las pruebas de laboratorio. Sin embargo, la técnica descrita recientemente de inyección intraamniótica de colorante ha simplificado netamente el problema. Se ha comprobado que esta técnica es más útil que la arteriografía pelviana. El empleo de quimioterapia complementaria al tiempo de extirpar la mola se halla limitado actualmente a las pacientes que han eliminado tejido molar reconocible o que tienen aspecto característico de un embarazo molar por inyección de colorante ya descrito.

El método para suprimir la mola depende del tamaño del útero, la edad de la paciente, y su deseo de tener más descendencia, en lo pasado se recomendaba vaciar el utero por dilatación y raspado si sus dimensiones eran menores que las correspondientes a doce semanas de embarazo; si eran mayores por histerotomía. Recientemente se ha recomendado por ser más seguro el vaciamiento del útero con Pitocina intravenosa y luego proceder al raspado.

La histerectomía es aconsejable para mujeres que han completado su fertilidad voluntaria, en mujeres de 40 años o más.

La preparación de las pacientes antes de empezar la quimioterapia es la misma. Tanto si la reciben como complemento de la cirugía como si constituye la única forma de tratamiento, incluye los siguientes estudios de sangre: hemoglobina, Hematocrito, recuento de globulos blancos y fórmula, Recuento de Plaquetas, Transaminasa Glutámico Oxalacética, Bilirrubina y Fosfatasa Alcalina del suero. También se efectúan sistemáticamente análisis de orina, radiografías de Tórax y una valoración cuantitativa de Hormona Gonadotropina Coriónica con orina de 24 horas. Si la paciente ha de recibir Methotrexate, la dosis es de 0.3 mg. por Kg. de peso corporal diariamente, por vía intramuscular, durante cinco días. Si se elige actinomicina D, la dosis es de 10 mg. por Kg de peso por vía intravenosa diariamente por cinco días. Esto representa el 80 o/o aproximadamente de las dosis utilizadas cuando se da quimioterapia sola. En pacientes con trastorno hepático la Actinomicina D es el producto de elección, porque en la función hepática perturbada aumenta netamente la toxicidad del Methotrexate, los análisis de sangre se repetirán al tercer día y al quinto día.

Si se elige la cirugía abdominal, no hay que confundir el agrandamiento ovárico por estimulación hormonal con la participación tumoral. Estos quistes de teca-luteína pueden alcanzar volúmenes enormes, pero involucionan cuando disminuye la concentración de HGC. Hay que hacer exámenes regulares y valoraciones cuantitativas de HGC con intervalos de dos semanas.

DESPUES DE ELIMINAR UNA MOLA HIDATIDIFORME:

El problema que se plantea es que debe hacerse para la paciente remitida con fines de vigilancia y tratamiento después que su mola ha sido tratada inicialmente en otro lugar, según ya dije algunos investigadores dan a todas estas mujeres dos series de quimioterapia. Otro enfoque ha sido tratar solamente aquellas en las cuales la histología de la mola sugiere una conducta enérgica. Es de gran importancia las titulaciones subsiguientes de HGC para prever

la evolución de la enfermedad. Por lo tanto las que conservan un título hormonal elevado a las ocho semanas, tienen el 50 o/o de probabilidades de desarrollar un proceso clínico o histológicamente maligno.

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA DE LA GESTACION PERSISTENTE NO METASTICA:

Esta categoría incluye varios tipos de pacientes.

Aquellas con enfermedad molar que tiene valores altos de HGC ocho semanas después de haber expulsado la mola, o concentración creciente antes de ello. También incluye pacientes con el diagnóstico de Coriocarcinoma efectuado por raspado después de un vaciamiento normal a término o un aborto espontáneo.

Los criterios importantes son que presentan un diagnóstico histológico de tejidos trofoblástico, una concentración elevada de HGC, sin signos de metástasis.

El tratamiento aquí también se basa no sólo en la etiología sino en la edad y en el deseo de tener hijos.

La mujer con coriocarcinoma limitado al útero plantea un problema algo más difícil. En la serie temprana de Hertz se observó que de seis pacientes con coriocarcinoma no metastático cuatro quedaron curadas con quimioterapia sola mientras que las otras dos curaron con histerectomía después de varios meses de quimioterapia sin resultado. Está justificado utilizar la quimioterapia solamente en aquellas mujeres si desean más niños, pero si no han respondido a varias series del primer medicamento utilizado, se recomienda la histerectomía durante la primera serie del segundo medicamento.

La administración de Methotrexate o de Actinomicina D es la misma excepto cuando el medicamento se utiliza junto con la cirugía. Entonces solo se necesita una dosis 80 o/o de la dosis plena tóxica.

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA DE LA GESTACION CON METASTASIS

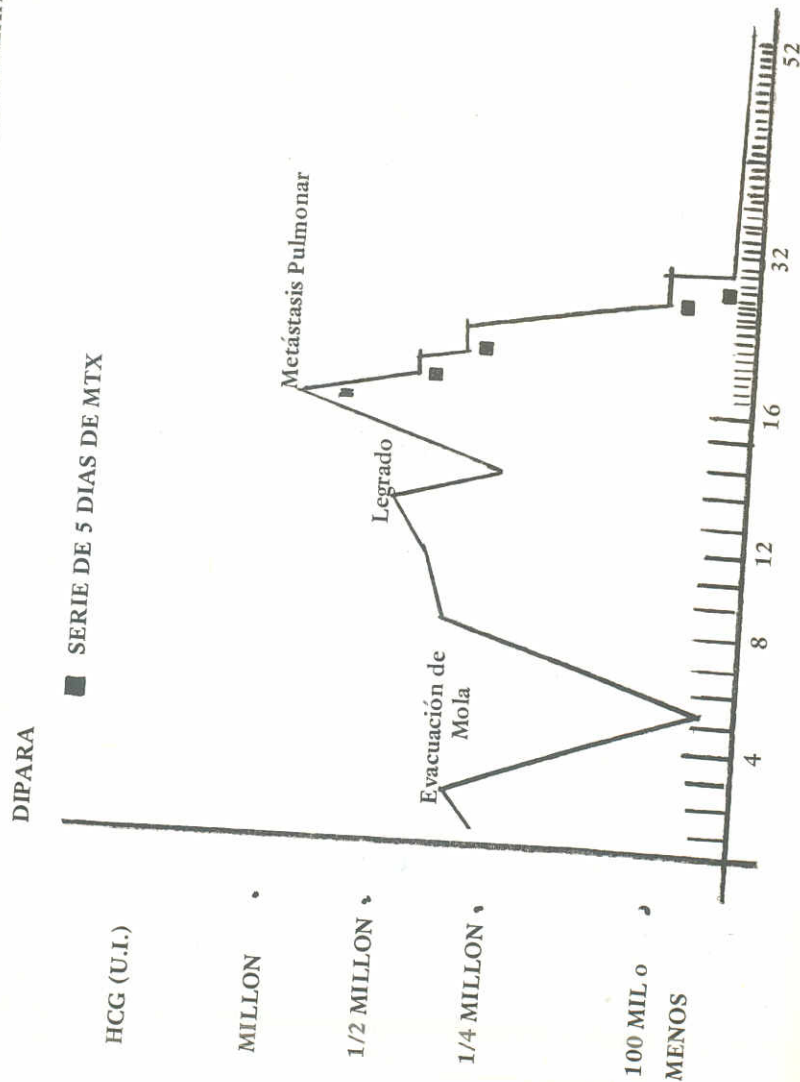
La quimioterapia es el tratamiento evidentemente de elección para cualquier paciente con enfermedad metastática, la elección del medicamento, su administración, las condiciones para cambiar la droga y la duración de la terapéutica, ha sido descrito recientemente, y se basan fundamentalmente en la experiencia del Dr. Hertz y colaboradores en Bethesda.

Se requiere personal adecuado en quimioterapia y también facilidades de laboratorio que puedan no solo proporcionar informes precisos sobre estados de toxicidad, sino también valoraciones precisas y sensibles de HGC.

Aunque la quimioterapia es la forma básica de tratamiento de la enfermedad metastática, estas mujeres todavía necesitan cirugía. El 20 o/o, aproximadamente de las sometidas a quimioterapia en Bethesda necesitaron algún tipo de cirugía mayor durante el tratamiento. Las indicaciones incluían control de hemorragia, alivio de obstrucción de vías urinarias y tratamiento de infección localizada. Aunque la cirugía en estas condiciones no era curativa, ha conservado con vida varias pacientes tiempo suficiente para poder resolver su enfermedad con quimioterapia ulterior.

INDICACIONES DE CIRUGIA:

1. La paciente múltipara de edad avanzada con mola hidatidiforme.
2. Complicaciones como hemorragia vaginal, perforación uterina, hemorragia intraperitoneal.
3. Resistencia o toxicidad medicamentosa.
4. Algunos casos en los cuales la enfermedad parece limitada al útero y en los cuales parece posible la erradicación del trastorno sin necesidad de quimioterapia prolongada tóxica.



V

ANALISIS DE CUATRO CASOS CLINICOS EN EL
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA DE GUATEMALA
DE AGOSTO DE 1974 A AGOSTO DE 1976:

CASO I

/R.M: 53589

Paciente I.B.O. de 30 años de edad, soltera, residente en esta Capital. Motivo de Consulta: remitida por médico por presentar metrorragia de tres meses de evolución, hay múltiples coágulos, pérdida de peso.

La paciente ingresó el 3 de Agosto de 1976 a la sala de Onco A con la I. C. de: **CARIOCARCINOMA**

Historia: hospitalizada en el General de Mayo a Julio de 1976, en donde fué Legrada en dos ocasiones, se dió Tx con quimioterapia, actualmente refiere dolor en el Hipogástrico.

Antecedentes:

Médicos: Sarampión, Tos ferina y Parotiditis.

Quirúrgicos: Legrado Uterino en Mayo y Junio de 1976

Menarquia: 16 años. tipo: 30X6.

G: 3 P: 2 Ab: 1.

Al examen físico se encuentra útero de tamaño aumentado, blando, móvil y doloroso.

DIAGNOSTICO PATOLOGICO del 13/julio/ 76 :
CORIOCARCINOMA

Exámenes de Heces, Orina, Gravindex, Glicemia, Hematología y de Gonadotropina Coriónica son negativos. Papanicolaou neg. RAYOS X del TORAX: NORMAL, PIELOGRAMA I. V. NL, estos fueron al ingreso.

Se dió tratamiento con METHOTREXATE 150 mg/día/5días para que en el 5o. ciclo efectuar histerectomía, pero la paciente pide su egreso.

Reingresa el 10 de Enero de 1977, refiriendo haber sido Histerectomizada en el Hospital General, no refiere fecha la radiografía del TORAX en esta oportunidad fué reportada como METASTASIS PULMONARES DIFUSAS NODULARES.

Se dió tratamiento médico asistencial, mejorando su estado el 23 del mismo mes solicitó su egreso.

CASO II:

/R. M: 49031

Paciente M. A. O. de 44 años de edad, soltera, originaria de El Salvador, residente en esta capital. Motivo de Consulta metrorragia de 2 semanas de evolución.

La paciente ingresó el 7 de Julio de 1975 a la sala de Onco B con una I. C. de: CORIOCARCINOMA.

Historia: consultó al Hospital Roosevelt por metrorragia, fué operada el 28 de Mayo del mismo año, por embarazo molar, parece ser que fué una histerotomía por vaciamiento. Posteriormente inició cuadro de metrorragia acompañándose de dolor de "cintura", las 3 últimas semanas le han dosificado HGC, las cuáles han salido altas.

ANTECEDENTES:

Quirúrgicos: Exploración pélvica con Histerotomía en Mayo del 75 H. Roosevelt.

Obstétricos: U.R: 12 Febrero 75 G: 8 P: 5 Ab: 2

Al examen físico: Cérvix entreabierto, sangrando profusamente, violáceo, útero aumentado 3 veces su tamaño, doloroso y suave. Los exámenes de laboratorio al ingreso: Hematología, Heces y Orina normales, gravindex negativo. Papanicolaou negativo,

Rayos X del Tórax nl y EKG nl Dosificación de HGC: 174. 720 U. I. en 24 horas.

Se dió tratamiento con Methotrexate a dosis de 20 mgs/día por 5 días. El 10 de Julio del mismo año se practicó HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL CON ANEXECTOMIA BILATERAL encontrándose una Mola Hidatidiforme invasiva.

DIAGNOSTICO PATOLOGICO: ENDOMETRITIS SINCICIAL MARGENES LIBRES 1a pacientes evolucionó satisfactoriamente, requirió únicamente de una transfusión. Hematología de Control: Hb: 9.40 g Ht: 28 o/o, GB: 7.050, Plaquetas: 262.200, se dió egreso al mejorar su estado.

CASO III:

R. M: 46690. Paciente M.A.F.R. de 45 años de edad ladina, soltera, originaria de Retalhuleu y residente en esta capital. Motivo de Consulta: referida por médico con una I. C. de CORIOCARCINOMA (diagnóstico Patológico).

La paciente ingresó el 10 de Diciembre de 1974 al servicio de Onco A.

Historia: Metrorragia, tumor vaginal.

ANTECEDENTES:

Médicos: Sarampión, varicela y Tos ferina.

Quirúrgicos: Hernioplastía umbilical.

Obstétricos: menarquia: 13 años, tipo: 30X4 U.R: 28/Agosto del 74. G: 2 P:2 Ab: 0

Al Examen Físico: Se palpa masa abdominal de más o menos 12 cms. localizada en el hipogástrico. Presencia de lesión ulcerada en el tercio posterior de la pared derecha anterior de la vagina y

lesión endocervical blanda y sangrante.

EVOLUCION:

El 14 de Diciembre presentó metrorragia severa, se refirió al Hospital Roosevelt para su tratamiento urgente El 4 de Enero de 1975 fué operada en el mismo hospital de HISTERECTOMIA en combinación con MTX. Paciente evolucionó satisfactoriamente.

BIOPSIA DE PARED VAGINAL: 7/Dic./74:
CORIOCARCINOMA METASTATICO

BIOPSIA ENDOCERVICAL: 10/Dic./74: INCAN: SE
OBSERVAN OCACIONALES CELULAS MALIGNAS QUE
PODRIAN CORRESPONDER A CORIOCARCINOMA

NOTA: ESTE CASO FUE TRATADO EXCLUSIVAMENTE EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT.

CASO IV:

R. M: 48764. Paciente A. M. M. de C. de 37 años, indígena casada, originaria y residente en San Cristobal, Totonicapán. Motivo de Consulta: Referida del Hospital de Quetzaltenango con I. C. de CORIOCARCINOMA. La paciente ingresó el 16 de Junio de 1975 al servicio de Onco B.

Historia: Metrorragia de tres meses de evolución que coincide con aborto de algunas semanas.

ANTECEDENTES:

Médicos y Quirúrgicos negativos.

Obstétricos: menarquia 13 años, Tipo: 30X4U.R.: Hace 3 meses
G: 11 P: 9 Ab: 2.

Al Exámen Físico: Lesión carnosa del labio anterior que sangra

con facilidad, útero doloroso y aumentado de tamaño.

Mal estado general.

Los Exámenes de Laboratorio al ingreso:

Hematología: Hb: 6.90 g. Ht: 19 o/o Orina: bilis positiva

Urea Total: 7.4 mgo/o, Nitrógeno de Urea: 3.5 mgs. o/o

Creatinina: 1.1 mg o/o Colesterol total: 260 mgs. Bilirrubinas elevadas Rayos X del Tórax: METASTASIS PULMONARES DIFUSAS. EKG: Taquicardia Sinusal, Hipertrofia de Ventrículo Derecho. DIAGNOSTICO PATOLOGICO: CORIOCARCINOMA (biopsia) Rayos X del Tórax del 11 de Julio/75: METASTASIS PULMONARES DIFUSAS.

EVOLUCION:

Ingresa con fiebre, tos, taquípnea, hiperventilando. A los dos días de ingresada refiere dolor precordial. Al sexto día se recibe el resultado de la biopsia desde Quetzaltenango confirmando el diagnóstico. Se indica MTX y Penicilina, se indica transfusión. Al noveno día inicia cuadro icterico franco, la dosificación del MTX: 13.5 mgs/día por 5 días. Al catorceavo día: Control pélvico, masa tumoral disminuida en un 50 o/o, ictericia desapareciendo, franca mejoría. Al veinticincoavo día: poca regresión de la masa tumoral, aparición de un nódulo de más o menos dos centímetros de diámetro, viláceo que sangra fácilmente, localizado en el introito en el lado derecho. Al mes se presentó el caso en sesión clínica general. Resolución: 1-Revisión fecha de vencimiento del MTX. 2-Aumentar la dosis del MTX a 0.4 mg por Kilo. Al mes y medio: se inició el 4o. ciclo de MTX con 15 mg/ día. Al segundo mes: Muy desmejorada, reaparece el cuadro icterico orina de color rojo, presencia de pequeñas lesiones en mucosa oral. Al siguiente día, aumenta la ictericia, desorientada su estado es muy malo. Familiares solicitan egreso. No se sabe si falleció. Se transfundió 4 veces más.

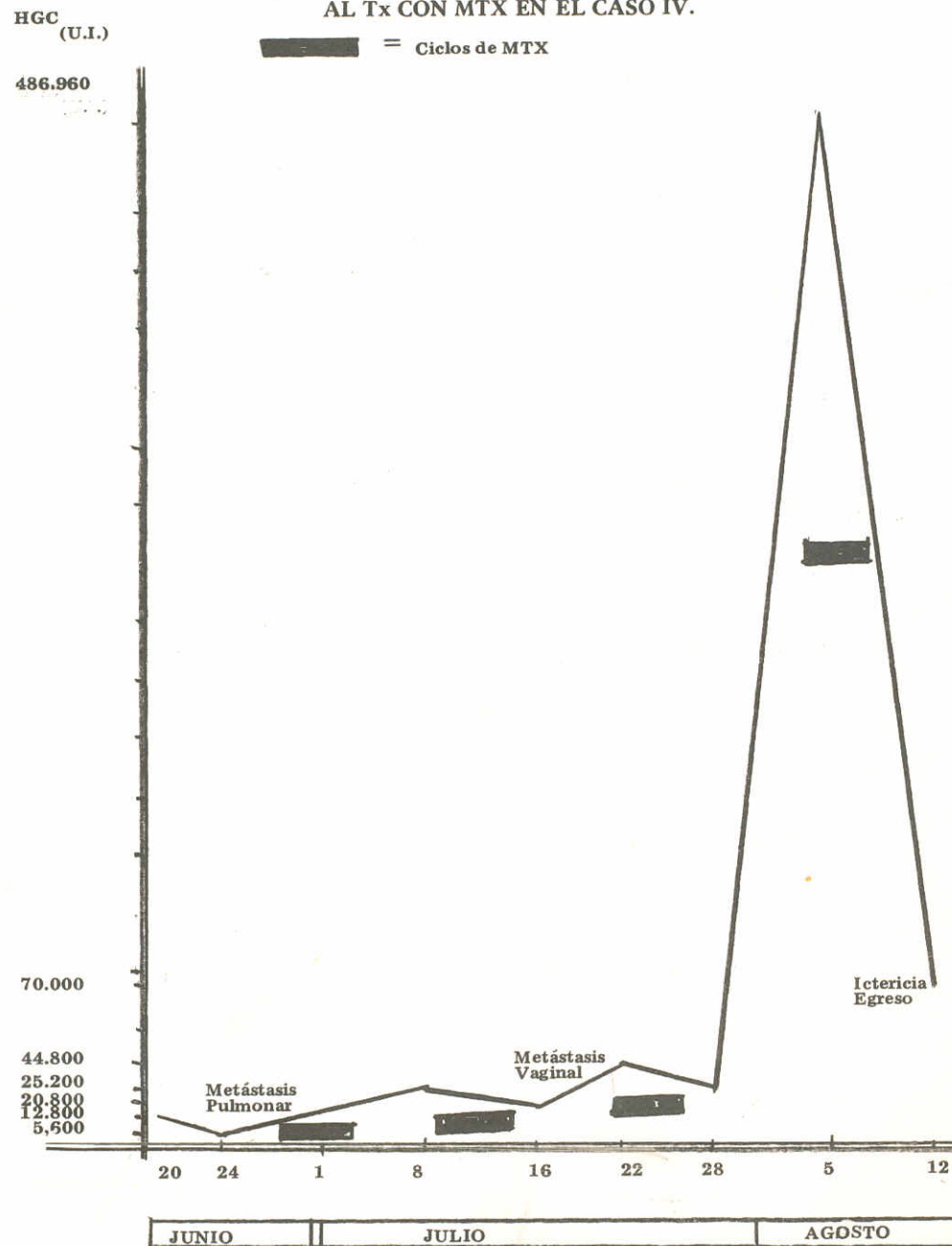
Títulos de H GC:		U.I. en 24 horas
20-Junio-75 (INICIAL)	:	12,800
24-Junio-75	:	5,600
8-Junio-75	:	25,200
16-Julio-75	:	20,800
22- " -75	:	44,800
28- " -75	:	25,200
5-Agosto-75	:	486,960
12- " -75	:	70,000

Ciclos de MtX:	
I	: 28-VI-75
II	: 9-VII-75
III	: 21-VII-75
IV	: 4-VIII-75

VER GRAFICA.

NOTA: La gravedad de la paciente, a pesar del tratamiento influyó en los familiares para que solicitaran su egreso. El caso es de Pronóstico Reservado.

GRAFICA QUE MUESTRA LA CURVA DE HGC Y SU RESPUESTA AL Tx CON MTX EN EL CASO IV.



VI

CONCLUSIONES:

- I. Pacientes con enfermedad trofoblástica Metastática son curables con quimioterapia.
- II. La localización de las metástasis tiene importancia pronóstica.
- III. Es de gran importancia la valoración precisa de HCG para Diagnóstico y Tratamiento.
- IV. La duración de la enfermedad antes del tratamiento y el valor de eliminación de HCG son importantes para prever la respuesta a la quimioterapia.
- V. La toxicidad medicamentosa es potencialmente grave, pero previsible.
- VI. El diagnóstico histológico tiene menos importancia cuando la enfermedad es metastática.
- VII. Hay que insistir que el diagnóstico definitivo del Coriocarcinoma teóricamente debe efectuarse por microscopio y por estudios hormonales al mismo tiempo.
- VIII. La toxicidad por la quimioterapia puede ser grave, pero puede evitarse vigilando durante todo el tratamiento la médula ósea y las funciones renales y hepáticas.
- IX. La ventaja del tratamiento quimioterápico en Enfermedad Trofoblástica No Metastática es básicamente que conserva la función reproductora.
- X. Cuando más pronto en el curso de la enfermedad se empieza la quimioterapia mayor es su eficacia.
- XI. La gravedad por la toxicidad de la quimioterapia es previsible,

si se toma en cuenta la vigilancia ya descrita y el uso del antagonista en el caso del Methotrexate, el ACIDO FOLINICO (LEUCOVORIN).

- XII. No se sabe la evolución de las pacientes a pesar de que se les cita cada 3 meses con carta de referencia del Hospital regional respectivo. Probablemente porque la evaluación es satisfactoria.

VII

BIBLIOGRAFIA

1. Arias, R.E. & Bertoli METASTATIC CHORIOCARCINOMA WITHOUT PRIMARY LESION. Obstet. Gynec. U.S.A. 1959.
2. Boyd, William A TEXTBOOK OF PATHOLOGY Ed: Lea & Febiger 8a. Ed. Philadelphia U.S.A. 1970.
3. Brewer, J. et all CHORIOCARCINOMA. American Journal Obstet. 1963.
4. Corscaden, J.A. GINECOLOGIC CANCER. 3Th. Ed. Baltimore, William & Wilkins Company. 1962.
5. Comité de Expertos de La O.M.S. EL TRATAMIENTO DEL CANCER Serie de Informes Técnicos No. 322. Organización Mundial de la salud, Ginebra. 1966.
6. DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS DEL INSTITUTO DE CANCEROLOGIA DE GUATEMALA.
7. Driscoll, S.G. QUANTITATIVE CHORIONIC GONADOTROPHIN. Ed; Maryland State J. Med. U.S.A. 1962.
8. Hammond, C.B. & Parker THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TROPHOBLASTIC MALIGNANCY. Obstet. Gynec. 1970.
9. Hertig, A.T. & Mansell HIDATIDIFORM MOLE AND CHORIOCARCINOMA. U.S. Armed Forces Institute of Pathology. Washington D.C. 1956.
10. Hertz, R. et all CHEMOTERAPY OF CHORIOCARCINOMA AND RELATED TROPHOBLASTIC TUMORS IN WOMEN. J. A. M. A. 1958.

11. Hertz, R. et all FIVE YEAR'S EXPERIENCE WITH THE CHEMOTHERAPY OF METASTATIC CARCINOMA, CHORIOCARCINOMA AND RELATED TROPHOBLASTIC TUMORS IN WOMEN. American Journal Obst. & Gynec. U.S.A. 1961.
12. Lamb, E.J. et all METHOTREXATE THERAPY OF CHORIOCARCINOMA AND ALLIED TUMORS. American Journal Obstet. Gynec. 1964.
13. Novak TRATADO DE GINECOLOGIA 8a. Edición. Ed: Interamericana. México 1970.
14. SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA PROBLEMS OF CHIRURG ONCOLOGY. April 1969 New York, U.S.A.
15. Te Linde, Richard GINECOLOGIA OPERATORIA Ediciones Científicas Buenos Aires 1958.

MARCO VINICIO CONDE CARPIO

DR. JORGE RODAS CALDERON
ASESOR

DR. CARLOS A. OVALLE LOPEZ
REVISOR

DR. JULIO DE LEON
DIRECTOR DE FASE III

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS
SECRETARIO

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO GOMEZ
DECANO